

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2005

N°113

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Psychiatrie

Par

**Vincent GAUDEAU**

*Né le 16 mai 1976 à Saumur*

*Présentée et soutenue  
publiquement le  
30 mai 2005*

**TRANSSEXUALISME ET PERSONNALITE**

**Etude à propos de 14 cas ayant fait l'objet d'une évaluation  
structurée.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

« L'habitude d'apporter à l'étude de la réalité concrète les mêmes exigences de précision et de rigueur qui sont caractéristiques de la pensée mathématique est donc une disposition que nous devons aux sciences de la matière, et que nous n'aurions pas eue sans elles. C'est pourquoi une science qui se fût appliquée tout de suite aux choses de l'esprit serait restée incertaine et vague, si loin qu'elle se fût avancée : elle n'aurait peut-être jamais distingué entre ce qui est simplement plausible et ce qui doit être accepté définitivement. Mais aujourd'hui que, grâce à notre approfondissement de la matière, nous savons faire cette distinction et possédons les qualités qu'elle implique, nous pouvons nous aventurer sans crainte dans le domaine à peine exploré des réalités psychologiques. Avançons-y avec une hardiesse prudente, déposons la mauvaise métaphysique qui gêne nos mouvements, et la science de l'esprit obtiendra des résultats qui dépasseront toutes nos espérances. »

Henri Bergson

# PLAN

<b>INTRODUCTION</b>	<b>15</b>
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE : RAPPELS</b>	<b>19</b>
<b>I) LA FORMATION DE L'IDENTITE SEXUEE</b>	<b>20</b>
1) Aspects biologiques	
a) Les différences sexuelles	
b) Les testicules et les ovaires	
c) testostérone	<b>21</b>
d) La testostérone et ses vicissitudes	<b>22</b>
e) Les différences cérébrales selon le sexe	<b>23</b>
e-1) L'asymétrie hémisphérique	<b>24</b>
e-2) L'hypothalamus	
2) Aspects psychologiques et psychanalytiques	<b>25</b>
<b>II) LE SYNDROME DE TRANSSEXUALISME</b>	<b>28</b>
1) Définitions	
2) Epidémiologie descriptive	<b>30</b>
3) Clinique	
a) La clinique de R. STOLLER	
b) Diagnostic dans les classifications internationales	<b>32</b>
4) Diagnostic différentiel	<b>35</b>
<b>III) LE CONCEPT DE PERSONNALITE</b>	<b>37</b>
1) Définitions	
2) Les théories	<b>38</b>

3) La recherche	39
4) Troubles de la personnalité : modèles catégoriel et dimensionnel	40
a) Le modèle catégoriel	
b) Le modèle dimensionnel	42
5) Normalité et pathologie	43
<b>2<sup>ème</sup> PARTIE : HYPOTHESES PSYCHOPATHOLOGIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIQUES DANS LE TRANSSEXUALISME</b>	<b>45</b>
<b>I) LE TRANSSEXUALISME CONCU COMME ASSOCIE A UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE SPECIFIQUE</b>	<b>46</b>
1) Hypothèses psychanalytiques	
a) Le transsexualisme considéré comme une psychose	
b) Le transsexualisme comme pathologie du narcissisme	48
c) Le transsexualisme comme pathologie limite ou « borderline »	49
d) La théorie du genre neutre de A. GREEN	50
2) Etudes statistiques	52
a) L'étude de O. BODLUND (1993)	
b) L'étude de J.F. MURRAY (1985)	53
<b>II) LE TRANSSEXUALISME ENVISAGE EN DEHORS D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE</b>	<b>55</b>
1) Hypothèses psychanalytiques	
a) L'hypothèse de R. STOLLER	
b) L'apport des travaux de L. KREISLER	58

2) Hypothèses biologiques	59
a) Les « dissonances » entre le corps et le cerveau	
b) Les influences environnementales sur l'orientation sexuelle	60
c) L'effet multiplicateur	61
d) Les influences maternelles sur la sexualité	62
e) Conclusion	63
3) Etudes statistiques	
a) L'étude de L. COHEN (1997)	
b) L'étude de I.R. HARALDSEN (2000)	64
c) L'étude de A. MICHEL (2002)	66
d) Etudes de suivi des patients opérés	68
<b>3<sup>ème</sup> PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ETUDE</b>	<b>69</b>
<b>I) LES PATIENTS</b>	<b>70</b>
<b>II) LES INSTRUMENTS</b>	<b>71</b>
1) Les instruments d'évaluation de psychopathologie générale	
a) Le MINI ( <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> )	
b) L'échelle GAF	
2) Les instruments d'évaluation de la personnalité	72
a) Le SCID-II	
a-1) Historique	
a-2) Structure	
a-3) Administration	74
a-4) Cotation	75
a-5) Conventions du SCID-II	
a-6) Analyse des données	76
a-7) Fidélité inter-juges et validité du SCID-II	
b) Le MMPI-2	78

<b>4<sup>ème</sup> PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE</b>	<b>80</b>
<b>I) RESULTATS AU NIVEAU DE L'AXE I (MINI)</b>	<b>81</b>
<b>II) RESULTATS AU NIVEAU DE L'AXE II</b>	<b>82</b>
1) Résultats du SCID-II	
2) Résultats du MMPI-2	<b>83</b>
a) Résultats globaux	
b) Comparaison transsexuels FM versus MF	<b>84</b>
c) Comparaison patients opérés versus non-opérés	<b>85</b>
d) Comparaison transsexuels primaires versus secondaires	<b>86</b>
<b>III) RESULTATS AU NIVEAU DE L'AXE V (GAF)</b>	<b>87</b>
<b>5<sup>ème</sup> PARTIE : DISCUSSION</b>	<b>88</b>
<b>I) DISCUSSION DES RESULTATS</b>	<b>89</b>
1) Axe I	
a) Troubles dépressifs	
b) Troubles anxieux	
c) Dépendance à l'alcool	
d) Troubles délirants	<b>90</b>
2) Axe II	
a) SCID-II	
b) MMPI-2	<b>91</b>
b-1) Résultats globaux	
b-2) Comparaison transsexuels MF versus FM	<b>92</b>
b-3) Comparaison patients opérés versus non-opérés	<b>93</b>
b-4) Comparaison transsexuels primaires versus secondaires	
3) Axe V	<b>94</b>

<b>II) DISCUSSION DES RESULTATS EN REGARD DES HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES DE LA 2<sup>ème</sup> PARTIE</b>	<b>95</b>
1) Comparaison des résultats à ceux des études statistiques retenues	
a) L'étude de I.R. HARALDSEN (2000)	
b) L'étude de A. MICHEL (2002)	<b>96</b>
2) Discussion des hypothèses psychanalytiques	<b>98</b>
a) Le transsexualisme considéré comme une psychose	
b) Le transsexualisme comme trouble borderline	<b>99</b>
c) L'hypothèse de R. STOLLER	<b>100</b>
3) Discussion des hypothèses biologiques	<b>101</b>
<b>III) PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES</b>	<b>102</b>
1) Le traitement hormono-chirurgical : Critères de sélection et critères pronostiques	
2) La prévention et le traitement du retentissement psychologique	<b>103</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>108</b>

# **INTRODUCTION**



Le transsexualisme est un syndrome dont la caractéristique principale est la conviction « permanente et inébranlable », chez un sujet dont la physiologie est normale, d'appartenir au sexe opposé. La conviction transsexuelle se manifeste souvent par le travestissement, la demande impérieuse de traitements hormonaux et chirurgicaux propres à donner au corps l'apparence du sexe revendiqué, et par la demande de changement d'état civil.

Si l'apparition du concept de transsexualisme date des années cinquante, le désir de changer de sexe, lui, est « vieux comme le monde » ; les références mythologiques, historiques et littéraires en font pratiquement un fantasme originaire.

Avant le XVIIIème siècle, ce trouble, assimilé à une anomalie du comportement sexuel, est sévèrement puni par l'église. Ce n'est que vers la fin du XVIIIème que la sexualité et ses troubles quittent le domaine religieux pour devenir l'enjeu du discours médical, et plus particulièrement celui de l'aliénation mentale. Ce trouble appartient au groupe des perversions sexuelles, dont la nosographie se précise au cours du XIXème siècle.

Ce n'est que récemment, au cours du XXème siècle, que le transsexualisme est isolé de l'homosexualité, du fétichisme, des perversions en général, pour devenir un trouble de l'identité sexuelle puis actuellement un trouble de l'identité de genre ou un trouble de genre.

Cette affection génère chez le sujet un désarroi existentiel profond, et pose des problèmes médicaux, juridiques, éthiques et sociaux très complexes.

Ce trouble est devenu l'objet d'une demande médicale plus pressante, du fait de la possibilité technique de transformer en apparence un corps d'homme en un corps de femme (ou inversement), grâce à des traitements hormonaux et chirurgicaux. Ainsi, certains auteurs en arrivent à considérer ce trouble comme iatrogène : « sans traitement hormonal ou chirurgical, pas de transsexualisme ».

Cela ne doit cependant pas conduire à sous-estimer la souffrance de ces patients, qui peut expliquer en partie la motivation des équipes qui décident de mettre en place un cadre de prise en charge. Un consensus existe pour que ces équipes soient universitaires et pluridisciplinaires, car le transsexualisme reste un sujet de recherche qui nécessite une grande rigueur.

Le traitement, terme inapproprié, commence dès la première rencontre entre le patient et le « psychiatre expert », puisqu'il s'agit pour ce dernier d'évaluer pendant plusieurs mois les éléments cliniques et psychopathologiques éventuels que présente le patient pour, d'une manière collégiale, avec l'endocrinologue qui est garant du bilan somatique, hormonal et génétique, décider d'une réassignation hormonochirurgicale ou non. Cette démarche pose la question de la place attribuée au traitement psychique : certains le jugent toujours possible, d'autres toujours voué à l'échec.

La détresse dans laquelle se trouvent ces patients oblige le psychiatre à prendre position : c'est parce que le geste au bout de la démarche est, dans sa nature, contraire à l'éthique sur d'autres plans, qu'il y a nécessité pour lui d'une connaissance de la clinique et d'une réflexion psychopathologique approfondie, lui permettant de s'engager avec son patient dans cette démarche de réassignation dans les meilleures conditions.

Dans cette optique, il nous a semblé intéressant d'évaluer la personnalité, et ses éventuels troubles, chez plusieurs patients transsexuels. En effet, la question des liens entre troubles de la personnalité et transsexualisme apparaît très controversée, et a des retentissements majeurs sur la prise en charge et le pronostic de ce problème, en particulier dans la question de l'opportunité du traitement hormono-chirurgical ou d'une psychothérapie spécifique.

Dans une première partie, nous rappellerons quelques notions biologiques et psychologiques fondamentales concernant la formation de l'identité sexuée, puis nous exposerons l'épidémiologie, la sémiologie et les diagnostics différentiels du syndrome de transsexualisme. Nous expliciterons également le concept de personnalité, ses différentes approches théoriques, et les questions que ce concept soulève sur les frontières entre normalité et pathologie.

Dans la deuxième partie, consacrée aux hypothèses psychopathologiques et physiopathologiques, nous montrerons l'opposition entre tenants d'un trouble de la personnalité dans le transsexualisme, et partisans de l'absence de troubles de personnalité associés à ce problème. Nous exposerons et critiquerons une revue de la littérature à ce sujet.

Dans la partie consacrée à la méthodologie de l'étude, nous présenterons les caractéristiques de la population étudiée, avec un rapide rappel concernant le protocole nantais pour la réassignation hormono-chirurgicale de sexe. Puis nous exposerons les différents outils d'évaluation de la personnalité utilisés, avec leur description, leur mode d'administration, et nous discuterons de leur fiabilité et de leur validité.

Dans la 4<sup>ème</sup> partie, nous détaillerons les résultats obtenus par l'ensemble des patients aux différents tests d'évaluation de personnalité, et nous effectuerons des comparaisons statistiques entre différents sous-groupes.

Enfin, dans la dernière partie, nous discuterons de ces résultats et de leurs limites, nous les comparerons à ceux obtenus par les études retenues en 2<sup>ème</sup> partie, et nous verrons comment ils éclairent les hypothèses étiopathogéniques et quelles incidences ils peuvent avoir sur la prise en charge et le pronostic du transsexualisme.

## **PREMIERE PARTIE : RAPPELS**

# I) LA FORMATION DE L'IDENTITE SEXUEE

## 1) Aspects biologiques

### a) Les différences sexuelles

Rien n'apparaît plus « génétiquement déterminé » que la différence entre les garçons et les filles. Dès le départ, les sujets masculins et les sujets féminins sont, à l'évidence, différents dans leur constitution anatomique et leurs dissemblances sont clairement fondées sur leurs divergences chromosomiques. Ces distinctions anatomiques majeures sont très clairement liées à la reproduction sexuée et elles semblent donc annoncer certaines différences nécessaires dans le comportement instinctuel. De fait, on admet communément que les garçons et les filles se distinguent sur beaucoup d'aspects dans leurs inclinations comportementales, émotionnelles et intellectuelles. Dans quelle mesure ces différences psychologiques sont-elles déterminées génétiquement ? (62)

Nos gènes sont contenus dans 23 paires de chromosomes. Les hommes et les femmes partagent 22 de ces paires ; ils ne diffèrent systématiquement que pour une seule paire, la vingt-troisième : les femmes en ont (normalement) une appelée « XX », tandis que celle des hommes s'appelle « XY ». La différence porte donc sur le seul chromosome « Y ».

### b) Les testicules et les ovaires

Le plan du corps humain « par défaut », y compris celui du cerveau, est féminin. S'il n'y avait pas un facteur spécifique fourni au cours de la maturation du fœtus, chacun aboutirait à un organisme de type féminin. On appelle gonades les organes fœtaux qui produisent les cellules sexuelles. Ces organes sont identiques chez les garçons et chez les filles jusqu'à un moment précis du processus de maturation. C'est à ce moment-là que le chromosome Y exerce une influence décisive. Une courte séquence de gènes, portée par le chromosome Y, produit une substance appelée facteur de détermination des testicules (*testes-determining factor*). Ce facteur agit sur les gonades en influençant la fonction de transcription des gènes dans leurs cellules de

telle sorte qu'un organe qui, sans cette influence, se serait développé naturellement en un ovaire, devient un testicule.

Il est possible de manipuler expérimentalement ces mécanismes, et en particulier d'introduire artificiellement le facteur de détermination des testicules à la période critique de maturation d'un fœtus XX (femelle). Le résultat de l'expérience est que, bien que le « programme » chromosomique (génotype) de chaque cellule du corps soit féminin, l'animal après cela développera un programme anatomique masculin (phénotype). A l'inverse si, chez un fœtus XY (mâle), la production du facteur de détermination des testicules est inhibée, l'animal poursuivra son développement selon des lignes féminines (par défaut).

Voilà la première étape, la plus décisive, dans le développement des différences sexuelles. Ainsi, il est clair que, même lors de cette phase fondamentale, des facteurs environnementaux peuvent altérer le processus d'une façon spectaculaire (45).

### **c) La testostérone**

Pendant le 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse, quand les testicules commencent à se développer, leurs cellules sécrètent une hormone : la testostérone. Tous les autres aspects distinguant les organismes masculins des organismes féminins, au cours de ces processus précoces, semblent découler des effets de la testostérone. La testostérone agit sur tout un éventail de systèmes d'organes du corps – tous ceux dont les cellules portent des récepteurs qui reconnaissent la testostérone. Il y a le même nombre de récepteurs à la testostérone, aux mêmes endroits, dans les organismes (génotypiquement) masculins et féminins. Par contre, les organismes masculins possèdent des testicules - du fait du processus que l'on vient de décrire -, ce qui veut dire qu'ils produisent de la testostérone en abondance. Le résultat est que beaucoup plus de récepteurs à la testostérone sont activés dans les organismes masculins que dans les organismes féminins.

L'activation des récepteurs à la testostérone a des effets différents sur les cellules des différents systèmes d'organes (par exemple, différentes actions de transcription), d'où d'innombrables modifications anatomiques : la formation des organes génitaux, les caractères sexuels secondaires

(par exemple, les seins, la pilosité et le timbre de la voix), la forme globale et la taille du corps. Toutes ces modifications, donc, bien qu'apparemment fondamentales dans leur nature, sont déterminées par des processus chimiques, pouvant être manipulés par l'environnement (45).

#### **d) La testostérone et ses vicissitudes**

La biochimie de la testostérone est complexe. Elle n'agit pas directement sur les cellules, mais elle doit être transformée en d'autres substances avant d'activer les cellules appropriées pour stimuler les modifications liées au sexe. Une enzyme, appelée 5-alpha-réductase, est l'une des substances chimiques responsables de cette transformation de la testostérone. Elle transforme la testostérone en dihydrotestostérone et c'est cette substance qui déclenche le processus de masculinisation de l'organisme. L'organisme féminin, donc, ne deviendra un organisme masculin que s'il contient suffisamment de cette testostérone transformée. Si cette substance n'est pas présente en quantité suffisante, le corps poursuit son développement selon le plan originel vers un organisme féminin. Cela implique, évidemment, que tout ce qui réduit la quantité de l'enzyme 5-alpha-réductase bloque la conversion de la testostérone et, ainsi, inhibe la masculinisation. Cela, une fois encore, ouvre la voie à des influences environnementales qui peuvent l'emporter sur le génotype.

Imaginons un organisme ayant une formule chromosomique XY (masculine). Dans ce cas, les testicules ont déjà été formés grâce au facteur de détermination des testicules. Ils fournissent en testostérone les autres tissus de l'organisme à travers le circuit sanguin. Les tissus qui possèdent les récepteurs appropriés « reconnaîtront » la testostérone. Mais, s'il n'y a pas assez de 5-alpha-réductase pour la convertir, les tissus concernés ne seront pas masculinisés et l'organisme se développera vers la féminisation (en dépit de la présence des testicules). L'organisme peut avoir une structure chromosomique XY (masculine) et posséder des organes anatomiques incontestablement masculins (les testicules), il n'en développera pas moins des organes génitaux externes, des caractères sexuels secondaires féminins ainsi que, globalement, une forme et une taille féminines.

L'altération de la conversion de la testostérone pendant la période critique de maturation de

l'organisme mâle peut se produire de plusieurs façons. Au cours des années 1950 et 1960, on a prescrit à des femmes enceintes un médicament appelé Progesten® de façon à prévenir les fausses couches. Un effet secondaire de ce médicament est l'arrêt du processus de conversion de la testostérone (45). Le blocage de ce processus s'observe également dans le cadre d'une affection appelée hyperplasie congénitale des surrénales.

Ainsi, le fait que le patrimoine génétique de quelqu'un puisse subir de telles modifications s'inscrit en faux contre la croyance, largement partagée, selon laquelle nos gènes déterminent notre destin de manière non modifiable et prédéterminée (62).

#### e) Les différences cérébrales selon le sexe

Plus tard, pendant le 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, une autre séquence de maturation critique se déroule. Les changements concernés surviennent juste après la séquence décrite ci-dessus modifiant le corps sexué. *Cette seconde vague de changements « modifie sexuellement » le cerveau lui-même.* A nouveau la testostérone doit être convertie, cette fois par une enzyme appelée aromatasase qui transforme la testostérone en œstrogène. **L'œstrogène** est une hormone naturellement produite par les ovaires mais **chimiquement responsable** (pendant cette période critique) **de la masculinisation du cerveau.** *Une perturbation environnementale de cette enzyme clé peut, comme dans le cas de la 5-alpha-réductase, retentir sur l'ensemble du processus. On peut donc penser qu'il est possible de vivre dans un corps sexuellement masculin contenant un cerveau « féminin »* (62).

Il y a des différences précises, quoique subtiles, entre les cerveaux masculins et féminins. Ces différences semblent proportionnelles à la taille du reste du corps. Cela veut dire que l'homme moyen a un cerveau plus grand que celui de la femme moyenne. Cela est également vrai pour les autres organes – cœur, estomac et foie. Pourtant, il y a 2 différences frappantes entre les cerveaux masculins et féminins qui ne sont pas liées à la taille. Il y a bien d'autres différences mineures, mais ces 2 différences sont celles qui ont été le plus complètement explorées.



### **e-1) L'asymétrie hémisphérique**

La première région dans laquelle une différence liée au sexe a été mise en évidence est le corps calleux. Ce faisceau de fibres établit des connexions entre les hémisphères cérébraux gauche et droit. Le corps calleux est plus grand proportionnellement dans le cerveau féminin que dans le cerveau masculin. La masculinisation du cerveau semble donc entraîner une inhibition de la croissance des fibres du corps calleux. Aussi les hémisphères gauche et droit du cerveau de la femme sont-ils en moyenne plus intimement connectés que leurs homologues masculins.

On pense que cette plus grande taille du corps calleux entraîne une moindre spécialisation hémisphérique chez les femmes que chez les hommes. Il y a donc, habituellement, une plus grande équipotentialité entre les hémisphères chez les femmes et, chez les hommes, une plus grande division du travail. Les conséquences fonctionnelles sont supposées être, d'abord, que les femmes ont, en règle générale, des aptitudes linguistiques supérieures (elles parlent mieux, plus tôt et davantage), tandis que les hommes ont généralement de meilleures aptitudes visuo-spatiales (64).

Les différences des aptitudes cognitives (et les différences anatomiques des hémisphères cérébraux) semblent à la limite insignifiantes ; d'autres différences liées au sexe sont plus substantielles. Elles s'observent dans l'anatomie subcorticale, plus primitive.

### **e-2) L'hypothalamus**

La seconde différence neuro-anatomique essentielle liée au sexe se trouve dans l'aire pré-optique médiane de l'hypothalamus. Un ensemble de noyaux, connus sous le nom de noyaux interstitiels de l'hypothalamus antérieur (*interstitial nuclei of the anterior hypothalamus*, INAH), est localisé dans cette région. Ces noyaux sont au nombre de quatre et, pour deux d'entre eux, il y a des différences visibles selon le sexe. Pour l'INAH-3, la différence est importante.

Cette différence liée au sexe s'observe dans toute la lignée des mammifères, mais son importance varie quelque peu d'une espèce à une autre. Dans l'espèce humaine, l'INAH-3 est trois fois plus grand chez les hommes que chez les femmes. Chez les rats, il est cinq fois plus grand.

L'hypothalamus (dont l'INAH-3 n'est qu'une petite partie) est le « quartier général » du système nerveux autonome. A ce titre, l'activité des noyaux hypothalamiques est étroitement liée à l'économie hormonale. Ces noyaux répondent en permanence aux taux des différentes hormones qui inondent l'organisme et ils les modifient en permanence. Aussi, les différences de l'hypothalamus liées au sexe ont-elles étendu des ramifications ailleurs dans le cerveau et dans le reste du corps.

C'est ainsi que la plupart des fonctions de la reproduction - qui diffèrent beaucoup chez l'homme et chez la femme (par exemple le cycle menstruel) – sont régulées par les noyaux hypothalamiques.

De la même façon, le médiateur du circuit cérébral du comportement sexuel (au sens le plus large), diffère selon le sexe. Le médiateur du circuit sexuel des femmes est pour l'essentiel un peptide appelé ocytocine, alors que, chez les hommes, c'est pour l'essentiel la vasopressine.

On a encore observé d'autres différences neurophysiologiques, notamment la plus grande activité du gyrus cingulaire antérieur chez les femmes que chez les hommes (à l'état quiescent) et, à l'inverse, le fait que les amygdales sont plus actives chez les hommes que chez les femmes (à l'état quiescent) (45).

## **2) Aspects psychologiques et psychanalytiques, la position de C. CHILAND**

Cet auteur prend en compte, en partie, ces aspects biologiques en énonçant que le vécu du corps propre d'un bébé est dépendant de son sexe. Ainsi, le petit garçon a un pénis qui lui donne des sensations, qui entre en érection ; son tonus moteur est différent de celui de la fille, il est plus hypertonique, sujet à des décharges motrices.

Cependant, elle défend que ce qu'il éprouve, il ne peut le connoter de masculin, car il ne sait pas encore qu'il existe des êtres humains faits autrement que lui. Il va donc recevoir des messages de son environnement, le renforçant dans son comportement ou au contraire tentant de l'inhiber. Il apprendra du dehors ce qu'il est convenable qu'il éprouve, et qu'il est un garçon. Il en va de même pour la fille ; elle éprouve des sensations, spontanément ou lors de la toilette, liées à la conformation de son corps, mais elle n'apprendra que du dehors l'étiquetage de ces sensations

comme féminines. Cet auteur montre donc l'importance de ce que ressentent, pensent, souhaitent ceux qui entourent l'enfant, puisque ce sont eux qui vont renforcer ses comportements et donner un nom à ce qu'il éprouve (17).

On peut évoquer la parole de WINNICOTT : « Un nourrisson ça n'existe pas » (72), c'est-à-dire ça n'existe pas sans des bras qui le portent ou un berceau qui le contient. Cet être n'est pas encore pour lui-même un individu conscient de l'être ; pourtant son self, ou sentiment de continuité d'être de l'être humain, se développe. La position que défend C. CHILAND est que ce self est d'emblée sexué, il n'y a pas un self neutre qui deviendrait secondairement sexué. Parce que l'unité primitive est l'unité mère-bébé ou parent-bébé, le bébé a un self sexué : dans la tête de ses parents et de tous ceux qui l'abordent, son sexe est présent, il n'est pas juste un bébé, mais une fille ou un garçon.

L'identité sexuée apparaît donc liée à la manière dont l'enfant interprète les messages conscients et inconscients qui lui viennent de ses parents et des autres personnes de son entourage. Il adopte les comportements, les manières de sentir qui sont approuvés par l'extérieur, qui lui valent d'être aimé.

Ce n'est que dans la deuxième moitié de la première année, si nous suivons ROIPHE et GALENSON, que l'enfant prend conscience des organes génitaux externes, de l'existence de deux sexes, dans ce que ces auteurs appellent la phase génitale précoce. Les enfants des deux sexes se comportent différemment et en réaction à ce qu'ils découvrent de l'autre sexe. La constitution de ce que STOLLER appelle le *core gender identity*, le noyau de l'identité de genre, précède et accompagne cette phase génitale précoce et sa valorisation du pénis.

Ensuite, sur la base de cette connaissance : « Je suis un garçon » ou : « Je suis une fille », l'identité sexuée s'affinera de toutes les caractéristiques culturelles prescrivant ce qu'un garçon ou une fille doivent être, ressentir, faire. Une insatisfaction d'être un garçon ou une fille peut s'exprimer. Le garçon entre 3 et 5 ans découvre qu'il ne pourra pas avoir de bébés comme sa mère, ni de lait dans ses seins ; il envie cette puissance de la mère. La fille envie le pénis du garçon, dont elle voit combien l'entourage le valorise. Mais tout cela s'inscrit dans la continuité

de l'investissement narcissique d'être un garçon ou une fille. Ce que l'enfant veut, c'est continuer d'être lui-même avec en plus les avantages de l'autre sexe (17).

Comme nous le reverrons par la suite, STOLLER a été conduit, à partir de l'étude des transsexuels, à proposer une théorie où l'identité sexuée s'acquiert par imprégnation au contact du corps de la mère. Tout garçon commencerait par avoir une identité féminine, toute fille aussi, mais l'identité de la fille se poursuit dans la continuité, tandis que le garçon doit se déprendre de son identité féminine pour acquérir une identité masculine, se « désidentifier de sa mère », comme dit GREENSON. Cette imprégnation initiale s'accompagne d'un modelage, *shaping*, par les parents ; leur propre problématique d'identité sexuée façonne celle de l'enfant (66).

C. CHILAND s'oppose à cette conception de la construction de l'identité sexuée, qui s'attraperait par contiguïté ou osmose, où l'identification serait un phénomène passif.

Pour cet auteur, les mouvements d'identification projective et introjective aboutissent à une construction idéale faite par l'enfant de ce qu'il lui faut être pour être aimé des parents et s'apprécier lui-même. L'enfant n'obéit pas directement à l'injonction des parents, consciente ou inconsciente ; il *interprète* leurs messages. L'image de ce qu'il veut être n'est pas la copie de ce que sont ses parents, mais une image idéale, qui est construite à partir de ce que sont les parents et aussi *contre* ce que sont les parents. Il y a, pour C. CHILAND, contrairement à ce que pense STOLLER, une conflictualité précoce et un clivage des imagos : une mère idéale et une mère dangereuse et rejetée, un père idéal et un père dangereux et rejeté. Les parents jouent un rôle, mais ce n'est pas une causalité linéaire, tout passe par ce que l'enfant fait de ce que les parents lui font. Les parents jouent un rôle dans les interactions comportementales et fantasmatiques, mais l'enfant donne sa réponse, qui lui appartient, et deux enfants d'une même famille soumis aux mêmes paramètres ne répondent pas nécessairement de la même manière, ce qui repose aussi la question des facteurs biologiques (17).

## II) LE SYNDROME DE TRANSSEXUALISME

### 1) Définitions

Le terme de **transsexualisme** est introduit en 1954 par le psychiatre américain Harry BENJAMIN, même si la première utilisation revient à CAULDWELL en 1949.

C'est BENJAMIN qui en a assuré la popularité à partir de 1954 pour désigner un trouble purement psychique de l'identité sexuelle, caractérisé par la conviction inébranlable pour un sujet d'appartenir au sexe opposé (7).

Le terme de **genre** (*gender* en anglais) dérive du latin *genus* et est utilisé dans le sens commun pour désigner une catégorie quelconque, classe, groupe ou famille présentant les mêmes signes d'appartenance. Employé comme concept pour la première fois en 1964 par Robert STOLLER, il a d'abord servi à distinguer le sexe (au sens anatomique) de l'identité (au sens social ou psychique). Dans cette acception, le genre désigne donc le sentiment (social ou psychique) de l'identité sexuelle, alors que le sexe définit l'organisation anatomique de la différence entre mâle et femelle (66).

A partir de 1975, le terme fut utilisé aux Etats-Unis et dans les travaux universitaires anglophones, pour étudier les formes de différenciation que le statut et l'existence de la différence des sexes induisaient dans une société donnée. De ce point de vue, le genre est une entité morale, politique et culturelle, c'est-à-dire une construction idéologique alors que le sexe reste une spécificité anatomique.

Pour STOLLER, il manquait au freudisme classique une catégorie permettant de différencier radicalement l'appartenance anatomique (le sexe) et l'appartenance à une identité sociale ou psychique (le genre), l'une et l'autre pouvant se trouver dans un rapport de dyssymétrie radicale comme le montre l'étude du transsexualisme (65).

Le terme **identité** vient du latin *identitas* qui signifie « le même ». L'identité caractérise ce qui est

même, unique, similaire, permanent ou commun.

En psychopathologie, on considère que de la solidité du narcissisme et de l'identité va dépendre la capacité à résoudre les conflits intrapsychiques et interrelationnels. Les liens sont importants entre identité et identification, et entre l'identification et les relations d'objet.

La psychanalyse insiste sur le remaniement des images parentales à l'adolescence, et montre comment ce processus dynamique participe à la construction d'images complexes en partie inconscientes. L'élaboration de l'ambivalence et de l'agressivité attachée à ces représentations permettra la construction identificatoire de l'individu. Ce processus nécessite aussi la mise en œuvre d'une séparation d'avec les parents, ce qui ne va pas parfois sans une nécessaire opposition. Sur le plan inconscient, cette séparation présuppose aussi un processus de deuil d'avec les images parentales infantiles.

Parallèlement à la séparation se joue pour l'enfant l'expérience du corps morcelé. L'enjeu de l'identification et de la séparation est mis en évidence dans l'élaboration que fait LACAN du « Stade du Miroir ». Pour lui : « il y suffit de comprendre le Stade du Miroir comme une identification au sens plein que l'analyse donne à ce terme : à savoir la transformation chez le sujet, quand il assume une image » (43).

Ce moment identificatoire se situe au seuil du développement du sujet, et il rappelle la primauté de l'identité sur l'identité sexuée ; ceci est fondamental.

Le terme d'**identité de genre** désigne le sentiment d'appartenir à une classe d'individus identiques à soi et reconnu de même sexe, sexe en congruence psychologique, morphologique et sociale.

Le terme de **dysphorie de genre** est dû à Norman FISK, qui l'a introduit dans un symposium en 1973. Ce terme de dysphorie suppose l'existence d'une insatisfaction, d'un malaise et d'une inquiétude. Il comprend les troubles de l'identité de genre, et donc un spectre de différentes formes cliniques allant des plus bénignes aux plus graves, le transsexualisme étant un exemple de ces dernières. Ce terme a été repris par les définitions les plus récentes du DSM, pour désigner la clinique actuelle du transsexualisme.

Le terme de **réassignation de sexe** est la traduction littérale du terme anglais *sex reassignment* employé par MONEY au début des années cinquante. Il désigne le traitement hormonal et l'intervention chirurgicale qui visent le changement de sexe anatomique.

## **2) Epidémiologie descriptive**

L'épidémiologie du transsexualisme se heurte à d'importantes difficultés méthodologiques. Il s'agit d'une affection rare dont la prévalence varie selon les données de la littérature internationale d'**1 cas sur 50 à 100 000** selon des données du rapport de J.BRETON, à **1/12 000** (transsexuel masculin) et **1/30 000** (transsexuel féminin) pour l'équipe néerlandaise de P.J .VAN KESTEREN.

Malgré une augmentation sensible des demandes de transsexuels féminins ces dernières années, on note classiquement plus d'hommes que de femmes parmi les patients qui recherchent une aide auprès des équipes spécialisées (ratio de **3/1**) (32).

## **3) Clinique**

### **a) La clinique de R. STOLLER**

La définition qu'il prend comme point de repère comporte : une anatomie de départ sans équivoque (mâle ou femelle) et une assignation de sexe à la naissance elle aussi unanime. Il note dans le passé du transsexuel homme le port fréquent de vêtements féminins dès les premières années de vie, en dedans ou en dehors du domicile. Le comportement est féminin, ainsi que les jeux de l'enfant, le petit garçon est électivement attiré par les filles, et refuse de participer aux jeux de garçons jugés violents. Dans certains cas, même jeune, le petit garçon exprime sa volonté d'être, plus tard, une fille.

Cette demande peut aller jusqu'à un extrême où l'enfant émet le désir qu'on lui retire son pénis, et qu'il possède des seins ; il se donne parfois un prénom de fille. Il montre un intérêt prononcé à observer sa mère dans des comportements féminins (habillage, maquillage, coiffure, bijoux) et il

est considéré par celle-ci comme un créatif, précoce dans le domaine artistique. La désapprobation sociale dont il est victime naît très tôt, et peut entraîner un retrait social qui s'accompagne d'anxiété et qui se complique de dépression.

STOLLER définit deux grandes catégories de transsexuels : les formes primaires et les formes secondaires, ceci dans le cadre du versus homme vers femme.

- Le transsexuel masculin primaire a une apparence et un comportement des plus féminins, et ce, depuis l'enfance. Ceci est confirmé par la famille. On ne retrouve pas dans le passé d'épisode de masculinité, ni même d'engagement transitoire dans les rôles typiquement masculins (mariage, profession masculine, service militaire, comportement sexuel masculin) d'où le terme « primaire ». Il sait qu'il est biologiquement mâle, mais dès le début de sa vie, il a ouvertement souhaité que son corps soit changé en corps féminin. Depuis l'enfance il s'habille en fille, et ce, sans en tirer de plaisir érotique. Il ne se considère pas homosexuel, et est attiré par des hommes masculins (et pas par des homosexuels). Pour lui, un indicateur fondamental qu'un homme est homosexuel est qu'il s'intéresse aux organes génitaux mâles du transsexuel.

- Les transsexuels masculins secondaires regroupent des hommes qui demandent un changement de sexe, mais dont le comportement emprunté à l'autre genre ne débute pas dans l'enfance, et dont la vie est ponctuée d'épisodes de comportements masculins, additionnés d'expérience de plaisirs provenant des organes génitaux.

STOLLER isole plusieurs situations : pour certains, dans les années qui précèdent la demande de réassignation, il y a l'apparition progressive d'un sentiment d'être homosexuel, avec une orientation vers le côté féminin, et, à la longue, le sentiment qu'ils iraient mieux s'ils étaient une femme.

Pour d'autres, on retrouve un passé de transvestisme où l'homme se rend compte qu'il aime se déguiser en femme, moins pour le plaisir érotique que cela lui apporte que pour l'impression de se sentir femme.

Enfin, STOLLER évoque encore deux situations, précédant un transsexualisme secondaire : soit



le désir de changement de sexe se fait après un passé ouvertement hétérosexuel (mariage, paternité, profession masculine), soit encore la demande est faite alors qu'aucun engagement sexuel particulier n'a été pris de la part du sujet, du fait d'un besoin érotique faible ou nul chez un homme dont le comportement de genre n'avait, au préalable, pas été manifestement aberrant (67).

Il est important d'insister sur ces définitions, car nous voyons que ce sont des travaux de STOLLER que s'inspirent les définitions dans les classifications internationales d'une part, et que d'autre part, les transsexuels bien informés renvoient lors des entretiens ces mêmes éléments biographiques pour étayer le diagnostic qu'ils apportent.

### **b) Diagnostic dans les classifications internationales : D.S.M. et C.I.M.**

Le syndrome de transsexualisme a été reconnu et décrit précocement par la communauté médicale mais son officialisation parmi les troubles mentaux date de son entrée dans les différentes classifications internationales des troubles mentaux (CIM 9 et 10 ; versions successives des DSM-III, III-R, IV).

Cette appartenance du transsexualisme au cadre des maladies mentales ne va d'ailleurs pas de soi : certains candidats au changement d'identité réfutent l'appartenance du transsexualisme au cadre des maladies mentales. On peut penser à l'exemple de l'exclusion de l'homosexualité du champ de la pathologie mentale sous la pression des lobbies homosexuels américains avec l'argument que l'homosexualité, même égodystonique, ne présentait pas une comorbidité psychiatrique différente de la population générale (32).

Dans le DSM III (1980), le diagnostic de transsexualisme regroupe plusieurs items : des sentiments d'inconfort et d'inadéquation quant à son sexe anatomique, ainsi que le désir d'être débarrassé de ses organes génitaux, et de vivre comme un sujet de l'autre sexe.

Cette perturbation doit durer de manière continue pendant au moins deux ans. Le patient ne doit pas être porteur d'ambiguïté sexuelle organique, ni d'anomalie génétique.

Ces quatre premiers éléments ne doivent pas être dus à un autre trouble mental, comme la schizophrénie. Le diagnostic prévoit de préciser la tendance sexuelle antérieure (asexuelle, homosexuelle, hétérosexuelle, non spécifiée) (3).

Dans le DSM III-R, sont regroupés les sentiments persistants d'inconfort et d'inadéquation par rapport à son sexe désigné, associé au désir persistant, pendant au moins deux ans, de se débarrasser de ses caractéristiques sexuelles primaires et secondaires, et d'acquérir les caractéristiques sexuelles de l'autre sexe. Le sujet doit avoir atteint l'âge de la puberté, et là encore il faut préciser la tendance sexuelle antérieure (4).

Dans le DSM IV, on parle de trouble de l'identité de genre, définis comme une identification intense et persistante à l'autre sexe (ne concernant pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe). La classification précise les symptômes cliniques chez l'enfant, qui sont les mêmes que ceux énoncés par STOLLER.

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 l'on se fait passer pour l'autre sexe, un désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe, ou la conviction de posséder les sentiments et réactions typiques de l'autre sexe.

La définition comprend aussi le sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe, ou le sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante. Chez l'adulte, cela se manifeste par la demande de traitement hormonochirurgical. L'affection ne doit pas être concomitante d'une pathologie responsable d'un phénotype hermaphrodite. L'affection est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou d'autres domaines importants (5).

On voit donc que les critères diagnostics retenus par le DSM reprennent les grandes lignes de l'élaboration de STOLLER. Le statut du transsexualisme en tant que pathologie est ainsi nettement affirmé : « le transsexuel n'est ni schizophrène, ni fétichiste, ni homosexuel ».

Dans le DSM III, le Transsexualisme se trouve dans le chapitre des Troubles psychosexuels qui commencent par les Troubles de l'identité sexuelle, suivis des Paraphilies et de l'Homosexualité égodystonique, rangée alors sous la rubrique « Autres troubles psychosexuels » et qui disparaîtra par la suite (3).

Dans le DSM III-R apparaissent plusieurs changements, tout d'abord un changement lexical, les troubles psychosexuels deviennent troubles sexuels, le terme transsexualisme disparaît de la rubrique ; cette pathologie est dorénavant rangée sous le titre « troubles apparaissant habituellement durant la première ou deuxième enfance, ou l'adolescence ». Les critères « absence d'ambiguïté sexuelle ou d'anomalie organique » et le critère d'exclusion d'un autre trouble mental tel que la schizophrénie ne sont plus retenus (4).

Dans le DSM-IV, le terme de transsexualisme a disparu. Cette affection revient en fin de manuel, dans le chapitre des Troubles sexuels et de l'Identité de genre.

Les critères diagnostics utilisés sont de prime abord similaires, mais leur lecture détaillée montre deux changements. Si dans le DSM-III, le patient désirait être débarrassé de ses organes génitaux, il désire désormais être débarrassé de ses caractères sexuels primaires et secondaires. De plus, le critère d'exclusion « non dû à un autre trouble mental comme la schizophrénie » est supprimé. Une nouvelle rubrique apparaît : « le trouble de l'identité sexuelle de l'adolescent ou de l'âge adulte de type non transsexuel ».

Les critères diagnostics en sont similaires, hormis l'absence de désir exprimé d'être débarrassé de ses caractères sexuels primaires ou secondaires (5).

L'ensemble de ces changements traduit tout à la fois un élargissement du concept de transsexualisme aux dysphories de genre, comme la difficulté de distinguer celui-ci des troubles psychotiques.

Ils traduisent aussi la variabilité de la demande que certains considéraient dans un premier temps comme une demande isolée d'émascation, alors qu'elle touche le plus souvent le façonnage d'un corps plus que celui de l'organe sexuel seul.

Dans la CIM 10, il est intéressant, dans le cadre de cette thèse, de constater que le transsexualisme figure dans la section des Troubles de la Personnalité (F.6). Il fait partie, là aussi, du chapitre des Troubles de l'identité sexuelle, où il est défini par : « *Un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé, ce désir s'accompagnant 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 ».*

On retrouve dans les directives des auteurs de la CIM 10 la nécessité d'exclure une pathologie mentale telle que la schizophrénie. De même, les auteurs de la CIM 10 font un lien entre le transsexualisme et la demande d'une réassignation du sexe par les hormones et la chirurgie (58, 59).

En regard de la complexité de ce diagnostic, le DSM dans ses différentes versions ou la CIM 10 proposent des critères imprécis voire caricaturaux, si l'on se réfère à la pratique clinique où les situations apparaissent beaucoup plus nuancées (d'autre part, les critères du DSM-III, où le diagnostic de transsexualisme était exclu en présence d'un autre trouble mental, notamment une schizophrénie, étaient plus restrictifs que ceux du DSM-IV, nous amenant à les retenir comme critères d'inclusion pour la présente étude).

Ceci reflète à la fois le parti-pris purement descriptif, athéorique des classifications diagnostiques internationales, mais aussi la large part d'ignorance de la communauté médicale sur ce trouble (32).

#### **4) Diagnostic différentiel**

Nous entendons par diagnostics différentiels les situations qui font penser que la revendication transsexuelle se situe au second plan par rapport à une autre problématique.

L'évaluation de ce diagnostic différentiel ne peut pas être totalement objective, mais nous allons envisager 3 grands axes cliniques qui font l'unanimité : la psychose, la perversion manifeste, l'homosexualité manifeste.

*Pour ce qui est de la psychose*, la question est délicate puisque pour certains auteurs, le transsexuel, de par la nature de sa revendication identitaire, est un psychotique. Si nous prenons en compte la description clinique psychiatrique classique de la psychose, la situation est plus simple. Il faut rechercher un délire schizophrénique de transformation corporelle, c'est-à-dire un désir psychotique centré sur la modification des caractères sexuels.

D'expérience, certains auteurs précisent que la revendication transsexuelle disparaît après prescription d'un traitement neuroleptique qui fait céder le délire. Les délires de changement de sexe font parfois partie de vécus hallucinatoires de transformation corporelle, expression d'une psychose paranoïde. On retrouve souvent un délire de filiation à l'origine de cette hallucination de changement de sexe.

La situation est délicate quand on retrouve une note psychotique seule, sous la forme d'une revendication de type paranoïaque. Certains patients transsexuels fixent en effet toute leur demande et leur énergie sur l'obtention d'un nouvel état civil, cette revendication devenant quérulente, le patient souhaite engager alors des procédures juridiques qui semblent plus importantes pour lui que d'éventuelles transformations physiques.

Certains auteurs évoquent la possibilité d'une psychose dite « psychose blanche », où l'on a simplement à faire à une structure psychotique, mais là sans aucun symptôme positif ni négatif.

*Dans le cadre des perversions*, il faut écarter de la prise en charge les patients ressortant plus du registre du travestissement fétichiste, dans lequel le trouble se situe plus du côté de la sexualité que du côté de l'identité de genre.

Le travestit fétichiste, lui, investit normalement son pénis, c'est-à-dire qu'il construit un scénario pervers en se servant du travestissement pour obtenir un plaisir érotique de son organe sexuel, ce qui n'est pas le cas du transsexuel qui a un comportement autre dans le domaine de la sexualité (désinvestissement, désintérêt, déni).

Néanmoins, un transsexualisme avéré peut faire suite à un passé de travestissement isolé.

*Les homosexuels efféminés* constituent également un diagnostic différentiel.

Ils ne contestent pas la légitimité de leur sexe anatomique et investissent normalement leurs organes génitaux comme source de plaisir.

Il peut s'agir de patients pour qui l'identité homosexuelle n'est pas acceptable, et qui ne peuvent

vivre leur sexualité qu'en ayant la possibilité de se considérer comme hétérosexuels, ce qu'ils ne peuvent affirmer qu'une fois transformés en femme.

Dans certaines situations où l'homosexualité joue un rôle important, il est intéressant d'être attentif aux réactions que suscite la mise sous traitement hormonal, qui entraîne une diminution puis une disparition de la libido, sachant que l'homosexuel tolère mal cet événement, contrairement au transsexuel qui sera très satisfait de ne plus ressentir d'érection (67).

### **III) LE CONCEPT DE PERSONNALITE**

#### **1) Définitions**

Le terme de personnalité désigne généralement ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans la dynamique de l'organisation du fonctionnement psychologique d'une personne. Le mot latin *persona*, qui signifie « le masque » indique par-là même une des principales caractéristiques des masques dans le théâtre, reflet fixe et permanent qui cherche à représenter – parfois en le caricaturant – un individu (27).

Il existe plusieurs dizaines de définitions de la personnalité. La définition retenue par J. DELAY et P. PICHOT en 1962 (25) a l'avantage de mettre l'accent sur l'aspect intégratif de diverses composantes. Dans cette optique, la personnalité humaine peut être considérée comme l'organisation dynamique des aspects cognitifs (c'est-à-dire intellectuels), affectifs, conatifs (c'est-à-dire pulsionnels et volitionnels), physiologiques et morphologiques de l'individu.

Chacun des différents domaines de la personnalité individuelle peut être étudié selon l'aspect *structural* ou étude de l'intégration des divers éléments ou facteurs qui constituent la personnalité, l'aspect *dynamique* ou analyse des forces qui déterminent l'évolution de cette structure personnelle et son adaptation générale, l'aspect *génétique* enfin ou histoire des modalités de l'interaction des influences héréditaires et environnementales.

L'influence respective de ces facteurs, c'est-à-dire l'importance relative accordée à la maturation et à l'environnement est toujours discutée.

Aux théories individuelles « constitutionnalistes » qui mettent l'accent sur l'hérédité s'opposent les théories « culturalistes » qui privilégient les apprentissages sociaux et culturels dans le développement de la personne (27).

## 2) Les théories

Les théories de la personnalité sont dominées par les théories néo-béhavioristes, le modèle psychanalytique, les théories cognitivistes et par les perspectives psychobiologiques modernes qui ont ravivé les doctrines anciennes des tempéraments.

- Les *théories néo-béhavioristes* sont dérivées de la théorie stimulus-réponse ; elles appliquent à la personnalité les principaux résultats de la psychologie expérimentale et de la psychophysiologie. Elles représentent l'intégration de trois tendances : la réflexologie de PAVLOV, le béhaviorisme de WATSON et la théorie de l'apprentissage de THORNDIKE (25). Elles reposent sur l'étude des processus d'apprentissage, l'environnement ayant un rôle structurant.
- La *théorie psychanalytique* s'est développée à partir de la psychopathologie individuelle. Ses fondements sont biologiques. Elle repose en effet sur la théorie des instincts, dans laquelle les pulsions sont les forces physiologiques qui poussent l'individu à accomplir une activité. L'histoire du développement est une lutte entre le pôle pulsionnel de la personne et de nombreuses sources de tension. Les acquisitions que représentent les satisfactions éprouvées, les frustrations et les conflits sont les expériences vécues que l'individu assimile successivement au cours de son développement.
- L'*approche cognitive* se centre sur les processus de pensée, les croyances, les convictions.
- Les *théories sociales et culturelles* ont été élaborées à partir du constat fait par de nombreux auteurs que l'environnement social et culturel est un facteur prédominant de l'organisation psychologique individuelle. Des études comparatives comme celles des observations éthologiques ont donné naissance à de nouvelles voies de recherche. L'anthropologie culturelle de l'école américaine et le culturalisme illustrent ces tendances. Dans une perspective humaniste enfin, l'importance des facteurs sociaux s'allie au concept de développement individuel ; chaque individu a tendance à développer un potentiel humain et

certaines conditions environnementales favorisent un développement optimal ; tandis que d'autres ont des conséquences néfastes sur le développement (27).

### **3) La recherche**

Les principaux types de recherche sur la personnalité sont soit d'ordre clinique centrés sur l'individu, soit d'ordre expérimental centrés sur des groupes, à la recherche de similitudes ou de différences entre eux, générant des hypothèses sur les origines des différences constatées. Pour certains auteurs cependant, la psychologie de la personnalité ne peut accéder au rang de science véritable puisque celle-ci nécessite que les hypothèses (comme par exemple des prédictions faites sur le fonctionnement psychologique) puissent être énoncées sous une forme qui puisse être vérifiée par l'observation empirique.

Ainsi pour H. EYSENCK le manque de paradigme commun aux diverses théories de la personnalité est-il un écueil majeur.

La recherche scientifique se fonde généralement sur les deux principes essentiels que sont le positivisme logique et la méthode hypothético-déductive.

Selon le positivisme c'est l'observation qui fournit la connaissance ; or de nombreux phénomènes psychologiques tels que les données de l'expérience subjective échappent à l'observation. Dans la méthode hypothético-déductive, on élabore initialement un concept théorique, on déduit ensuite des hypothèses dont on pourrait chercher à vérifier le bien-fondé si la théorie se montrait exacte. La connaissance progresse ainsi par l'accumulation de résultats compatibles avec les fondements théoriques imaginés.

L'approche scientifique de la personnalité implique une adhésion au déterminisme philosophique : « traditionnellement la science considère que les phénomènes qu'elle étudie ont des causes et que ces causes peuvent être mises au jour par des méthodes scientifiques » (27).



#### **4) Troubles de la personnalité : modèles descriptifs catégoriel et dimensionnel**

Bien que beaucoup d'entre eux aient pu être décrits en référence à des psychoses ou à des névroses les troubles de la personnalité occupent une place particulière par rapport à toutes les autres classes de troubles mentaux. Ils n'ont généralement pas été considérés comme des maladies, au sens que l'on donne à ce terme depuis SYDENHAM, c'est-à-dire comme des entités définies par leurs symptômes et signes et éventuellement par leurs causes, mais comme des formes estimées pathologiques de la personnalité (ou du caractère, du tempérament, de la constitution).

Cette différence essentielle soulève un problème : le modèle utilisé pour la description des maladies est-il approprié à celle des troubles de la personnalité ? Il a été explicitement posé par le DSM-IV : « L'approche diagnostique suivie dans ce manuel, y est-il écrit, correspond à une description des troubles de la personnalité en catégories censées représenter des syndromes cliniques qualitativement distincts. Une alternative à cette approche catégorielle est représentée par la perspective dimensionnelle suivant laquelle les troubles de la personnalité sont des formes inadaptées de traits de la personnalité, reliés entre eux et l'état normal par un continuum sans transitions nettes. » Après avoir brièvement mentionné quelques-uns des modèles dimensionnels proposés récemment, les auteurs concluent : « Les relations existant entre les différents modèles dimensionnels, les différentes catégories diagnostiques des troubles de la personnalité et divers aspects du fonctionnement de la personnalité font actuellement l'objet d'études. »

Pour comprendre le problème ainsi posé, il est nécessaire d'évoquer les fondements conceptuels de ces deux approches, leur formulation actuelle et leurs relations avec la notion de normalité (27).

##### **a) Le modèle catégoriel**

L'idée de classification est à la base du modèle catégoriel. Une classification répartit les éléments d'une population en sous-populations – classes ou catégories – homogènes par rapport au critère ou à la combinaison de critères qui ont servi à l'établir. Les classifications condensent l'information en substituant à la description de chaque élément son appartenance à une classe

dont on a défini les caractéristiques.

En médecine, et plus généralement dans les sciences de la nature, les individus ou les éléments à classer possèdent des caractéristiques multiples.

A ces classifications dites artificielles, s'oppose la « classification naturelle » dont le principe est né au XVIIIème siècle, qui se définit concrètement par deux propriétés. L'une est qu'elle n'est pas (ou très peu) modifiée par les progrès des connaissances qui permettent d'utiliser de nouveaux critères théoriques plus fondamentaux. La seconde propriété des classifications naturelles, issue de la philosophie pragmatiste, est que ce sont celles qui permettent le plus grand nombre de prédictions.

Les éléments d'une population sont toujours susceptibles d'être classés en définissant chaque sous-population par une combinaison de caractéristiques. Mais il peut se faire qu'aucune des classifications possibles à partir des caractéristiques disponibles ne soit naturelle. Le mathématicien et philosophe COURNOT a, en 1861, exposé le critère statistique permettant de reconnaître dans une population l'existence de classes naturelles. « Le type, écrit-il, est une abstraction rationnelle, un « genre naturel » opposé au « genre artificiel », ensemble d'un grand nombre de caractéristiques formant un tout organique et dont la réunion ne peut s'expliquer par le hasard. » Si, dans une population, les critères indépendants A et B sont observés chacun chez un sujet sur dix, on peut prévoir que, du fait du hasard, un sujet sur cent présentera probablement la combinaison AB. Celle-ci ne définira une classe naturelle que si la fréquence observée des sujets AB dans la population est significativement supérieure à cette valeur. Des méthodes mathématiques variées ont été développées pour établir empiriquement des classifications naturelles sur la base des données disponibles. Elles n'ont été que récemment utilisées dans des domaines partiels de la médecine mentale, dont les nosologies, marquées par des remaniements constants et une complexité croissante ont été établies sur la base de l'expérience clinique accumulée.

Des doutes sont aujourd'hui exprimés sur le caractère naturel de beaucoup d'entre elles. Il est généralement impossible de démontrer que les classes syndromiques qu'elles décrivent ont les propriétés exigées par COURNOT. De plus, le principe fondamental suivant lequel chaque sujet doit pouvoir être attribué à une classe mais à une seule n'est même pas généralement respecté. En médecine, l'appartenance simultanée à plusieurs classes, constituant la comorbidité, correspond

aux cas relativement rares des sujets souffrant de deux affections indépendantes. Or, dans les études épidémiologiques psychiatriques, cette comorbidité atteint des taux considérables, de loin supérieurs à ceux observés dans les autres spécialités médicales. Cette anomalie est particulièrement évidente dans les troubles de la personnalité pour lesquels les diagnostics multiples sont la règle, ce qui a amené le DSM-IV à la recommandation de « noter par ordre d'importance tous les diagnostics pertinents ».

Dans le cas des troubles de la personnalité, la possibilité d'une substitution du modèle catégoriel par un modèle dimensionnel, repose sur des arguments pratiques, mais aussi théoriques particulièrement convaincants (27).

### **b) Le modèle dimensionnel**

A la différence du modèle catégoriel médical, issu des sciences de la nature, le modèle dimensionnel est né de la psychologie. De tout temps, dans le langage courant, on a décrit les individus en utilisant des adjectifs relatifs à certaines qualités psychologiques précédés d'adverbe de quantité précisant le degré des qualités possédées en référence à l'ensemble de la population. La psychologie traditionnelle avait défini un nombre limité d'entités comme l'intelligence, la mémoire, l'attention, la volonté dont les multiples mobilités d'expression correspondaient à ces adjectifs. Cette « psychologie des facultés » ou des « fonctions mentales » est à l'origine du modèle dimensionnel moderne.

La formalisation statistique, qui a joué un rôle central dans son développement, est apparue au XIX<sup>ème</sup> siècle lorsqu'on a commencé, pour comparer les individus entre eux, à mesurer leurs performances à des tâches standardisées relevant de diverses facultés psychologiques hypothétiques. On constata que les résultats à ces tâches, dont certaines prirent plus tard le nom de tests mentaux, n'étaient pas des variables indépendantes. Ceux obtenus par un sujet à l'une de ces tâches permettaient de prédire, avec une probabilité variable suivant les cas, ceux qu'il obtenait à une autre. Un index numérique, le coefficient de corrélation, fut élaboré pour quantifier cette liaison. En 1904, le psychologue Charles SPEARMAN créa une méthode statistique, l'analyse factorielle. Elle rendait compte par un modèle simple de toutes les corrélations

constatées entre une série de variables, de la matrice de corrélations. Les entités isolées par l'analyse factorielle sont dans la terminologie statistique appelés *facteurs*, la contribution de chaque entité au résultat à une épreuve est intitulée saturation de celle-ci dans le facteur.

L'analyse factorielle s'est depuis développée dans ses méthodes et diversifiée dans ses domaines d'application. Sont habituellement utilisées aujourd'hui des techniques aboutissant à des modèles dits multifactoriels. A partir d'une population de sujets et d'une population de caractéristiques quantifiées (variables) spécifiant chaque sujet, elles déterminent les facteurs, en nombre beaucoup plus faible que celui des variables en chaque facteur. Les variables, dans le domaine psychologique, peuvent être des résultats à des tests. Elles peuvent aussi être des items, éventuellement présentés sous forme dichotomique, comme la réponse du sujet à une question dans un inventaire de personnalité ou la notation par un observateur d'un symptôme dans une échelle d'évaluation. Dans ces derniers cas, l'analyse factorielle, en déterminant la structure factorielle sous-jacente à la population d'items, permet de construire des échelles factoriellement « pures » en rassemblant les items ayant une saturation élevée dans un facteur et nulle ou non significative dans les autres. Grâce à ces échelles, on peut décrire chaque sujet, non plus en énumérant ses nombreuses caractéristiques, mais en indiquant sa position sur quelques échelles, son profil.

Le modèle factoriel, contrairement au modèle catégoriel qui condense l'information en regroupant les individus, obtient le même résultat en regroupant les caractéristiques. Comme les facteurs sont par construction linéaires, on qualifie les modèles factoriels de dimensionnels et, dans le domaine de la personnalité, les facteurs sont assimilés à des traits.

Ainsi, l'approche dimensionnelle permet de se dégager des contraintes classificatoires, dont la validité est encore rarement incontestable, que ce soit pour les troubles de la personnalité entre eux ou pour la distinction des troubles dits « de l'axe I » et « de l'axe II » (27).

## **5) Normalité et pathologie**

La psychologie a traditionnellement postulé une continuité entre les deux et l'une des conséquences de l'approche dimensionnelle sous sa forme factorielle est de lui donner une

formulation statistique. Si, en effet, on utilise une échelle pour mesurer un trait-facteur, la distribution des sujets de la population générale en fonction de leurs résultats a la forme d'une courbe continue, non bimodale, habituellement d'allure normale Gaussienne. Les sujets présentant une intensité moyenne du trait sont les plus nombreux, leurs effectifs diminuant à mesure que l'on s'approche des valeurs extrêmes. Le degré de déviation par rapport à la moyenne est assimilé au degré de déviation par rapport à la « normalité statistique ». Le caractère continu unimodal de la courbe fait qu'il n'existe aucun critère statistique pour fixer la limite entre normalité et pathologie. Pour certaines épreuves psychométriques de personnalité, on a proposé un seuil arbitraire : tout sujet déviant d'au moins 2 écarts-types par rapport à la moyenne (ce qui correspond à 2,14 % de la population à chaque extrémité de la courbe) est considéré comme pathologique.

Dans la mesure où certaines descriptions psychiatriques des troubles de la personnalité, malgré leur adhésion formelle au modèle catégoriel, se rapprochent dans leur esprit du modèle dimensionnel, elles ont été contraintes de proposer un critère qui, dans leur cas, ne pouvait être statistique. Pour K. SCHNEIDER une variation de la personnalité devient pathologique « lorsqu'elle fait souffrir soit l'individu, soit la société », et pour le DSM-IV, de manière analogue, « lorsqu'elle entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines ».

Cette difficulté de fixation du seuil, résolue imparfaitement par des critères arbitraires ou clinico-sociaux imprécis serait propre à l'approche dimensionnelle parce qu'elle implique une distribution linéaire continue des individus.

Les classes du modèle catégoriel auraient des limites précises, mais ceci ne tient pas compte de la variabilité interindividuelle. En réalité, l'existence d'un gradient à l'intérieur de chaque catégorie rend nécessaire la fixation du point à partir duquel le nombre de caractéristiques typiques est suffisamment faible pour que l'on puisse considérer le sujet comme normal. Le DSM-IV admet que ce modèle « ne postule pas que chaque trouble mental soit une entité circonscrite par des limites absolues, l'isolant de [...] l'absence de trouble mental », et il fait appel généralement au critère clinico-social pour définir le seuil de pathologie.

Celui-ci est donc fixé de manière analogue dans le modèle catégoriel et dans le modèle dimensionnel malgré leurs différences structurelles formelles (27).

**2<sup>ème</sup> PARTIE : HYPOTHESES  
PSYCHOPATHOLOGIQUES ET  
PHYSIOPATHOLOGIQUES DANS LE  
TRANSSEXUALISME**

# I) LE TRANSSEXUALISME CONCU COMME ASSOCIE A UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE SPECIFIQUE

## 1) Hypothèses psychanalytiques

### a) Le transsexualisme considéré comme une psychose

Pour nombre d'auteurs, le transsexualisme doit être considéré comme une psychose. J. DELAY considère la conviction du transsexuel comme une idée délirante circonscrite et l'estime très proche d'un délire de revendication hypocondriaque, développé chez des sujets dont l'immaturation et le narcissisme dominant le profil psychologique.

J.M. ALBY dans sa thèse de 1956, réalise la difficulté de faire entrer « cette organisation psychique particulière » dans un cadre nosologique précis. Si elle peut en effet faire partie du cadre des perversions dans l'acception psychiatrique classique du terme, ce n'est guère possible dans une perspective psychodynamique.

« Pour un psychanalyste, reconnaît-il, le cas du transsexuel est paradoxal : la névrose et la perversion dans une large mesure apparaissent comme des mécanismes qui permettent de lutter contre une angoisse de castration ; or, nos sujets demandent cette castration ». Aussi insiste-t-il, sur les modes de défense archaïques du transsexuel qui témoignent selon lui d'un Moi psychotique et mettent en jeu la fonction du réel (2).

GORCEIX utilise le terme de *transpsychose* pour désigner des états de « psychose impossible » que lui semblent réaliser certains sujets suicidants ou toxicomanes. Pour lui, les transsexuels seraient encore plus exemplaires de cette notion de transpsychose : « les tests mentaux, les protocoles d'écoute, les observations psychosociales à long terme nous montrent qu'il existe au-delà du délire et de la déraison un autre univers, un au-delà de la maladie mentale extraordinairement conforme à notre univers quotidien, mais totalement autre ».

FRANCHINI introduit le terme de schizosexualité, discordance entre apparence et orientation psychosexuelle, qu'il qualifie de délire d'appartenance au sexe opposé et pose le problème d'un

délire partiel, voire d'une monomanie.

J. HOENIG, examinant la position nosologique du transsexualisme et se référant à l'idée centrale autour de laquelle le syndrome s'organise, pense que ce syndrome peut être considéré comme paranoïde, non pas dans le sens des idées ou sentiments de persécution, mais dans le sens strict du terme de paranoïa (para : à côté, pas exact ; noïa : notion) (38).

M.O. GANNE DEVONEC pense que le mécanisme est plus psychotique que névrotique car le Moi est mal structuré, mal délimité, un sexe est exclu, défense contre l'effondrement psychotique global.

Pour A. GREEN, « toute jouissance peut être sacrifiée chez le transsexuel, au seul bénéfice d'avoir fait triompher le leurre tout puissant d'appartenir à un sexe qu'une Nature distraite a empêché de se manifester dans sa pleine vérité. Avoir le partenaire que cette Nature traîtresse lui destine ne peut prendre que la forme d'être ce partenaire le dépossédant de son identité sexuelle jusqu'à devenir l'autre et par le même coup tuer sa propre identité sexuelle. Ce vampirisme n'est pas moins psychotique que celui que nous montrent les psychoses avérées, à ceci près qu'il ne s'avère jamais, grâce à la sexualisation » (36).

Pour A. OPPENHEIMER, « l'argument de l'illusion contre le délire (évoqué par STOLLER) ne peut en aucune manière constituer une preuve de l'absence de psychose du transsexuel ». « Nous pensons qu'il s'agit d'une psychose telle que FREUD l'a décrite dans « La perte de la réalité dans la névrose et la psychose ». Pour cet auteur, même si la psychose n'est pas avérée, la quête transsexuelle se structure selon les deux temps caractéristiques de la psychose, le premier est celui de la coupure avec la réalité, le rejet de la masculinité ou de la féminité imprimés pour le transsexuel ; le deuxième temps est celui de la reconstruction « aux frais réels », c'est-à-dire la compensation de cette absence ». Celle-ci se fait par la création d'une néoréalité, ici le corps masculin ou féminin, et le rôle de genre. L'auteur fait l'hypothèse que l'acte, création d'une néoidentité, prend la place du délire restituitif dont l'économie peut dès lors se faire. Cette néoidentité tente de suppléer à un manque de symbolisation. Le déni de l'homosexualité s'accompagne d'un clivage du Moi qui s'exprime par la discordance entre savoir et croyance,



entre sexe (anatomique) et genre (psychologique) (26, 55, 56).

Enfin, plusieurs auteurs pensent que le transsexualisme pourrait être le rempart ultime contre la psychose (C. MILLOT, A. POTAMIANOU) (52,60).

### **b) Le transsexualisme comme pathologie du narcissisme**

Pour certains auteurs tels que C. CHILAND ou A. OPPENHEIMER, le transsexualisme est à considérer comme une pathologie du narcissisme, c'est-à-dire un trouble se situant bien en amont du conflit oedipien.

Le narcissisme évoque l'amour de soi, la manière dont le sujet se voit, en référence à Narcisse. Le mythe peut être interprété comme l'aboutissement de l'auto-érotisme. Il peut également s'envisager comme un mythe fondamental, où l'absence de la rencontre avec l'altérité mène à la mort.

Il existe lors de l'évolution du sujet, dans le cadre du développement psycho-affectif, une oscillation entre l'amour narcissique et l'amour objectal. Ce dernier représenterait l'amour de la mère introjecté par l'enfant, qui, lorsqu'il a accédé à la relation d'objet, conscient de son indépendance, s'aimera tel que sa mère l'a aimé. Il ne pourra s'aimer narcissiquement que comme il a été aimé libidinalement. L'amour de soi au travers de l'appréciation de sa propre apparence est rapporté ultérieurement à des références idéales et esthétiques. L'idéal du Moi, « héritier du narcissisme », et des conceptions collectives attachées au masculin et au féminin, engendrent des tensions avec le Surmoi, « héritier du complexe d'Œdipe », qui dicte ce que nous devons être.

D'après A. OPPENHEIMER, le transsexualisme relève de la pathologie narcissique dans la mesure où l'autre n'existe qu'en fonction des besoins de confirmation de soi, le transsexuel inclus alors l'autre dans son système psychique, l'objet n'étant pas reconnu en dehors de l'investissement narcissique. Le projet de transformation, et sa réalisation, conduisent à une expérience narcissique qui apporterait bien-être, sécurité et estime de soi (55,56).

Selon L. MILLET, certains des patients transsexuels dont il s'est occupé présentaient une immaturité se présentant sous forme d'un narcissisme majeur. Incapables de manifester la moindre attention au vécu d'autrui sur tout autre mode que celui de leur préoccupation immédiate, les sujets développent, dans des attitudes évoquant l'hystéro-paranoïa, une exigence majeure, associée à la dépendance profonde à leur propre désir, auquel ils veulent soumettre le médecin (51).

Pour C. CHILAND, cette maladie du narcissisme est difficile à mobiliser : le sujet en est arrivé à se sentir dans l'impossibilité de vivre dans son sexe d'assignation qui est aussi son sexe biologique ; il est prêt à tout, se tuer, mourir au cours d'une opération risquée, se martyriser jour après jour en se créant des conditions de vie impossibles et en s'interdisant des activités qu'il aime (20).

### **c) Le transsexualisme comme pathologie limite ou « borderline »**

L.M. LOTHSTEIN fait l'hypothèse que les transsexuels présentent une structure de personnalité concordant avec les critères d'O. KERNBERG concernant l'organisation borderline de la personnalité (46) : la présence d'une diffusion d'identité, des troubles de la différenciation moi/objet et des relations d'objet, avec notion d'angoisse de séparation, de dépression, de vide intérieur, de dépendance orale, le recours à des défenses primitives telles que le clivage, un sens de la réalité conservé pouvant s'altérer dans des situations particulièrement stressantes, et des niveaux élevés d'agressivité prégénitale (39).

Cette organisation particulière de la personnalité serait liée à de graves perturbations du développement psycho-affectif, au moment de la phase de séparation-individuation par rapport à la mère, entre l'âge de 1 et 3 ans, qui correspond au stade anal pour les psychanalystes (46).

K. ABRAHAM envisage 2 phases en sein de celui-ci : dans la première phase, l'érotisme anal est lié à l'évacuation, la pulsion sadique à la destruction de l'objet ; dans la seconde phase, l'érotisme anal est lié à la rétention et la pulsion sadique au contrôle possessif et dominateur. Le passage d'une phase à l'autre constitue pour ABRAHAM un progrès décisif vers l'amour d'objet. Le fonctionnement aléatoire et fragile des organisations limites oscillerait autour de cette

« frontière » ; le patient borderline aurait dépassé la période anale de réjection violente, sans avoir acquis les intégrations narcissiques qui en principe accompagnent la phase de maîtrise anale plus tardive (1).

D. BRAUNSCHWEIG insiste sur l'importance du sphincter dans l'organisation psychique ; il est pour lui le lieu-frontière entre dedans et dehors, et celui où se jouent les érotismes passifs et actifs. Ceci lui apparaît fondamental pour une différenciation ultérieure vers des modes d'organisation masculines ou féminines. On est là au cœur de la constitution de l'identité, de la subjectivation (13).

Pour C. CHILAND, on peut aussi concevoir le transsexuel comme un état limite ou « borderline ».

En effet, la façon dont celui-ci envisage l'intervention de réassignation n'est pas sans faire évoquer le fantasme d'autoengendrement que l'on rencontre chez le psychotique. Ce traitement est envisagé par lui comme une nouvelle naissance dont sont exclus les parents qui n'ont pas pu servir de modèle identificatoire. L'auteur insiste sur le rôle des deux parents (pas seulement de la mère comme chez STOLLER) et le couple qu'ils forment, couple dont la sexualité est exclue, car considérée comme destructrice. Le transsexuel, lui, subit une brisure narcissique qui fait qu'il doit se répudier pour être lui-même. Le changement de sexe est une sorte de pied-de-nez à l'acceptation de sa finitude sexuée. L'offre médicale de conversion de sexe ne pousse pas le patient vers une demande de réflexion sur cette question de finitude, mais « elle l'enferme dans son rêve fou et lui ferme la voie de la sagesse » (19).

#### **d) La théorie du genre neutre de A. GREEN**

GREEN y reprend des éléments tels que la bisexualité, le fantasme et le narcissisme.

A la fin du quatrième chapitre de « Malaise dans la culture », FREUD développe dans une note, une réflexion sur la bisexualité : « ...si nous admettons le fait que, dans la vie sexuelle, l'individu veuille satisfaire des désirs masculins et féminins, nous sommes prêts aussi à accepter l'éventualité qu'ils ne soient pas tous satisfaits par le même objet, et qu'en outre, ils se contrecarrent mutuellement dans le cas où l'on n'aurait pas réussi à les disjointre, ni à diriger

chacun d'entre eux dans la voie qui lui est propre ».

Pour GREEN, une telle remarque confirme que la sexualité humaine est bien « sexion ». Du reste, l'étymologie l'atteste, le mot sexe viendrait de *secare* qui signifie couper, séparer. La métaphore biologique soutient ici le fantasme, puisque chacun des deux sexes se séparent pour pouvoir s'unir à la moitié manquante que lui fournit l'autre sexe. La bisexualité psychique se venge de cette sexion-cession et récupère par le fantasme la jouissance concédée au sexe que l'on n'a pas. La bisexualité est donc bien solidaire de la différence des sexes. Là où il y a bisexualité, il y a différence, là où il y a différence, il y a coupure, césure, castration des potentialités de jouissance du sexe complémentaire : inverse et symétrique.

La revendication de la bisexualité réelle est refus de la différence sexuelle, en tant que celle-ci implique le manque de l'autre sexe.

Dans certaines structures psychopathologiques, où c'est la sexualité entière qui est rejetée en bloc, sans nuance et sans distinction, le sujet construit et alimente sans cesse le fantasme d'une asexualité. Le sujet ne se veut ni masculin ni féminin, mais neutre, ni l'un ni l'autre. Aussi efface-t-il de son comportement comme de son désir toute aspiration hétérosexuelle ou homosexuelle. Bien sûr, il s'agit d'une position défensive ; ce fantasme de neutralité, construit à l'aide de toutes les ressources d'un narcissisme intempérant, porte les marques d'un despotisme absolu, d'un idéal du Moi tyrannique et mégalomane. En matière de désir, tout est réglé sur le mode du tout ou rien : « puisque je ne peux tout avoir et tout être, je n'aurai, je ne saurai rien ».

Ce fantasme pourrait bien, selon GREEN, être élaboré sur la perception du fantasme maternel, qui désire que son enfant ne soit ni sexué, ni vivant. Dès lors, le salut n'apparaît que dans le fantasme du genre neutre, dans ces états d'indifférenciation sexuelle, manifestations d'obéissance au désir de la mère et vengeance à son égard, dans un rejet violent de celle-ci (36).

On retrouve à travers l'élaboration que GREEN fait du genre neutre, le refus du pulsionnel comme on l'observe dans la clinique du transsexualisme.

## 2) Etudes statistiques

### a) L'étude de O. BODLUND (1993)

Etude comparative entre un groupe de 19 patients transsexuels, diagnostiqués selon les critères du DSM-III-R, et un groupe contrôle de 133 personnes, provenant d'une population étudiante dans les secteurs paramédicaux et médicaux.

Les patients du groupe transsexuel étaient à différents stades du traitement hormono-chirurgical.

Les moyennes d'âge dans les deux groupes ne présentaient pas de différence significative.

L'évaluation psychologique des patients était faite à l'aide d'un entretien semi-structuré pour évaluer l'axe I du DSM (SCID), d'un questionnaire pour l'évaluation de l'axe II (SCID II-questionnaire), de l'échelle GAF pour évaluer l'adaptation socio-professionnelle, et d'évaluations cliniques par des psychiatres, se basant sur plusieurs entretiens, portant sur les axes I et II du DSM-III-R.

Selon l'évaluation clinique, 37% des transsexuels avait au moins un trouble de la personnalité.

Il y avait 12 patients transsexuels sur 19 sans trouble de la personnalité.

Selon le questionnaire SCID-II, associé à l'échelle GAF (score < 70), la proportion de critères positifs de troubles de la personnalité en général différait significativement entre le groupe transsexuel et le groupe contrôle (29% versus 17% respectivement).

Les types de TP qui différaient de façon significative entre les 2 groupes étaient les personnalités paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, narcissique, dépendante. Il y avait donc des différences significatives pour les clusters A et B, mais pas pour le C.

Parmi les transsexuels, il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes pour la proportion de critères positifs de TP en général (9).

### Commentaires sur cette étude :

Le SCID II-questionnaire seul, sans la reprise des questions répondues positivement dans un 2<sup>ème</sup> temps (SCID-II), a été utilisé pour l'évaluation de l'axe II dans cette étude. On sait cependant que la validité et la fiabilité du SCID II-questionnaire seul sont très médiocres dans l'évaluation des troubles de la personnalité, avec une sensibilité élevée et donc une forte tendance à surestimer la fréquence des diagnostics. Même s'il n'a été retenu de troubles de la personnalité que chez les patients présentant conjointement un score à l'échelle GAF < 70, ce critère est trop approximatif pour retenir cette étude au niveau méthodologique.

#### **b) L'étude de J.F. MURRAY (1985)**

Etude comparative entre un groupe de 25 patients présentant une dysphorie de genre, mais non diagnostiqués à l'aide du DSM-III-R comme transsexuels, demandant un traitement hormono-chirurgical, un groupe de 18 patients diagnostiqués comme borderline selon les critères de KERNBERG, et un groupe contrôle de 25 étudiants.

Evaluation psychologique à l'aide du test de RORSCHACH. Evaluation à l'aide de cet instrument des critères de KERNBERG pour le diagnostic d'organisation borderline de la personnalité : agressivité, relations d'objet, épreuve de réalité, différenciation moi / objet.

*Au niveau de l'agressivité*, les réponses agressives du groupe « dysphorie de genre » étaient significativement plus intenses que celles du groupe contrôle. Pas de différence significative entre les groupes « dysphorie de genre » et le groupe « borderline » pour la fréquence ou l'intensité des réponses agressives.

*Au niveau des relations d'objet*, le score moyen sur l'échelle d'URIST était significativement plus bas dans le groupe « dysphorie de genre » que dans le groupe contrôle. Pas de différence significative entre les groupes « dysphorie de genre » et « borderline » pour le score moyen sur l'échelle des relations d'objet .

*Au niveau de l'épreuve de la réalité*, le groupe « dysphorie de genre » montrait des scores significativement plus bas sur l'échelle appréciant le sens de la réalité que le groupe contrôle, et pas de différence significative avec le groupe « borderline ».

*Au niveau de la différenciation moi / objet*, le score sur l'échelle spécifique montrait des scores significativement plus bas dans le groupe « dysphorie de genre » que dans le groupe contrôle, et pas de différence significative avec le groupe « borderline ».

Au total, ces résultats suggèrent que les patients masculins présentant une dysphorie de genre représenteraient un sous-groupe de la sphère plus large des troubles borderline (54).

*Commentaires sur cette étude :*

Les critères diagnostics retenus pour les patients du groupe « dysphorie de genre » ne sont pas ceux du DSM-III-R, et semblent retenir aussi des patients présentant une dysphorie de genre, mais de « type non transsexuelle », comme le précise le DSM-IV. On sait toutefois que ce type de population est bien différent des patients transsexuels « vrais » selon les critères du DSM-III-R, et semble justement présenter une psychopathologie nettement plus marquée d'après les études réalisées (notamment celle de A. MICHEL - 2002, présentée ci-après) (49, 50).

La probabilité que cette étude retrouve une fréquence de patients présentant un trouble de la personnalité supérieure à la fréquence en population générale est donc très importante.

Celle-ci, de par ce biais de recrutement, apparaît donc invalide au niveau méthodologique.

## II) LE TRANSSEXUALISME ENVISAGE EN DEHORS D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE

### 1) Hypothèses psychanalytiques

#### a) L'hypothèse de R. STOLLER

STOLLER intégrant les modes d'approche biologiques, éthologiques et psychanalytiques est parvenu à élaborer l'hypothèse pathogénique suivante : l'identité sexuelle se construit dès la naissance, à partir d'une matrice et selon un phénomène d'empreinte, lui-même surdéterminé par la prévalence des éléments relationnels qui unissent la mère et l'enfant. Elle est établie avant la fin de la deuxième année.

STOLLER a élaboré une théorie à partir de son expérience basée sur l'étude de cas d'ambiguïtés sexuelles dans leurs rapports avec le sexe assigné à la naissance et à partir du suivi d'un grand nombre de transsexuels masculins. Sa théorie est fondée sur la séparation entre le sexe biologique, anatomique et l'identité sexuelle qu'il appelle identité de genre (« gender identity ») (66,67).

STOLLER définit l'identité sexuelle par 4 termes qu'il différencie :

- Le **sexe** : biologique, morphologique. Il est « mâle » ou « femelle ».
- Le **genre** : terme aux connotations psychologiques ou culturelles plus que biologiques. Il est « masculin » ou « féminin » et se définit comme la quantité de masculinité ou de féminité que l'on trouve dans une personne. Bien qu'il y ait un mélange des deux chez de nombreux êtres humains (« bigenderality »), le mâle normal a une prépondérance de masculinité et la femelle normale de féminité.
- L'**identité de genre** : elle commence avec la connaissance et la perception consciente ou inconsciente que l'on appartient à un sexe et non à l'autre. STOLLER ajoute



que « le fantasme de l'autre sexe gît dans la psyché de chaque individu ».

- Le **rôle de genre** : est le comportement que l'on manifeste en société, toute société ayant une codification du comportement sexuel ; le rôle que l'on joue pour établir une position avec d'autres.

La conscience de l'enfant « je suis un garçon » ou « je suis une fille » est visible pour l'observateur dès la première année de la vie, ce qui amène STOLLER à conceptualiser cet aspect du sentiment d'ensemble de l'identification comme le **noyau de l'identité de genre** (« core gender identity »), produit de trois facteurs :

- l'image du corps sexué (anatomie des organes génitaux externes),
- la relation parent-enfant (enfant nommé mâle ou femelle, les attitudes parentales envers l'enfant sexué),
- des facteurs biologiques (qu'il considère comme secondaires) (67).

Ainsi, au cours de l'évolution aboutissant à la confirmation de l'identité sexuelle, la relation parents-enfants est prégnante. Les premières identifications se font à la mère, plus tardivement au père ou à l'Autre.

Si le développement de l'identité de genre se poursuit intensivement jusqu'à l'adolescence au moins, le noyau de l'identité de genre est totalement établi avant le développement complet du stade phallique, c'est-à-dire avant l'âge de 3 ans.

Le développement de l'identité de genre se ferait en deux temps : le premier serait caractérisé par la relation symbiotique à la mère, à la fois femelle et féminine. C'est au cours d'un second temps, lors du processus de séparation de la symbiose maternelle, que s'élaborerait l'identité sexuelle dans un processus d'individuation passive pour la fille, active pour le garçon, lequel doit se séparer de sa proto-féminité initiale, rendant son identité de genre plus difficile à conquérir. Le transsexualisme mâle procéderait, dans cette optique, de l'impossibilité pour le garçon de se séparer d'une relation fusionnelle excessive (66, 67). *Ainsi, selon STOLLER, si le petit garçon,*

*devenu adulte, affirme qu'il est une fille, il ne délire pas, il dit la vérité de son identité féminine primaire (17).*

C'est le rôle du père que d'interrompre cette symbiose heureuse avec la mère. Le petit garçon ayant échoué dans la désidentification, se retrouverait en situation psychique homosexuelle, nécessitant un changement d'objet d'identification.

Le transsexualisme féminin, à l'inverse, serait dû à l'insuffisance de la relation fusionnelle à la mère, mais aussi à l'insuffisance de la relation au père. Cependant cette situation n'est pas aussi claire et tranchée que pour le garçon selon STOLLER.

Ce développement identitaire est irréversible ; l'impossibilité de changer le sexe d'un enfant au-delà de cet âge sous peine de troubles psychotiques graves (confirmés par l'étude des cas de pseudo-hermaphrodisme) affirmerait cette irréversibilité.

Il est aconflictuel, car, à cet âge, l'enfant ne vit pas de conflits intrapsychiques. STOLLER, contrairement à M. KLEIN, ne reconnaît pas l'aptitude à fantasmer chez le nourrisson (66, 67).

STOLLER est donc en désaccord complet avec FREUD sur les points suivants :

- l'identité sexuelle est très précoce, l'angoisse de castration et le complexe d'Œdipe ne devenant qu'un aspect du développement (66,67), alors que pour FREUD, on ne peut parler de différenciation sexuelle avant le complexe d'Œdipe, entre trois et cinq ans (28).

- la sexualité de la fille est primaire. STOLLER nie le primat de l'organe mâle avec une phase masculine de la théorie freudienne. L'envie de pénis est donc secondaire par rapport à la féminité (65, 66, 67).

En conclusion, le transsexualisme serait donc caractérisé par une discordance entre le sexe anatomique et l'identité de genre. Cette conviction, prise comme telle par STOLLER, d'appartenir à l'autre sexe, sans nier son anatomie, serait précoce et donc aconflictuelle, irréversible et inébranlable (66, 67).

## **b) L'apport des travaux de L. KREISLER**

En France, KREISLER rejoint pour l'essentiel cette conception stollérienne :

« Tout porte à croire, écrit-il, que la première mise en forme de la psychosexualité est une différenciation de l'identité sexuelle inaliénable de la constitution du Moi, et que, dans l'évolution ultérieure pour l'organisation de la libido dans le sens masculin ou féminin, depuis le stade phallique jusqu'à l'adolescence, le rôle de l'environnement familial ou même social continue de prévaloir sur tout autre facteur, y compris l'expérience directe de la conformation propre au sexe dont le rôle fondamental intervient sans doute davantage pour la réponse d'autrui que par l'expérience directe, si importante soit-elle ».

Ainsi, pour cet auteur : « Il n'est certes pas question de contester le rôle des éléments d'ordre biologique, mais il est clair qu'ils peuvent être submergés par l'ensemble des comportements et attitudes conscientes et inconscientes déclenchés dès l'annonce du sexe, puis à la vue des organes génitaux, et aussitôt organisés dans les phénomènes interrelationnels archaïques, de telle manière que l'enfant se perçoit garçon ou fille dès la deuxième année de la vie. Cette empreinte initiale que les parents gravent dans leur enfant semble s'inscrire avant que l'enfant ne puisse prendre connaissance de ses singularités corporelles » (40, 41, 42).

Cependant, si les observations de KREISLER sur les intersexuels présentant une ambiguïté génitale ont démontré la primauté de l'environnement sur toutes les autres conditions susceptibles de déterminer la psychosexualité de ces sujets, le rôle des facteurs biologiques ne doit pas être sous-estimé. Dans le cas particulier du transsexualisme, notamment, si rien actuellement ne permet d'établir avec certitude le rôle d'anomalies neuroendocriniennes supposées, de nombreux auteurs reconnaissent l'existence de cas où il serait apparu en l'absence de tout facteur favorisant familial de nature psychodynamique.

Nous allons donc maintenant présenter les hypothèses biologiques dans la genèse du transsexualisme.

## 2) Hypothèses biologiques

### a) Les « dissonances » entre le corps et le cerveau.

Nous avons donc vu en première partie que le cerveau masculinisé diffère du cerveau féminin, et que cette différence était seulement due à la conversion de la testostérone circulante (par l'enzyme aromatasase) en œstrogène pendant une certaine période critique de la maturation fœtale, après que les caractéristiques sexuelles du reste du corps ont déjà été déterminées.

*Ce processus est toutefois exposé à l'action de l'environnement.* Lorsque, par exemple, l'action de l'aromatase est supprimée chez des rats mâles, leur cerveau ne se masculinise pas.

Aussi, au lieu d'avoir des comportements « mâles typiques » ont-ils des comportements « femelles typiques » - y compris un comportement sexuel comme exposer ses zones génitales à la pénétration. *Cela est dû, au sens propre, au fait d'avoir un cerveau femelle dans un corps mâle* (62).

De tels effets ne sont pas limités aux rats. Dans une famille de la République dominicaine, des sujets masculins XY atteints d'un trouble rare ont un développement corporel féminin bien qu'ils aient des cerveaux masculins. Les choses changent à la puberté, lorsque leur corps se masculinise tardivement. Les membres de leur famille, ne se doutant de rien puisqu'ils avaient une apparence féminine jusque-là, les avaient élevés en filles, jusqu'à cette surprise de la puberté. Cela permet de faire des observations intéressantes pour évaluer jusqu'où des facteurs sociaux déterminent l'identité de genre. La plupart de ces sujets, identifiés à tort comme « filles », deviennent rapidement des garçons et vivent heureux en tant qu'hommes après la puberté (61).

Un deuxième exemple montre cela plus clairement : un petit nombre de sujets masculins normaux XY ont été castrés accidentellement – ce qui est souvent dû à des erreurs chirurgicales au cours d'une circoncision. Les médecins conseillent, habituellement, de donner à l'enfant des organes génitaux d'aspect féminin, de modifier son équilibre hormonal dans le sens féminin par des médicaments et de l'élever en fille. Tout semble donc bien aller, malgré un comportement de « garçon manqué », jusqu'à la puberté. Mais alors l'enfant traverse habituellement une crise

d'identité de genre (61).

L'hypothèse reliant tous ces éléments est donc que **l'identité sexuée du cerveau, qu'elle soit féminine ou masculine, serait ce sur quoi reposent le fait de « se sentir » femme ou homme et celui de se comporter d'une façon « typiquement » féminine ou masculine.**

**Ainsi, dans le transsexualisme, le cerveau serait d'un sexe différent de celui du corps, par l'effet de dysfonctionnements dans l'imprégnation hormonale au cours de la vie intra-utérine (62).**

#### **b) Les influences environnementales sur l'orientation sexuelle : l'exemple du stress postnatal.**

Il est important de rappeler ici que les influences environnementales évoquées plus haut ne sont pas différentes des sortes d'« événements de vie » qui concernent d'ordinaire le psychothérapeute. En effet, du point de vue de la neurophysiologie, tous les « événements de vie » passent, en définitive, par l'intermédiaire d'événements corporels : ils sont enregistrés et traduits. Le stress en fournit un bon exemple.

Il y a, dans les études portant sur les animaux, des preuves abondantes de la possibilité que l'identité sexuée soit déterminée par des facteurs de stress environnementaux au cours de périodes de maturation critiques. Chez les rats, la période en question survient juste avant la naissance. Une augmentation du stress maternel à ce moment-là provoque une montée prématurée de la testostérone *in utero*, ce qui entraîne un défaut de masculinisation des cerveaux chez les fœtus mâles XY, déjà masculinisés sur le plan corporel. Le stress est induit chez les rates gravides par le surpeuplement des cages dans lesquelles elles vivent ou par des chocs électriques fréquents (faibles mais imprévisibles), appliqués à la base de leur cage. Lorsque les petits mâles naissent, seuls 20 % d'entre eux ont un comportement sexuel actif mâle ou femelle (normalement, 80 % des rats sont alors sexuellement actifs) et, parmi ceux-ci, plus de 60 % ont des conduites sexuelles « femelles typiques » (ce qui implique chez les rats une cambrure du dos et l'exposition des organes génitaux). Il y a aussi, dans ce groupe, quelques rats « bisexuels », ayant à la fois des conduites « mâles typiques » et « femelles typiques ».

D'après les connaissances actuelles sur la conservation de ces mécanismes fondamentaux dans la lignée des mammifères, il est possible que des effets similaires puissent s'observer dans l'espèce humaine. La période critique pour la masculinisation du cerveau dans l'espèce humaine est plus précoce que chez les rats ; elle survient pendant le deuxième trimestre de la grossesse. Il est cependant difficile de préciser quels sont les effets d'un stress prénatal à cette période dans l'espèce humaine, faute de pouvoir apporter le degré de contrôle expérimental requis dans les recherches (62).

### **c) L'effet multiplicateur**

On connaît les différences génétiques très faibles entre hommes et femmes. Les différences anatomiques et physiologiques qui découlent de ces différences génétiques sont elles-mêmes minimales en comparaison des éléments communs. Pourtant, les effets psychiques de ces petites différences sont démultipliés au cours du développement. On reconnaît généralement les conséquences simples de ce que les adultes anticipent. Par exemple, les personnes qui donnent les soins aux bébés leur parlent davantage s'ils portent des barboteuses roses que s'ils portent des barboteuses bleues ; elles interagissent de manière plus physique lorsque les mêmes bébés sont vêtus de barboteuses bleues (61).

L'effet multiplicateur est moins communément reconnu. Par exemple, des enfants qui sont de façon innée plus actifs et plus agressifs que d'autres vont littéralement créer à leur usage des environnements différents, contrastant avec un environnement éducatif et bienveillant.

Non seulement les éducateurs répondent différemment aux enfants de sexe masculin ou féminin, mais aussi les garçons et les filles suscitent chez leurs éducateurs (et chez toute autre personne) des types de réponses différents du fait même de leur comportement « masculin typique » ou « féminin typique ». Ces réponses stimulent en retour de nouvelles différences dans les comportements d'origine et ainsi de suite. Ainsi, bien que les différences innées puissent au départ être minuscules, rapidement elles se propagent elles-mêmes et augmentent. *De cette façon, les différences génétiques entraînent des différences environnementales et il devient impossible de les démêler les unes des autres* (par exemple lorsque l'on calcule des « taux de concordance ») (62).

#### **d) Les influences maternelles sur la sexualité**

Voici un autre exemple de l'interaction complexe, dans le développement des différences sexuelles, entre facteurs génétiques et facteurs environnementaux.

Les mères rates ont l'habitude particulière de lécher la zone ano-génitale de leurs petits mâles. Cela semble encourager les comportements « mâles typiques » chez les petits. Si elles le font, c'est parce que la testostérone, en interaction avec d'autres substances chimiques, produit une odeur dans cette zone qu'elles trouvent attirante. Lorsque l'on supprime cette odeur, elles s'arrêtent de lécher, ce qui apporte une démonstration du mécanisme impliqué. De la même façon, l'introduction artificielle de cette substance dans la zone ano-génitale de ratons femelles provoque son léchage par les mères. Il s'ensuit une cascade de changements de type mâle chez ces petits femelles, y compris une augmentation de la taille de l'INAH-3 et des comportements sexuels du type « grimper sur ».

Le mécanisme inverse s'applique aux petits mâles : après suppression du comportement de léchage de leur mère, ils développent une morphologie cérébrale et des comportements sexuels de type femelle. Il est essentiel de noter que ces changements sont provoqués par le léchage et non par l'hormone sous-jacente qui (normalement) le stimule (61).

Nous avons donc ici un exemple de changements neuropsychologiques induits par la testostérone qui ont pour intermédiaires non pas l'hormone elle-même, mais les réponses environnementales qu'elle suscite.

Même si les mères humaines n'ont pas envie de lécher la zone ano-génitale de leurs nourrissons, il est tout à fait probable qu'elles interagissent de façon différente avec leurs bébés garçons et avec leurs bébés filles. Comme nous l'avons vu plus haut, les recherches indiquent qu'elles ont certains modes de contact physique avec le corps de leurs bébés garçons plus fréquents qu'avec leurs bébés filles, et ce de manière significative. Cela pourrait entraîner des changements morphologiques différentiels dans les cerveaux des bébés, peut-être analogues à ceux qui sont observés chez les rats (62).

### e) Conclusion

Ainsi, contrairement à l'opinion commune que sexe et genre sont prédéterminés, dès le moment de la conception, par notre patrimoine génétique, ces éléments montrent que le développement sexuel n'est probablement pas si linéaire. **Les influences environnementales et génétiques apparaissent comme absolument inextricables. Le génotype (« plan » selon lequel on est construit) apparaît ouvert à un large éventail de manipulations selon qu'il s'exprime dans un contexte environnemental particulier lequel, à son tour, donne forme au phénotype (« soi », soi-même) (62).**

### 3) Etudes statistiques

#### a) L'étude de L. COHEN (1997)

Comparaison entre un groupe de 29 adolescents diagnostiqués comme transsexuels selon les critères du DSM-III-R (groupe TS), un groupe de 24 adolescents suivis en consultation pour des troubles psychiatriques (groupe TP) et un groupe contrôle de 25 étudiantes en 1<sup>ère</sup> année (groupe C).

Le groupe de patients transsexuels était suivi à la Clinique du Genre du Département de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Université d'Utrecht. Celui-ci était composé de 20 hommes et de 9 femmes.

Aucun des patients du groupe TP n'avait reçu le diagnostic de transsexualisme ou n'avait de dysphorie de genre.

La moyenne d'âge dans le groupe C (21,2 ans) était plus élevée de façon significative que la moyenne d'âge dans le groupe TP (17,2 ans), elle-même plus élevée que dans le groupe TS (15,6 ans).

L'évaluation de la personnalité était faite au moyen du test de RORSCHACH, administré selon les procédures du *Comprehensive System* d'EXNER. Pour les patients des groupes TS et TP, l'évaluation se faisait de façon indépendante par 3 psychologues, non impliqués dans la démarche diagnostique. Pour le groupe C, l'évaluation était également faite de manière



indépendante par 2 de ces psychologues.

Le seul critère d'exclusion était la présence d'un protocole de RORSCHACH invalide, ce qui fut le cas pour 3 patients du groupe TS.

La comparaison entre les moyennes des 3 groupes était faite au moyen d'une analyse de variances univariée, avec l'âge et le sexe comme covariables (ANCOVA). Une comparaison *post-hoc* entre les moyennes, selon la procédure de SCHEFFE, était ensuite réalisée.

Au niveau de l'*altération du sens de la réalité*, les patients du groupe TS présentait des résultats intermédiaires, significativement supérieurs à ceux du groupe C, mais significativement inférieurs à ceux du groupe TP.

Au niveau des *troubles du cours de la pensée*, les résultats du groupe TS étaient significativement inférieurs à ceux du groupe TP, et ne présentaient pas de différence significative avec le groupe C.

Au niveau des *troubles de la conscience de soi*, de la même façon, les résultats du groupe TS étaient significativement inférieurs à ceux du groupe TP, et ne présentaient pas de différence significative avec le groupe C (22).

#### **b) L'étude de I.R. HARALDSEN (2000)**

Etude comparative entre un groupe de 86 patients transsexuels (groupe TS), un groupe de 98 patients présentant un trouble de la personnalité (groupe TP), et un groupe contrôle de 1068 personnes (groupe HC).

Tous les patients du groupe TS répondaient aux critères du transsexualisme selon le DSM-III-R ou le DSM-IV, ainsi qu'aux critères de sélection suédois officiels pour bénéficier du traitement hormono-chirurgical. Ce groupe était composé de 2 sous-groupes, l'un de 27 patients opérés (sous-groupe TS-post), l'autre de 59 patients non-opérés (sous-groupe TS-pre).

L'évaluation psychologique était réalisée au moyen de la Hopkins Symptom Checklist (SCL-90 / 90-R), questionnaire d'évaluation courant en psychopathologie. Celui-ci est composé de 9 échelles, et un index global, le GSI (Global Severity Index), peut être calculé à partir des scores obtenus sur ces échelles.

L'évaluation des axes I et II du DSM était réalisée au moyens d'entretiens semi-structurés (SCID et SCID-II entretien), et l'évaluation du fonctionnement socio-professionnel au moyen de l'échelle GAF (Global Assessment of functioning Scale).

En ce qui concerne les résultats :

- Les troubles des axes I et II étaient significativement plus fréquents dans le groupe TP que dans le groupe TS.
- Dans le groupe TS : 32,5 % des patients avaient un trouble de l'axe I et 19,8 % un trouble de l'axe II.
- Les troubles de la personnalité du cluster B étaient les plus fréquents dans le groupe TP, suivis par les troubles de la personnalité des clusters C puis A. Une fréquence significativement plus faible de chaque cluster était retrouvée dans le groupe TS, mais avec la même distribution (B>C>A).
- Le score moyen à l'échelle GAF dans le groupe TS était significativement supérieur à celui du groupe TP.
- Au niveau de l'échelle SCL-90 :
  - le groupe TS avait des scores légèrement plus élevés que le groupe HC, de manière significative.
  - dans les groupes TS et HC, les hommes avaient des scores plus faibles que les femmes sur toutes les échelles et pour le GSI, mais pas dans le groupe TP.
  - pour les groupes TS et HC, le score moyen aux échelles et le GSI étaient inférieurs à 1,0 ; ce qui représente le seuil au-delà duquel les symptômes cliniques sont considérés comme significatifs.
  - la différence entre les médianes des scores des groupes TS et HC était plus faible que la différence entre les moyennes.

- en utilisant une analyse de variances univariée (ANOVA), on retrouvait dans le groupe TS un score moyen aux 9 échelles et au GSI significativement inférieur au groupe TP ( $p < 0,001$ ).
- les scores moyens des sous-groupes TS-pre et TS-post aux 9 échelles et au GSI n'étaient pas significativement différents ( $p = 0,429$ ), malgré un âge significativement plus élevé dans le sous-groupe TS-post ( $p < 0,001$ ).
- en analysant les différences significatives pour les scores aux 9 échelles entre les groupes TS et HC, on a identifié un ensemble de 19 items parmi les 90 composants la SCL-90, responsable de cette différence, dont 10 concernant les affects dépressifs ou une sensibilité dans les relations interpersonnelles. Cet ensemble d'items reflétait globalement des affects négatifs, liés aux attentes pessimistes concernant les relations interpersonnelles et à la conscience de soi douloureuse (37).

Commentaires sur ces 2 études :

Les critères d'inclusion paraissent strictes, utilisant les critères du DSM-III-R, le nombre de patients est important, conférant une puissance importante aux études, et l'évaluation semble rigoureuse, utilisant le RORSCHACH et le SCID-II entretien pour l'évaluation de la personnalité. Ces études peuvent donc être retenues comme valables au niveau méthodologique.

**c) L'étude de A. MICHEL (2002)**

Etude comparative entre un groupe de 16 patients transsexuels, masculins versus féminins (groupe TS), et un groupe de 13 patients hommes présentant une dysphorie de genre de type non-transsexuel (groupe GIDAANT).

Tous les patients du groupe TS étaient diagnostiqués par une équipe multidisciplinaire comprenant 2 psychiatres et 1 psychologue, après avoir passé plusieurs entretiens, et selon les critères du DSM-III-R.

Tous les patients du groupe GIDAANT présentaient, comparés aux patients du groupe TS, une confusion ou de l'anxiété par rapport à leur identité sexuelle.

L'évaluation de la personnalité était faite au moyen du MMPI, 1<sup>ère</sup> version (HATHAWAY et MCKINLEY, 1966).

En ce qui concerne les résultats, la comparaison des scores moyens obtenus avec les scores moyens de la population générale aux échelles du MMPI (notes T = 50), amenait à plusieurs constatations :

- Le groupe TS montrait un profil de scores intermédiaire, avec des notes T moyennes aux échelles légèrement plus élevées que la population générale, mais qui ne divergeaient pas de manière pathologique (notes T < 70), excepté à l'échelle Masculinité-Féminité.

- Le groupe GIDAANT obtenait des scores moyens pathologiques (notes T > 70) pour les 2 échelles Paranoïa et Schizophrénie, indiquant chez ces patients des difficultés cognitives, relationnelles et dans la perception du réel.

- Les 2 groupes divergeaient beaucoup de la moyenne (notes T > 70) à l'échelle Masculinité-Féminité.

En comparant les groupes TS et GIDAANT, on pouvait noter les points suivants :

- Les scores moyens aux échelles Dépression, Hypochondrie, Psychasthénie, Masculinité-Féminité, Paranoïa, Schizophrénie et Manie ne différaient pas de façon significative.

- La seule différence significative entre les scores moyens des 2 groupes concernait l'échelle F, plus élevée dans le groupe GIDAANT, reflet d'un état de mal-être plus important (50).

#### Commentaires sur cette étude :

On peut remarquer l'utilisation de la première version du MMPI dans l'évaluation des patients, dont on sait que les normes ont été établies à partir de populations vivant dans le Minnesota uniquement. Les normes du MMPI-2 ont, elles, été établies à partir de critères culturels beaucoup plus larges, avec l'inclusion de populations plus variées.

On peut donc penser que la première version du MMPI, utilisée ici, aura tendance à attribuer des notes T plus élevées que la deuxième version sur une population marginale, comme c'est le cas ici. Les résultats retrouvés ici sont donc possiblement légèrement surévalués, mais dans des variations modérées, qui nous permettent de retenir cette étude comme méthodologiquement

valable, avec cette réserve.

#### **d) Etudes de suivi des patients opérés**

En dehors des rares centres universitaires spécialisés prenant en charge ce type de pathologie, le suivi au long cours de ces patients reste mal codifié. La diffusion des techniques de réassignation est relativement récente et les études de suivi longitudinal sont rares et difficiles : une fois rétablis dans leur identité nouvelle et ayant retrouvé un équilibre affectif, social et professionnel, la majorité de ces patients sont peu enclins à consulter (32).

Cependant :

- L'étude de SORENSEN, 1981, à 5 ans, rendait compte d'une amélioration subjective dans 2/3 des cas, et ne retrouvait pas de conduites suicidaires post-opératoires en nombre significatif ni de virage psychotique (18).

- La revue de la littérature de PFÄFFLIN, 1992, couvrant 30 années, montre que les remords existent, mais sont très rares : de 1 à 1,5 % (32). Ainsi :

- Dans l'étude de W. WEITZE, en Allemagne, il était montré que moins de 0,1 % (1 patient sur 1422) des patients transsexuels traités par réassignation chirurgicale regrettait ce traitement dans une période de 10 ans suivant l'intervention (71).
- Dans l'étude de J. WALINDER, 86 % des patients transsexuels ayant subi l'intervention étaient satisfaits, et seulement 2 % regrettaient le changement de sexe. Pendant la période de 2 à 8 ans suivant l'intervention, il y a eu entre 1 et 2 % de suicides. Le pronostic pour les femmes biologiques semblait légèrement meilleur que celui des hommes (69).

Les résultats de ces études semblent également en faveur de l'absence de troubles de la personnalité associés au transsexualisme, car on s'attendrait dans l'hypothèse inverse à des taux plus élevés de regrets, de demandes de réintervention chirurgicale, d'hospitalisations en psychiatrie ou de suicides.

## **3<sup>ème</sup> PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

## I) LES PATIENTS

L'étude proposée inclut 14 patients transsexuels, 9 hommes et 5 femmes. L'âge moyen est de 38 ans. Ceux-ci sont suivis ou ont été suivis à la consultation spécialisée pluridisciplinaire dans le Transsexualisme du CHU de Nantes.

Le protocole suivi dans cette consultation spécialisée est en partie le fruit de l'expérience américaine des années 1950-60, il fait également l'objet d'un consensus européen au moins sur certains points : suivi psychologique obligatoire pendant 2 ans (consultations mensuelles avec le psychiatre), avant la mise en œuvre du traitement chirurgical, et avant 2 années de traitement hormonal, pas de réassignation avant l'âge de 21 ans. L'ordre des interventions de réassignation, pour ce qui est du protocole nantais, comprend trois phases successives : le traitement hormonal, puis le traitement chirurgical, puis la modification de l'état civil, ce dernier point étant sous la dépendance de la décision juridique (ainsi, dans certaines régions françaises, le changement d'état civil peut se faire avant l'étape chirurgicale).

Un bilan hormonal et génétique (caryotype) sont systématiquement réalisés en début d'expertise. Au niveau psychologique, un test de RORSCHACH, épreuve projective d'investigation dynamique et globale de la personnalité, est systématiquement réalisé par un psychologue ayant l'expérience de cet instrument.

Les patients de notre étude sont à différents stades du processus de changement de sexe : tous bénéficient d'un traitement hormonal, 5 patients ont subi une intervention chirurgicale.

Tous ces patients ont demandé une réassignation de sexe et ont été jugés cliniquement transsexuels vrais selon les critères du DSM-III, plus restrictifs que ceux du DSM-IV.

Aucun ne présentait de psychose au niveau clinique, ou d'altération sévère de la réalité au test de RORSCHACH.

Un patient a été exclu de l'étude car il ne remplissait pas les critères du transsexualisme vrai, mais présentait plutôt une dysphorie de genre de type non-transsexuel.

Au niveau du recrutement, on retrouve un taux élevé de patients ayant accepté de participer à notre étude : 15 sur 19 patients sollicités, soit 78,95 % de réponders. Les patients n'ayant pas répondu ont systématiquement été sollicités une seconde fois, sans résultat (perdus de vue, changement d'adresse, pas de refus explicite).

## **II) LES INSTRUMENTS**

### **1) Les instruments d'évaluation de psychopathologie générale**

#### **a) Le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)**

Il s'agit d'un entretien structuré pour diagnostiquer les troubles de l'axe I du DSM.

#### **b) L'échelle GAF**

La GAF (Global Assessment of Functioning Scale) est une échelle destinée à évaluer le fonctionnement général d'un sujet le long d'un continuum allant de l'affection psychiatrique ou de l'atteinte psychologique caractérisée à l'état de santé.

Elle est graduée le long d'un continuum qui va de 1, valeur représentant l'individu le plus malade, à 90, valeur représentant un individu quasiment indemne de symptômes (ou présentant des symptômes très minimes) et fonctionnant d'une façon satisfaisante dans son milieu social, sa famille ou son travail. L'échelle est divisée en 9 intervalles égaux allant de 1 à 10, 11 à 20, 21 à 30, etc. Chaque intervalle est défini par une longue phrase décrivant à la fois : les symptômes possiblement présentés par le sujet, éventuellement son comportement, et toujours son niveau de fonctionnement.



## **2) Les instruments d'évaluation de la personnalité**

### **a) Le SCID-II**

*Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders* ou SCID-II est un entretien diagnostique semi-structuré pour l'évaluation des 10 troubles de la personnalité du DSM-IV, ainsi que de la personnalité dépressive et de la personnalité passive-agressive inclus dans l'Annexe B du DSM-IV regroupant les « Critères et axes proposés pour des études supplémentaires » (27).

#### **a-1) Historique**

En 1984, un module destiné à l'évaluation des troubles de la personnalité était ajouté à la version initiale du Structured Clinical Interview for DSM-III. En 1985, ce module a été séparé du SCID pour l'évaluation des troubles de l'Axe I, sous l'appellation de SCID-II. En 1986, le SCID-II a été révisé pour tenir compte des modifications introduites dans la révision du DSM-III, le DSM-III-R, et a été complété par un questionnaire de screening. Cette version a été utilisée dans des études sur le terrain, puis corrigée en fonction des résultats, et la version définitive du SCID-II pour le DSM-III-R a été publiée en 1990. Après la publication du DSM-IV, le SCID-II a été adapté à la nouvelle édition de la classification et de nombreuses questions ont été reformulées pour permettre de mieux tenir compte du vécu du sujet. La version du SCID-II pour l'évaluation des troubles de la personnalité du DSM-IV a été publiée en 1997. Elle a été traduite en français (27, 63).

#### **a-2) Structure**

Dans le SCID-II, les dix troubles officiels du DSM-IV et les 2 troubles de l'Annexe B sont évalués, l'un à la suite de l'autre, dans l'ordre suivant : personnalité évitante, personnalité dépendante, personnalité obsessionnelle-compulsive, personnalité passive-agressive, personnalité dépressive, personnalité paranoïaque, personnalité schizotypique, personnalité schizoïde, personnalité histrionique, personnalité narcissique, personnalité borderline, personnalité

antisociale. L'ordre dans lequel les troubles sont évalués diffère de celui dans lequel ils sont décrits dans le DSM-IV, ceci afin de ne pas choquer le sujet dès le début de l'entretien par des questions se rapportant à l'un ou l'autre des troubles du cluster A ou « bizarre ».

Pour chaque trouble de la personnalité, les critères sont évalués dans l'ordre de leur parution dans le DSM-IV.

En général, il y a une question par critère de personnalité mais, dans certains cas, il y a plusieurs questions pour évaluer les différents aspects du critère.

Le SCID comporte 3 colonnes : la colonne de gauche comprend les questions de l'entretien, celle du milieu les critères diagnostiques, et celle de droite est réservée à la cotation.

Pour chaque critère, le SCID-II comporte des commentaires destinés à aider le clinicien dans l'interprétation du critère et pour lui permettre de le différencier par rapport à des critères similaires faisant partie de la définition d'un autre trouble. Ces commentaires ne sont pas inclus dans l'instrument lui-même mais font partie du guide de l'utilisateur du SCID.

A titre d'exemple, le tableau suivant reproduit les 3 colonnes correspondant à l'évaluation du quatrième critère de la personnalité évitante DSM-IV. L'exemple est suivi du commentaire, relatif à ce critère, figurant dans le guide de l'utilisateur (27, 63).

<b>Personnalité évitante</b>	<b>Critères de personnalité évitante</b>
<p>4. Vous avez dit que vous êtes [êtes-vous] souvent préoccupé(e) à l'idée d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans des situations sociales.</p> <p>Donnez-moi quelques exemples.</p> <p>Passez-vous beaucoup de temps à être préoccupé(e) par ceci ?</p>	<p>(4) Craint d'être critiqué ou rejeté dans des situations sociales ? 1 2 3</p> <p>3 = Passe beaucoup de temps à être préoccupé(e) par des situations sociales.</p>
<p>? = information inadéquate      1 = absent ou faux</p>	<p>2 = non significatif      3 = significatif ou vrai</p>

### a-3) Administration

Le SCID-II peut être utilisé en clinique et dans le domaine de la recherche. D'après les informations figurant dans le guide de l'utilisateur, l'instrument semble pouvoir être utilisé par un non-clinicien (27).

L'intérêt du SCID-II est l'utilisation d'un questionnaire avant la passation de l'entretien. Le questionnaire forme la base de l'entretien clinique mettant l'accent sur les points pouvant avoir de l'importance. Il comprend 119 questions en vrai/faux et existe soit sous forme papier crayon, soit sous forme informatisée. L'avantage du questionnaire est d'éliminer toutes les réponses négatives sachant qu'il a été conçu pour être très sensible.

Lorsque le sujet a fini de répondre au questionnaire, le clinicien a deux possibilités pour l'entretien :

- soit il ne reprend que les troubles de la personnalité ayant atteint un seuil pathologique et, dans ces catégories seulement, il reprend les réponses positives du sujet en posant les questions du guide de l'entretien. Le clinicien est libre de poser des questions additionnelles pour confirmer ou non son opinion. Il peut également utiliser d'autres sources d'information au moment de la cotation (proche ou thérapeute). Il est conseillé d'évaluer l'axe I avant de faire passer le SCID-II, pour que l'évaluateur puisse tenir compte de l'influence de l'axe I sur certaines réponses.

Cette procédure est plus rapide mais elle se focalise sur les troubles de la personnalité mis en évidence par le questionnaire en les maintenant pathologiques ou non. Il est seulement possible alors d'avoir un *score catégoriel* ;

- soit l'évaluateur reprend toutes les réponses positives du questionnaire, pose d'autres questions, plus spécifiques. Elles ont pour but de vérifier si la caractéristique explorée est cliniquement significative, et si les réponses du sujet, respectivement du malade, vont effectivement dans le sens de la présence du critère qui est évalué. Cette procédure permet d'avoir une cotation de chaque trouble de la personnalité et surtout d'avoir la possibilité *d'un*

*score catégoriel et d'un score dimensionnel.*

On peut donc considérer le SCID-II comme un instrument d'évaluation à *la fois catégorielle et dimensionnelle* de la personnalité.

Dans certains cas (suspicion d'un biais dans la réponse), le clinicien peut reprendre certaines réponses négatives du questionnaire. Il est également conseillé de vérifier les réponses négatives dans les troubles de la personnalité étant à moins de un item du seuil requis au cours de l'entretien.

La durée de passation est de une heure à deux-trois heures d'entretien après la passation du questionnaire (12).

#### **a-4) Cotation**

La cotation du SCID-II est basée sur le fait qu'un comportement ou un trait de personnalité anormal peut être absent [1], au-dessous du seuil, c'est-à-dire présent mais ne répondant pas entièrement ou ne répondant pas à toutes les caractéristiques du critère qui a été évalué [2], ou pathologique et répondre au seuil requis pour constituer un critère diagnostique [3]. La cotation « ? » est réservée à des situations où les réponses du sujet ne concordent pas avec les informations qui sont disponibles par ailleurs.

Pour déterminer si un critère doit être coté « 2 » ou « 3 », le clinicien doit se référer à des instructions précises, variables d'un critère à l'autre. Ces instructions figurent dans le guide de l'utilisateur. Elles concernent différentes caractéristiques, telle que la fréquence ou l'intensité d'un comportement, ou la présence d'un sentiment de détresse ou d'une perturbation du fonctionnement social ou professionnel (27).

#### **a-5) Conventions du SCID-II**

Avant de coter « 3 », l'interviewer ou le clinicien doit vérifier que le comportement en question

répond aux trois « P » suivant : il doit être pathologique, persistant, et « pervasive » (envahissant). Le comportement est pathologique lorsqu'il est au-dessus de la norme culturelle de l'individu, il est persistant lorsqu'il est fréquent et présent depuis au moins 5 ans, il est envahissant lorsqu'il apparaît dans de nombreux domaines et avec beaucoup d'individus.

Le SCID tient compte du critère de durée en demandant que les comportements anormaux persistent pendant au moins 5 ans.

D'après le DSM-IV, un trouble de la personnalité débute tôt, à la fin de l'enfance ou au début de l'adolescence. Le SCID tient compte de ce critère en exigeant que le sujet puisse faire remonter la première manifestation d'un comportement (au moins) à la fin de l'adolescence ou au début de ses 20 ans (27).

#### **a-6) Analyse des données**

Les données relevées avec le SCID peuvent être facilement analysées à la main. En effet, il suffit de vérifier, après avoir passé en revue les critères d'un trouble de la personnalité, si le nombre de critères cotés « 3 » correspond à celui qui est requis par le DSM-IV (27).

#### **a-7) Fidélité inter-juges et validité du SCID-II**

Elles ont en général été réalisées sur les versions DSM-III ou DSM-III-R.

La *fidélité interjuges* (entretien conjoint) a été étudiée sur des patients psychiatriques (12).

Le degré d'agrément est mesuré par le coefficient kappa. Celui-ci est un des coefficients les plus utilisés pour mesurer le degré de concordance entre des juges classant les mêmes individus (par exemple, des patients) dans une ou plusieurs catégories préalablement définies (par exemple des diagnostics).

Il se définit ainsi :

$$\text{Kappa} = (\text{concordance observée} - \text{concordance prévisible}) / (1 - \text{concordance prévisible})$$

Lorsque 2 mesures sont concordantes à un degré qui n'est pas supérieur au pur hasard, la valeur de kappa est 0. Lorsque les deux mesures sont parfaitement concordantes, kappa est égal à 1 (44). Selon PERRY, un kappa supérieur à 0,75 représente un excellent accord diagnostic par rapport au hasard ; un kappa compris entre 0,4 et 0,75 représente un accord allant de correct à bon ; un kappa inférieur à 0,4 correspond à un faible accord diagnostic par rapport au hasard.

L'étude de FIRST et coll. rapporte une fidélité inter-juges pour un intervalle de temps court sur une population de sujets psychiatriques (n=103) et de sujets non psychiatriques (n=181).

Les coefficients kappa varient de 0,24 à 0,74 pour le premier échantillon et de 0,24 à 0,59 pour le second.

Une étude (O'BOYLE et SELF, 1990) sur des patients dépressifs s'est intéressée à la fidélité interjuges avec un long intervalle entre les 2 entretiens (63 jours, c'est-à-dire avant et après la guérison). Dans l'ensemble, on retient un coefficient kappa inférieur à 0,50 sur 21 coefficients kappa calculés pour la fidélité interjuges entretien conjoint, 9 coefficients kappa inférieurs à 0,50 sur 17 pour la fidélité interjuges pour un intervalle court et 4 coefficients kappa sur 5 inférieurs à 0,50 pour la fidélité interjuges avec un intervalle long.

En ce qui concerne la *validité* du SCID-II, l'étude de la version française est préliminaire (BOUVARD et coll., 1999). L'objectif de cette étude était la comparaison de sujets contrôles et de sujets pathologiques sur le SCID-II (questionnaire et entretien, version DSM-IV), puis la comparaison de l'avis d'un clinicien au SCID-II. Le groupe de patients (n=26) est composé de sujets ayant un trouble anxieux et/ou un trouble de la personnalité. Les diagnostics ont été portés par des cliniciens au cours d'un entretien. Le groupe de sujets contrôles a été recruté dans la population générale. Les sujets contrôles ne devaient avoir eu aucune consultation psychiatrique pour entrer dans l'étude.

Dans un premier temps, les patients et les sujets contrôles ont été comparés sur le SCID-

questionnaire et le SCID-entretien. Les résultats du SCID II-entretien montrent une différence significative entre les 2 groupes. Le SCID-II (questionnaire et entretien) permet donc de différencier des sujets pathologiques de sujets contrôles.

La comparaison du SCID II-entretien et du clinicien montre des coefficients d'agrément (kappa) variant de -0,13 (narcissique) à 0,25 (paranoïaque) avec un seul coefficient kappa supérieur à 0,40, celui de la personnalité obsessionnelle-compulsive. Sur les 7 coefficients kappa calculés, aucun n'est supérieur à 0,50, deux montrent même un désaccord entre le SCID II-entretien et le clinicien (narcissique et borderline). La comparaison du SCID II-questionnaire avec le clinicien est encore moins bonne que la comparaison avec le SCID II-entretien.

Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature et confirment, d'une part, le peu d'agrément entre l'avis du clinicien et les entretiens structurés de la personnalité, et d'autre part, la sensibilité des questionnaires à l'égard des troubles de la personnalité (12).

### **b) Le MMPI-2**

Le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), créé en 1937 par HATHAWAY et McKINLEY, est l'un des questionnaires les plus connus et les plus utilisés. Il continue à donner lieu à plusieurs centaines de publications chaque année, et a été traduit dans de nombreuses langues et cultures de par le monde. Il s'agit en fait plus d'un questionnaire de psychopathologie générale, couvrant un champ assez vaste des aspects caractériels et affectifs mais également de la condition physique, des attitudes morales ou des conduites sociales d'un individu. La forme originale comportait 550 items et permettait d'obtenir des scores standardisés sur 9 échelles cliniques et 4 échelles de validité (ou attitudes de réponse), sous la forme de scores T (moyenne à 50 et écart-type à 10). Il s'agit donc d'un *outil d'évaluation dimensionnelle de la personnalité*. Chaque question (par exemple « J'ai peur de disputes avec ma famille ») était inscrite sur une carte que le sujet devait ranger dans un groupe « vrai » ou dans un groupe « faux » (ou « je ne sais pas »).

La validité et les normes du MMPI ont principalement été établies, de manière empirique, sur sa

capacité à distinguer des groupes de sujets normaux de groupes de sujets souffrant de différents types de pathologie psychiatrique, mais chez des sujets vivant dans le Minnesota uniquement, ce qui en constituait la principale faiblesse.

Une révision récente à 567 items publiée par BUTCHER en 1989, le MMPI-2, est fondée sur les mêmes principes mais avec une reformulation actualisée de certains items contestables ou désuets, une extension du nombre des échelles analysées, et de nouvelles normes basées sur de plus larges études de validation notamment transculturelles. Sa passation se fait habituellement sur un questionnaire-papier, mais il a été utilisé pour cette étude une version informatique réalisée par M. ROUSSEAU, psychologue dans le service d'Addictologie de Nantes.

En plus des 4 échelles de validité ou d'attitude de réponse, les 10 échelles cliniques évaluées par le MMPI-II sont les suivantes : hypocondrie, dépression, hystérie de conversion, déviation psychopathique, masculinité-féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie, introversion sociale. Il existe également des échelles supplémentaires et des échelles de contenu (27).

La *consistance interne* des échelles de validité, des échelles cliniques de base, des échelles supplémentaires et des échelles de contenu a été testée au moyen du coefficient alpha de CRONBACH. Pour l'échantillon masculin, les échelles D, Hy, Mf et Pa ont des coefficients inférieurs à 0,60. Pour l'échantillon féminin, les échelles L, Hy, Mf et Pa présentent des coefficients inférieurs à 0,60.

Les *coefficients de fidélité test-retest* varient de 0,60 à 0,90 pour l'échantillon masculin de 45 hommes et de 0,65 à 0,90 pour l'échantillon féminin de 111 femmes.



## **4ème PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE**

## I) RESULTATS AU NIVEAU DE L'AXE I (MINI)

Ils sont consignés dans le **Tableau I**.

Tableau I

	<b>Fréquence</b>	<b>Age moyen de début</b>	<b>Age moyen de fin</b>
<b><u>TROUBLES THYMIQUES</u></b>			
Episode dépressif majeur	71,43%	20,9 ans	32,1 ans
Episode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques	42,86%		
Dysthymie	7,14%		
Episode hypomaniaque	7,14%		
<b><u>TROUBLES ANXIEUX</u></b>			
Anxiété généralisée	7,14%		
Phobie sociale	21,43%	17,5 ans	50,5 ans
Agoraphobie	14,29%		
Troubles obsessionnels compulsifs	7,14%		
Syndrome de stress post-traumatique	7,14%		
<b><u>DEPENDANCES</u></b>			
Alcool	35,71%	25,2 ans	27,5 ans
Dont dépendance actuelle	21,43%		
Abus d'alcool	14,29%		
Cannabis	7,14%		

## II) RESULTATS AU NIVEAU DE L'AXE II

### 1) Résultats du SCID-II

On retrouve **14,29 % de troubles de la personnalité** au moyen de cet instrument, soit 2 patients sur 14. Un patient présentait en outre un trouble de la personnalité dépressive, mais celle-ci n'a pas été prise en compte, la personnalité dépressive ne faisant pas partie des troubles de la personnalité dans le DSM-IV.

Au niveau qualitatif, on retrouve 7,14 % de personnalité paranoïaque (cluster A) et 7,14 % de personnalité obsessionnelle-compulsive (cluster C), soit un patient sur 14 dans chaque cas.

On peut comparer ces résultats aux résultats théoriques concernant la fréquence des troubles de la personnalité dans la population générale. On retiendra le chiffre de **10 %** (intervalle de confiance à 95 % = [7,23 %; 12,77 %]), retrouvé par MAIER W. dans une étude portant sur 452 personnes, ayant l'intérêt d'avoir été réalisée avec le même instrument, le SCID-II. Ce chiffre est par ailleurs proche de ceux retrouvés par d'autres grandes études épidémiologiques en population générale (27).

On utilise la méthode statistique du calcul de la probabilité critique (Pc), adaptée à la comparaison entre un pourcentage expérimental dans un petit échantillon ( $n < 30$ ) et un pourcentage théorique. On retrouve une  $P_c = 0,415$ , bien supérieure à 0,05, ce qui indique **l'absence de différence statistiquement significative au risque 5 % entre la fréquence de troubles de la personnalité retrouvée dans cette étude et la fréquence de troubles de la personnalité dans la population générale.**

Au niveau qualitatif, l'étude de MAIER W. retrouvait 1,8 % de personnes présentant un trouble de la personnalité paranoïaque et 2,2 % de personnes présentant une personnalité obsessionnelle-compulsive (27).

La comparaison statistique avec la population générale pour la personnalité paranoïaque amène à une  $P_c = 0,224$ , supérieure à 0,05, et permet de conclure à l'absence de différence statistiquement

significative entre la fréquence de la personnalité paranoïaque retrouvée dans cette étude et la fréquence en population générale. De la même façon, on obtient pour la personnalité obsessionnelle-compulsive une  $P_c = 0,268$ , permettant également de conclure à l'absence de différence statistiquement significative entre cette étude et la population générale pour la fréquence de ce trouble de la personnalité.

## 2) Résultats du MMPI-2

### a) Résultats globaux

Ceux-ci portent sur **13 patients**, un patient ayant été exclu du fait du score très élevé à l'échelle de validité L (mensonge) et aux échelles de cohérence VRIN et TRIN, rendant son profil invalide.

Tableau II

<b>Echelle MMPI</b>	<b>T-SCORE</b>	<b>Intervalle de confiance à 95%</b>
Echelles de validité		
L (Mensonge)	59,1	[52,8 ; 65,4]
F (Rareté)	57,5	[51,2 ; 63,9]
K (Correction)	45,8	[39,4 ; 52,2]
Hypocondrie	53,8	[44,7 ; 62,9]
Dépression	56,5	[51,2 ; 61,8]
Hystérie	52,8	[45,0 ; 60,5]
Déviations psychopathiques	53,9	[48,6 ; 59,3]
Masculinité-Féminité	53,2	[46,9 ; 59,4]
Paranoïa	55,9	[49,8 ; 62,0]
Psychasthénie	52,5	[44,4 ; 57,4]
Schizophrénie	54,7	[45,5 ; 62,5]
Manie	48,6	[42,3 ; 54,9]
Introversion sociale	58,9	[50,8 ; 67,0]
Bizarreries de la pensée	50,9	[43,7 ; 58,1]

**b) Comparaison transsexuels FM versus MF**

Tableau III

	<b>T-SCORE MOYEN</b>		<b>Test de Student unilatéral</b>
	<b>Transsexuels FM (n1=5)</b>	<b>Transsexuels MF (n2=8)</b>	
Hypocondrie	48,4	57,1	NS
Dépression	49,8	60,8	<b>p&lt;0,01</b>
Hystérie	49,2	55	NS
Déviations psychopathique	52,6	54,7	NS
Paranoïa	51,6	58,6	NS
Psychasthénie	46,2	56,5	<b>p&lt;0,01</b>
Schizophrénie	51,2	56,9	NS
Manie	53,8	43,4	<b>p&lt;0,05</b>
Introversion sociale	48,8	65,3	<b>p&lt;0,01</b>
Bizarreries de la pensée	57,8	46,6	NS

NS : Non significatif

On fait l'hypothèse, d'après la plupart des données de la littérature en faveur d'une psychopathologie plus importante chez les transsexuels MF, que les scores T sont supérieurs chez les transsexuels MF, excepté, d'après les résultats ci-dessus, pour les dimensions *manie* et *bizarreries de la pensée*, où les transsexuels FM semblent avoir des scores T supérieurs.

Ces différentes hypothèses sont évaluées à l'aide du test statistique de STUDENT unilatéral, adapté à la comparaison de moyennes entre de petits échantillons ( $n < 30$ ) indépendants (en considérant que les scores ont une distribution normale).

Ainsi :

- les dimensions *dépression*, *psychasthénie* et *introversion sociale* ont, de façon statistiquement significative, des scores supérieurs chez les transsexuels MF, avec un  $p < 0,01$ .

- la dimension *manie* présente un score significativement supérieur chez les transsexuels FM, avec un  $p < 0,05$ .

### c) Comparaison patients opérés versus patients non opérés

Tableau IV

	T-SCORE MOYEN		Test de Student bilatéral
	Patients opérés (n1=4)	Patients non opérés (n2=9)	
Hypocondrie	50,8	55,1	NS
Dépression	51,6	58,7	NS
Hystérie	45,7	55,9	NS
Déviations psychopathiques	51,5	55	NS
Paranoïa	51,8	57,8	NS
Psychasthénie	47,9	54,6	NS
Schizophrénie	53,6	55,2	NS
Manie	48,7	48,8	NS
Introversion sociale	52,3	61,9	NS
Bizarreries de la pensée	55,9	48,7	NS

NS : Non significatif

L'hypothèse testée est ici une différence des scores T entre patients opérés et non-opérés, ceci en concordance avec les études de suivi de patients opérés présentées en 2<sup>ème</sup> partie, montrant globalement une amélioration sur le plan psychopathologique.

On réalise donc un test de STUDENT bilatéral.

Celui-ci conclut à une absence de différence significative entre les scores des 2 groupes au risque de 5 %.

La dimension *masculinité-féminité* n'est pas comparée du fait de la présence de transsexuels des 2 sexes dans les 2 groupes.

**d) Comparaison transsexuels primaires versus secondaires (au sens de STOLLER)**

Tableau V

	<b>T-SCORE MOYEN</b>		<b>Test de Student unilatéral</b>
	<b>Transsexuels primaires (n1=6)</b>	<b>Transsexuels secondaires (n2=7)</b>	
Hypocondrie	53	54,4	NS
Dépression	54,7	58,1	NS
Hystérie	52,3	53,1	NS
Déviatation psychopathique	56	52,1	NS
Paranoïa	57,7	54,4	NS
Psychasthénie	50,2	54,6	NS
Schizophrénie	55	54,4	NS
Manie	47	50	NS
Introversion sociale	55,5	61,9	NS

NS : Non significatif

D'après les travaux de STOLLER, on peut penser que les transsexuels secondaires présentent davantage d'éléments psychopathologiques que les transsexuels primaires. On teste donc l'hypothèse d'un score T plus élevé chez les transsexuels secondaires, excepté, d'après les résultats obtenus, pour les dimensions *déviatation psychopathique*, *paranoïa*, et *schizophrénie*, où l'on teste l'hypothèse inverse.

Le test de STUDENT unilatéral conduit à rejeter ces hypothèses au risque de 5 %.

Là-aussi, la dimension *masculinité-féminité* n'est pas comparée, pour les mêmes raisons.

### **III) RESULTATS AU NIVEAU DE L'AXE V (GAF)**

Sur l'ensemble des patients, le score moyen sur l'échelle GAF est de **59,9** ; avec un intervalle de confiance à 95% = [49,6 ; 70,2].

Le score moyen dans le groupe des transsexuels FM est de 67,2 ; dans le groupe MF de 55,9.

L'hypothèse d'un score supérieur chez les transsexuels FM, corroborée par plusieurs études, est évaluée au moyen du test de STUDENT unilatéral. Celui-ci conduit à rejeter cette hypothèse au risque de 5 %.

Le score moyen dans le groupe des patients opérés est de 66,4 ; dans le groupe des patients non-opérés de 56,3.

De la même façon, l'hypothèse d'un score supérieur chez les patients opérés est évaluée au moyen du test de STUDENT unilatéral. Celui-ci conduit à rejeter cette hypothèse au risque de 5 %.



## **5<sup>ème</sup> PARTIE : DISCUSSION**

## I) DISCUSSION DES RESULTATS

### 1) Axe I

#### a) Troubles dépressifs

On retrouve une très grande fréquence d'épisodes dépressifs majeurs, actuels ou passés, dont une part importante ayant présenté des caractéristiques mélancoliques. L'âge moyen du début de ces troubles (21 ans) semble correspondre à une période où le questionnement identitaire est probablement le plus pressant, et où le patient est le plus démuné pour y répondre. L'âge moyen de fin des troubles, lui (32 ans), semble souvent coïncider avec le début d'affirmation de sa nouvelle identité, avec un changement d'habitus, parfois une prise en charge spécialisée.

Ces éléments apparaissent très en faveur de *l'hypothèse de troubles dépressifs secondaires*, réactionnels au mal-être généré par les troubles de l'identité sexuée, et par le regard souvent critique de la société à leur égard.

#### b) Troubles anxieux

On retrouve une forte prévalence de phobies sociales et d'agoraphobies, troubles en lien avec l'évitement social et l'introversion.

Ceux-ci apparaissent également liés au transsexualisme comme conséquence de celui-ci, de par le rejet social occasionné. L'âge moyen de début des troubles (17,5 ans), même si il ne porte que sur 2 patients, appuie cette hypothèse.

#### c) Dépendance à l'alcool

Sa prévalence est également marquée, avec notamment un fort taux de dépendance actuelle (21,43 %). Encore une fois, cette dépendance apparaît secondaire au problème de transsexualisme. En effet, l'âge moyen d'apparition (25,2 ans) oriente vers le caractère secondaire. D'autre part, le fait que celui-ci soit plus tardif que l'âge moyen de début des épisodes dépressif évoque l'hypothèse d'une dépendance alcoolique compliquant les troubles

dépressifs. L'alcool y serait utilisé dans un but d'automédication.

Il existe par contraste une faible proportion de dépendance à d'autres produits.

#### **d) Troubles délirants**

On retrouve une personne sur 14 ayant présenté un syndrome psychotique isolé.

Celui-ci ne nous apparaît pas suffisant à constituer un critère d'exclusion de l'étude.

### **2) Axe II**

#### **a) SCID-II**

La fréquence de troubles de la personnalité retrouvée, 14,29 %, apparaît peu élevée, et ne présente pas de différence statistiquement significative par rapport à la fréquence de ces troubles en population générale (10 %). Ce résultat est en faveur de l'absence de troubles de la personnalité surreprésentés chez les transsexuels, d'autant plus que la probabilité critique est élevée (41,3 %, bien supérieure à 5 %).

Il est intéressant d'autre part de noter qu'au niveau qualitatif, aucune personnalité pathologique ne semble se démarquer dans le groupe, puisque les fréquences de personnalité paranoïaque et obsessionnelle-compulsive ne diffèrent pas de façon significative de celles observées en population générale.

Il faut noter cependant la *faible puissance de l'étude*, du fait du nombre peu élevé de patients inclus, rendant la détection d'une différence statistiquement significative avec la population générale moins probable. D'autre part, de façon plus générale, nous avons vu en 2<sup>ème</sup> partie la grande sensibilité du SCID-II à l'égard des troubles de la personnalité, et sa faible concordance avec les diagnostics cliniques. Ces éléments doivent laisser prudent dans l'interprétation des résultats.

## b) MMPI-2

### b-1) Résultats globaux

Au niveau de la *validité* des résultats, l'échelle F (Rareté) a un score situé à la limite inférieure des notes considérées comme « intermédiaires », les échelles L (Mensonge) et K (Correction) ont des scores modaux. On peut donc considérer l'ensemble du protocole comme valide.

Les résultats apparaissent là aussi appuyer l'hypothèse de l'absence de fréquence de troubles de la personnalité plus élevée dans la population transsexuelle qu'en population générale.

Les notes T moyennes apparaissent en effet proche de la norme par rapport à la population générale, 50, même si de légères disparités existent entre les différentes dimensions explorées. Les notes T moyennes sont toutes très inférieures à 70, seuil arbitraire habituellement admis au-delà duquel on considère qu'il y a trouble de la personnalité caractérisé. De la même façon, les intervalles de confiance à 95 % pour les scores T moyens ne vont jamais au-delà de 70.

Les dimensions qui semblent se démarquer légèrement sont la *dépression* (score T moyen = 56,5), la *paranoïa* (score T moyen = 55,9) et l'*introversion sociale* (score T moyen = 58,9). Ces 3 dimensions présentent un score T moyen > 55, seuil au-delà duquel le niveau de la note T est considéré comme « intermédiaire » par rapport à la population générale (entre « modal » et « élevé »). La dimension *schizophrénie* présente un score approchant le seuil de 55 (54,7).

En ce qui concerne les 3 premières dimensions, on peut penser qu'elles constituent davantage des réactions d'adaptation au problème de transsexualisme, que de véritables traits de personnalité.

L'élévation de l'échelle *dépression* est à mettre en rapport avec le taux très important d'épisodes dépressifs majeurs (71%) retrouvé sur l'Axe I exploré par le MINI.

La sensibilité et le repli social que dénote l'élévation des 2 autres échelles peuvent, de la même façon, être mis en lien avec les taux importants de phobie sociale et d'agoraphobie retrouvés sur l'axe I. Ils apparaissent comme des réactions défensives, adaptées au rejet social souvent manifesté précocement à l'égard du transsexualisme, conduisant au manque de confiance et à la suspicion dans les rapports aux autres.

On voit ici l'importance d'évaluer les troubles de l'axe I avant l'évaluation de la personnalité, pour éviter de surévaluer les troubles de la personnalité. Cela montre bien aussi la difficulté, notée en 1<sup>ère</sup> partie, de distinguer troubles de l'axe I et troubles de l'axe II.

Pour ce qui est de la dimension *schizophrénie*, le score T moyen aux limites de la normale, peut conduire à évoquer 2 hypothèses.

Dans la première, on peut penser que des troubles primaires dans la perception du réel ou de soi, des désordres de la pensée peuvent favoriser l'éclosion de troubles de l'identité en général et de l'identité sexuée en particulier. Cette hypothèse rejoint celle évoquée en 2<sup>ème</sup> partie, évoquant des troubles de la sphère borderline sous-jacents au transsexualisme, et les hypothèses évoquant des troubles psychotiques.

La deuxième hypothèse pose l'existence de ces troubles psychotiques *a minima* comme conséquence du trouble identitaire profond, diffusant aux sphères affective et cognitive, généré par le transsexualisme. Le caractère peu élevé du score T et l'absence d'élévation à l'échelle *bizarrierie de la pensée* (score T moyen = 50,9) appuient cette hypothèse.

Au niveau de la validité générale de ces résultats, il faut rappeler que les normes du MMPI-2 ont été établies sur leur capacité à différencier une population témoin d'une population présentant des troubles psychiatriques. Mais cela pose le problème de l'interférence entre troubles psychiatriques et troubles de la personnalité, ce qui doit, là aussi, laisser prudent dans l'interprétation des résultats de cet outil.

### **b-2) Comparaison transsexuels MF versus FM.**

On retrouve des transsexuels MF présentant une vulnérabilité psychique nettement plus marquée que les FM. Celle-ci s'exprime à travers des scores significativement supérieurs aux dimensions *dépression*, *introversion sociale* et *psychasthénie*, les 3 étant fortement liées les unes aux autres. La dimension *introversion sociale* a le score le plus élevé parmi les transsexuels MF.

Les transsexuels FM présentent quant à eux des scores significativement supérieurs à la dimension *hypomanie*, même si de façon moindre que les dimensions précédentes ( $p < 0,05$ ), et que ceux-ci sont proche de la moyenne (score T moyen = 53,8). Cela apparaît cohérent avec les

résultats précédents.

Ces éléments semblent en concordance avec ceux de la plupart des études, qui retrouvent un moindre degré de psychopathologie, avec un pronostic globalement plus favorable chez les transsexuels FM, notamment au niveau de l'intégration sociale (18).

Une hypothèse quand à ces différences serait la moins bonne acceptation sociale du transsexualisme homme versus femme, du fait d'une place prépondérante accordée au rôle masculin dans la société en général.

### **b-3) Comparaison patients opérés versus non-opérés.**

L'absence de différence significative des scores parmi les différentes dimensions laisse à penser que l'intervention n'est pas un facteur aggravant, lorsqu'elle est réalisée dans des conditions de sélection rigoureuses. On peut même noter que tous les scores T moyens, excepté pour l'échelle de contenu *bizarrierie de la pensée*, sont inférieurs dans le groupe des patients opérés, même si ce n'est pas statistiquement significatif au risque de 5 %.

### **b-4) Comparaison transsexuels primaires versus secondaires (selon la conception de R. STOLLER).**

Le fait que les transsexuels secondaires ne présentent pas de scores significativement supérieurs à ceux des transsexuels primaires montre que ce critère clinique, rappelé en 1<sup>ère</sup> partie, ne distingue pas un groupe de l'autre au niveau psychopathologique. Cela pose la question, d'une manière plus générale, sur la pertinence de retenir la distinction de R. STOLLER dans la clinique du transsexualisme. Il faut cependant rappeler encore une fois les limites de l'étude au niveau statistique.

### 3) Axe V

Au niveau global, le score moyen à l'échelle GAF est peu élevé, témoin d'une insertion socio-professionnelle médiocre. Il existe cependant d'importantes variations d'un patient à l'autre, comme le montre l'étendue de l'intervalle de confiance à 95 %. Ce résultat semble en concordance avec la plupart des études, qui montrent les difficultés d'adaptation socio-professionnelle qu'entraîne le transsexualisme, essentiellement dûes au regard péjoratif de la société à l'égard de ce problème.

Au niveau des comparaisons entre transsexuels FM et MF, le score moyen du groupe FM, même s'il apparaît plus élevé, concordant en cela avec une psychopathologie moins marquée au MMPI-2 comme nous l'avons vu précédemment, ne présente pas de supériorité significative au niveau statistique avec celui du groupe MF.

De la même façon, le score du groupe des patients opérés, même s'il semble supérieur à celui des patients non-opérés, ne l'est pas au niveau statistique.

Il faut insister ici encore sur la *faible puissance de l'étude*, qui rend la mise en évidence de différences statistiquement significatives plus difficile, même si des différences apparaissent plausibles à première vue.

## II) DISCUSSION DES RESULTATS EN REGARD DES HYPOTHESES ETIOPATHOGENIQUES DE LA 2<sup>ème</sup> PARTIE

### 1) Comparaison des résultats à ceux des études statistiques retenues

#### a) L'étude de I.R. HARALDSEN (2000)

Cette étude, portant sur 86 patients transsexuels, mettait en évidence 19,8 % de patients présentant un trouble de la personnalité au moyen du SCID-II, soit 17 patients.

La comparaison avec notre étude, ayant mis en évidence 14,3 % de patients présentant un trouble de la personnalité, soit 2 patients sur 14, conduit au *tableau de contingence* suivant :

	Transsexuels avec TP	Transsexuels sans TP
Etude Nantaise	2	12
Etude I.R.HARALDSEN	17	69

Le fait que, dans ce tableau de contingence, un effectif théorique ( $C_{ij}$ ) soit inférieur à 5, nous conduit à utiliser le test G de WOOLF, correspondant à la généralisation du test du  $\chi^2$ . Ce test statistique est utilisé car il s'agit d'une comparaison de deux pourcentages expérimentaux entre petits échantillons indépendants ( $n < 30$ ).

On obtient un  $G = 0.250$ , inférieur au  $\chi^2$  table à 1 degré de liberté, soit 3,84. Il n'existe donc pas de différence significative entre les 2 études pour la fréquence de troubles de la personnalité parmi les transsexuels.



Cette similarité des résultats, même si les effectifs sont de tailles différentes, peut s'expliquer par des concordances sur plusieurs points :

- Au niveau des populations, les ratios MF/FM sont comparables (environ 3/1), les patients sont à différents stades du traitement, bénéficiant d'un traitement hormonal ou chirurgical.
- Les critères de sélection de l'étude de I.R. HARALDSEN sont ceux du DSM-III-R, ou du DSM-IV, mais les troubles psychotiques sont un critère d'exclusion, rejoignant en cela nos critères d'inclusion, ceux du DSM-III. On peut remarquer par ailleurs que ces critères sont plus restrictifs que dans notre étude, comprenant en plus les abus de substances et les troubles de la personnalité avec impulsivité sévère.
- L'évaluation de la personnalité se fait au moyen du SCID-II entretien.

L'absence de différences entre ces 2 études au niveau statistique, est un argument en faveur de la validité de notre étude, du fait de la puissance importante et de la rigueur méthodologique de l'étude de I.R. HARALDSEN.

#### **b) L'étude de A. MICHEL (2002)**

Cette étude ne comprenant que des transsexuels MF (N1=16), nous avons comparé les résultats au MMPI-2 avec les résultats du groupe de transsexuels MF de notre étude (N2=8). Nous avons posé l'hypothèse, d'après les résultats indiqués dans le **Tableau VI**, que les scores obtenus par les patients de l'étude de MICHEL étaient supérieurs à ceux des scores obtenus par les patients de notre étude, excepté pour les dimensions *hypocondrie*, *dépression*, *introversion sociale* et les échelles de validité L et F, où l'on pose l'hypothèse inverse.

On évalue ces hypothèses au moyen du test de STUDENT unilatéral.

Tableau VI

	<b>Etude de A. MICHEL (n1=16 MF)</b>	<b>Etude nantaise (n2=8 MF)</b>	<b>Test de Student unilatéral</b>
Echelles de validité			
L	55	60,6	NS
F	54	60,4	NS
K	54	46,1	NS
Hypocondrie	55	57,1	NS
Dépression	60	60,8	NS
Hystérie	63	55	NS
Déviatation psychopathique	64	54,7	<b>p&lt;0,05</b>
Masculinité-Féminité	75	56,9	<b>p&lt;0,005</b>
Paranoïa	65	58,6	NS
Psychasthénie	62	56,5	<b>p&lt;0,05</b>
Schizophrénie	66	56,9	<b>p&lt;0,05</b>
Manie	57	43,4	<b>p&lt;0,025</b>
Introversion sociale	49	65,2	<b>p&lt;0,005</b>

Ainsi:

- les scores T moyens des dimensions *déviatation psychopathique*, *masculinité-féminité*, *psychasthénie*, *schizophrénie* et *hypomanie* sont supérieurs dans l'étude de A.MICHEL, avec une significativité importante pour la dimension *masculinité-féminité* ( $p<0,005$ ).
- la dimension *introversion sociale*, à l'inverse, présente un score moyen inférieur, avec une forte significativité ( $p<0,005$ ).

Ces différences peuvent s'expliquer par deux facteurs importants :

- Aucun patient n'était sous traitement hormonal, ou n'avait subi d'intervention chirurgicale dans l'étude de A. MICHEL, à la différence de notre étude, où tous les patients bénéficiaient au moins d'un traitement hormonal. Ceci peut avoir contribué à l'élévation des scores pathologiques.
- L'utilisation de la première version du MMPI dans cette étude, à la différence de la deuxième version dans notre étude, peut également fausser cette comparaison, et contribuer à l'élévation des notes, comme nous l'avons vu en 2<sup>ème</sup> partie.

Ainsi, cette comparaison est intéressante du point de vue des incidences thérapeutiques : le traitement hormonal, et peut-être le traitement chirurgical, semblent en cause dans l'amélioration significative des scores de plusieurs dimensions. Les patients présentent moins d'éléments antisociaux, de traits obsessionnels, de défenses hypomaniaques ou même de traits psychotiques. Ils ont moins besoin d'affirmer une féminité de manière excessive. Tous ces éléments apparaissent donc cohérents avec l'instauration d'un traitement. Seul l'augmentation, très significative, du score à l'échelle *introversion sociale* dans notre étude apparaît discordante dans cet ensemble.

## **2) Discussion des hypothèses psychanalytiques**

### **a) Le transsexualisme considéré comme une psychose**

Au vu des résultats précédents, cette hypothèse apparaît sans fondement. Il est vrai que cette étude exclue d'emblée les troubles psychotiques cliniquement évidents, mais la question qui se pose ici est celle de l'existence d'une *structure psychotique* sous-jacente au transsexualisme

Au MMPI-2, comme nous l'avons vu, les dimensions se rapportant à la psychose (paranoïa, schizophrénie), sont très en-dessous du seuil pathologique par rapport à la population générale (T =70), même si elles apparaissent légèrement plus élevées que des dimensions névrotiques (hystérie, hypocondrie, psychasthénie). Seule la dimension *paranoïa* est légèrement supérieure au seuil de 55, au-delà duquel le score est considéré comme « intermédiaire » en regard de la

population générale. Nous avons vu que cette élévation devait probablement être vue comme conséquence du transsexualisme, comme le montrait par ailleurs la diminution du score avec l'instauration d'un traitement.

L'élévation modérée de la dimension *schizophrénie* est, de la même façon, probablement secondaire au trouble identitaire, hypothèse renforcée par la normalité du score à l'échelle *bizarrierie de la pensée*.

Au SCID-II, la fréquence de troubles de la personnalité du cluster A (traits psychotiques) n'est pas supérieure à celle retrouvée en population générale.

Le test de RORSCHACH ne retrouvait aucun patient présentant un mode de fonctionnement psychotique, avec altération majeure du sens de la réalité (un seul patient présentait quelques difficultés dans la perception du réel, sans trouble majeur).

Enfin, la stabilité voire l'amélioration des patients sous traitement chirurgical apparaît comme un argument supplémentaire important contre cette hypothèse, où l'on peut penser qu'une intervention chirurgicale serait un facteur d'aggravation, voire de décompensation psychotique.

### **b) Le transsexualisme comme trouble borderline**

Cette hypothèse, développée en particulier par C.CHILAND, apparaît plus pertinente à discuter en regard des résultats.

Seraient en faveur :

- L'élévation modérée de la dimension *schizophrénie*, pouvant traduire des troubles de la perception de soi, des difficultés dans la relation à l'autre
- L'élévation importante de la dimension *dépression*, dont on sait qu'elle est une dimension centrale de la pathologie borderline, selon la conception de J. BERGERET (8).

Cependant, le score sur l'échelle déviation psychopathique étant modal, et aucune personnalité antisociale ou borderline n'étant diagnostiquée au SCID-II, on peut penser que ces patients ont de bas niveaux d'agressivité de base ou d'impulsivité, ce qui va tout à fait à l'encontre d'une telle

organisation pathologique. On peut noter de plus, au test de RORSCHACH, l'absence de traits ou de modalités défensives primitives évoquant ce mode de structuration.

Ce dernier point va à l'encontre de la thèse de L. LOTHSTEIN, dans sa revue de la littérature sur 30 années d'évaluations psychologiques chez les patients transsexuels. Il retrouve chez eux, comme chez les patients borderline, une discordance entre la clinique et les tests de personnalités quantitatifs, où l'on ne retrouve pas un degré de psychopathologie significatif, et les tests de personnalité projectifs, dont en particulier le RORSCHACH, qui mettent en évidence des troubles sévères. Cela est d'ailleurs pour lui un argument fort en faveur d'une organisation borderline de la personnalité chez les transsexuels (46).

Au total, cette hypothèse ne nous apparaît pas suffisamment étayée d'arguments solides pour être retenue. Il faut noter à ce propos l'évolution de la position théorique de C. CHILAND, qui est passée d'une position assez dogmatique sur le caractère pathologique de ce problème, à une vision plus prudente et plus large, insistant sur les grandes parts d'incertitudes et d'inconnues, et prenant davantage en compte les questionnements biologiques notamment (16).

### **c) L'hypothèse de R. STOLLER**

La conception stollérienne est celle d'un trouble de l'identité de genre, généré par un phénomène d'empreinte non interrompu, qui amène à la conviction d'appartenir à l'autre sexe, sans nier son anatomie, et de façon précoce et aconflictuelle. Celle-ci nous semble compatible avec l'absence de développement de troubles de la personnalité. On peut en effet imaginer que la perturbation ne concerne que l'identité sexuée, sans diffuser à d'autres secteurs de la vie mentale et émotionnelle. Ceci semble être le cas dans des situations où l'on assigne un sexe à la naissance d'un enfant intersexué, qui se révélera plus tard être contraire au sexe « biologique », mais sans perturbation du développement psycho-affectif pour l'enfant.

Ce cas de figure apparaît cependant ne pouvoir se réaliser que difficilement, et laisse à penser qu'il existe probablement des facteurs biologiques renforçant ou prédisposant à ce trouble relationnel et identitaire, comme l'avait d'ailleurs suggéré R. STOLLER lui-même.

D'autre part, la distinction clinique entre transsexualisme primaire et secondaire n'apparaît pas pertinente au niveau psychopathologique, comme nous l'avons vu précédemment, même si la

puissance de notre étude est limitée.

### **3) Discussion des hypothèses biologiques**

Ces hypothèses, lorsqu'elles intègrent les dimensions relationnelles et environnementales avec l'idée d'interactions réciproques, nous apparaissent tout à fait plausibles dans la genèse d'un trouble de l'identité sexuelle, sans perturbations psycho-affectives associées. On peut sans doute imaginer en effet que seules les zones cérébrales impliquées dans le sentiment d'appartenance à un sexe ou l'autre (INAH-3 par exemple) puissent être l'objet d'un dysfonctionnement, sans retentissement majeur sur d'autres fonctions cérébrales impliquées dans le fonctionnement psycho-affectif. De plus, le fait que ces mécanismes biologiques soient plastiques, modifiables par l'environnement, ouvre la voie à tout un continuum de situations, où l'expression du trouble de l'identité sexuée sera différente en fonction de la place des facteurs biologiques ou environnementaux. Ceci semble être en accord avec les observations cliniques. Ces hypothèses intègrent aussi les conceptions psychanalytiques dans la genèse de l'identité sexuée, notamment celles de CHILAND et de STOLLER, mais en les relativisant dans un ensemble complexe de déterminismes multiples en étroites interrelations.

### III) PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

#### 1) Le traitement hormono-chirurgical : critères de sélection et critères pronostiques.

Les résultats que nous avons obtenus en faveur de l'absence de troubles de la personnalité associés au transsexualisme, lorsque le diagnostic de celui-ci a été établi sur des critères stricts et après un temps de réflexion suffisant, nous apparaissent favorables au traitement hormono-chirurgical.

En effet, l'absence de psychopathologie semble être en faveur d'une telle réassignation, et pas d'une psychothérapie spécifique, et apparaît comme un facteur de bon pronostic dans l'optique d'un tel traitement, lourd et irréversible pour l'intervention chirurgicale. Le bien-fondé d'une intervention chirurgicale semble confirmé par nos résultats, qui ne montrent pas de différences significatives entre les groupes de patients opérés et non-opérés au niveau psychopathologique, et semblent même en faveur d'une stabilisation psychique chez les patients opérés. Ces tendances restent cependant à démontrer par de plus larges études. Au niveau du traitement dans son ensemble, un argument supplémentaire est donné par la comparaison de notre étude avec celle de A. MICHEL, où les patients n'avaient aucun traitement et montraient des niveaux de psychopathologie significativement plus hauts. Là aussi, toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats sur des études faites à des moments différents, et avec 2 versions différentes du MMPI.

On notera enfin que dans notre cohorte, pour les transsexuels FM, l'intervention chirurgicale s'est souvent limitée au premier temps (mammectomie - hystérectomie totale), les patients récusant ou différant la phalloplastie dont on connaît les suites souvent difficiles, ce qui doit être pris en compte.

Il ne faut pas perdre de vue que la justification d'un tel traitement ne peut se faire que dans le cadre de *critères de sélection stricts*, ce qui pose aussi la question du *choix* de ces critères. Nous pouvons observer que les critères que nous avons retenus dans cette étude semblent opérants globalement pour ne retenir que des patients chez qui la problématique transsexuelle est primaire (pris ici dans un sens différent que celui de STOLLER), authentique, et non secondaire à des

difficultés psychologiques, entrant alors dans le cadre du diagnostic différentiel.

On peut donc retenir comme critères : l'acceptation par le patient du protocole, les critères du DSM-III, avec l'exclusion d'anomalies génétiques, hormonales, ou de troubles psychotiques cliniques, ce dernier point étant confirmé par un test de RORSCHACH, montrant l'absence d'altération grave du sens de la réalité.

On pourrait ici se poser la question de la place éventuelle que pourrait jouer des instruments tels que le SCID-II et le MMPI-2 parmi ces critères. Les résultats de ceux-ci dans cette étude apparaissent en effet globalement en concordance avec la clinique ou le test de RORSCHACH, et pourraient être intéressant pour repérer d'importantes altérations du fonctionnement psychologique. Cependant, le fait que ces résultats soient dans la moyenne, et ne nous permettent pas d'isoler un groupe « pathologique », ne nous oriente pas dans ce sens.

Enfin, il est intéressant dans le cadre du traitement hormono-chirurgical d'évoquer les *critères pronostiques* qui semblent se dégager de l'étude :

- le fait d'être *une femme biologique* apparaît être un critère de bon pronostic, ce qui semble être confirmé par la plupart des études (18).
- le *caractère primaire ou secondaire du transsexualisme*, au sens de STOLLER, ne semble pas constituer un élément pronostic. Ceci est en contradiction avec l'hypothèse théorique selon laquelle le transsexualisme primaire serait la seule véritable indication du traitement hormono-chirurgical.

## **2) La prévention et le traitement du retentissement psychologique.**

Au vu des résultats obtenus sur l'Axe I au moyen du MINI, il nous apparaît primordial d'insister sur cet aspect souvent négligé dans les études sur les thérapeutiques du transsexualisme, celles-ci se focalisant sur la réassignation de sexe.

En effet, la proportion considérable de troubles dépressifs, souvent graves, ainsi que le nombre élevé de troubles addictifs et de phobies sociales nous apparaissent justifier l'importance du dépistage systématique et du traitement de tels troubles. Ceux-ci apparaissent fondamentaux dans le pronostic global de ce problème, même si la prise en compte de son problème dans le



cadre de la démarche représente pour le transsexuel, comme nous l'avons vu, un élément très soulageant, facteur d'amélioration de ces troubles.

Ce dépistage nous apparaît pouvoir être réalisé lors de l'expertise psychiatrique, où le patient pourra alors être adressé à un psychiatre traitant ou à son médecin généraliste.

## **CONCLUSION**

Après avoir rencontré un certain nombre de patients transsexuels, notre regard sur ce problème, d'abord influencé par les à-priori et les fantasmes de l'imaginaire collectif, ainsi que par les médias, s'est par la suite modifié. Nous en sommes arrivés à conclure, au terme de notre étude ayant inclut une évaluation structurée chez des transsexuels, à l'absence de différence avec la population générale pour la fréquence des troubles de personnalité, ceci lorsque le transsexualisme est précisément défini, et avec les réserves méthodologiques que nous avons exposées. Ce résultat, corroboré par plusieurs études récentes, doit donc encore être confirmé par de plus vastes études, mais il ouvre déjà à des perspectives intéressantes.

Au niveau des réserves, on peut s'interroger sur la pertinence de la notion de trouble de la personnalité, dont la différenciation avec des troubles psychiatriques, lorsqu'ils sont présents, est souvent malaisée. On peut aussi penser à la remarque de K. SCHNEIDER : « Se contenter de ramener à des éléments formels la personnalité, en se détournant du façonnage individuel, c'est risquer de se trouver en présence de dépouilles » (27).

Cependant un certain formalisme est nécessaire, de par l'aspect quantitatif du problème qu'il permet de mettre en évidence. Selon F. DAGOGNET : « La quantité, au contraire de la qualité qui nous emprisonne dans la chose, nous aide à éliminer le contingent ou le circonstanciel ; puisque celui-ci ne se répète pas à travers le nombre, nous devons le tenir pour non-signifiant ou non-structural. Dans le domaine de l'expérimental, la quantité nous conduit à la reconnaissance du substantiel – le permanent, le toujours présent » (24).

Il nous apparaît que les modifications nosographiques du transsexualisme, ayant évolués d'un trouble de la sexualité à un trouble de l'identité de genre, pourraient se faire ensuite vers l'absence d'un trouble psychiatrique caractérisé, avec une sortie du DSM... Ceci ne doit cependant pas faire négliger les conséquences psychiatriques très lourdes du problème, que nous avons mises en évidence.

Au niveau thérapeutique, nous avons vu les implications de tels résultats, avec la justification du traitement hormono-chirurgical de réassignation de sexe, ceci bien sûr dans le cadre de critères de sélection stricts et précis.

En ce qui concerne les facteurs pronostiques, les transsexuels femme-versus-homme paraissent

avoir une évolution plus favorable que les transsexuels homme-versus-femme, et ceci à tous niveaux : psychopathologique, socio-professionnel, familial. Cet élément nous apparaît donc devoir être pris en compte dans la décision thérapeutique.

Au niveau des hypothèses étiopathogéniques, nous avons montré les limites des hypothèses psychanalytiques en faveur d'un trouble de la personnalité dans le transsexualisme, qui apparaissent inopérantes devant ces résultats. Le transsexualisme demeure une énigme, mais il nous semble que les facteurs biologiques ne doivent pas être sous-estimés, ceux-ci apparaissant plus plausibles à la lumière de l'hypothèse retenue par notre étude. Tout se passe en effet comme si un « noyau » biologique, un « roc biologique » pour reprendre l'expression de FREUD, responsable de l'identité sexuée, était un facteur de stabilisation de la personnalité des patients, leur permettant d'affronter et de résister aux attaques et aux remises en cause de l'extérieur, qu'il s'agisse de la famille, de l'entourage amical et professionnel, ou de la société en général.

Enfin, d'une façon plus large, ces résultats nous interrogent sur les rapports entre troubles de l'identité et troubles de la personnalité. Le lien qui est fait habituellement entre ces deux notions n'est-il pas remis en cause ou réinterrogé par l'exemple du transsexualisme ?

## Bibliographie

1. ABRAHAM K. – Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux, in Œuvres complètes II, Payot, 1966.
2. ALBY J.M. – Contribution à l'étude du transsexualisme, Thèse de Médecine, Paris, 1956.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3<sup>rd</sup> edn. Washington, DC: APA, 1980.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3<sup>rd</sup> edn., Revised. Washington, DC: APA, 1987.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn. Washington, DC: APA, 1994.
6. BABINSKI S., REYES A. – Identity formation in adolescence: case study of gender identity disorder and treatment through an intermediate-care day hospital. *Psychiatric quarterly* 1994, 65(2): 121-133.
7. BENJAMIN H. – Transvestism and Transsexualism. *International Journal of Sexology*, 7, 1, 1953.
8. BERGERET J. – La dépression et les états limites. Payot, 1980.
9. BODLUND O., KULLGREN G., SUNDBOM E., HÖJERBACK T. - Personality traits and disorders among transsexuals. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993 : 88: 322-327.
10. BOURGEOIS M. – L'identité du transsexuel (les vicissitudes de l'établissement de l'identité sexuée). *Confrontations psychiatriques*, 1998, n°39 : 141-52.
11. BOURGEOIS M. – Troubles de l'identité sexuelle. Dysphorie de genre et transsexualisme. EMC, psychiatrie. 37299 D 20, 11-1988, 8p.
12. BOUVARD M. – Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité.
13. BRAUNSCHWEIG D. – Psychanalyse et réalité. *Revue française de psychanalyse* 1971, 5-6.
14. BRETON J. et al. – Le transsexualisme : étude nosographique et médico-légale. Paris, Masson, 1985.
15. CARR A., GOLDSTEIN E., HUNT H., KERNBERG O. – Psychological tests and borderline patients. *Journal of Personality Assessment*, 43, 582-590.
16. CHILAND C. – Nouveaux propos sur la construction de l'identité sexuée. *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2003 : 33 : 105-122.

17. CHILAND C. – L'identité sexuée. Revue française de psychanalyse 1999 : LXIII : 1251-1263.
18. CHILAND C. – Changer de sexe. Ed. Odile Jacob, 1997.
19. CHILAND C. - Le transsexualisme. Actualités Méd. Internat. Psy., 1998, n°209 : 3682-84.
20. CHILAND C. – Que penser du transsexualisme ? Evolution Psychiatrique, 1996, 61, n°1 : 45-53.
21. CLONINGER S. – La personnalité. Paris, Médecine-Sciences, Flammarion, 1996.
22. COHEN L., DE RUITER C., RINGELBERG H., COHEN-KETTENIS P.T. – Psychological functioning of Adolescent transsexuals : personality and psychopathology. Journal of clinical psychology 1997: 53(2):187-196.
23. CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES – Troubles de l'identité. Laboratoires Rhône-Poulenc ; 1998, n°39.
24. DAGOGNET F. – ABCDaire. M-editer.
25. DELAY J., PICHOT P. – Abrégé de Psychologie à l'usage de l'étudiant. Paris, Masson, 1962.
26. FAURE, OPPENHEIMER A. – Le choix du sexe. PUF, 1980.
27. FELINE A., GUELFY J-D., HARDY P. – Les troubles de la personnalité. Médecine-Sciences Flammarion.
28. FREUD S. – La vie sexuelle. PUF,1969.
29. FREUD S. – Métapsychologie. Gallimard, 1968.
30. FREUD S. – Névrose, psychose et perversion. PUF.
31. FREUD S. – Trois essais sur la théorie de la sexualité (1905). Ed. Gallimard 1962.
32. GALLARDA T. – Le syndrome de transsexualisme. Séminaire de psychiatrie biologique, hôpital Sainte-Anne, 2000-2001, tome 30 : 151-173.
33. GALLARDA T., COUSSINOUX S., CORDIER B., LUTON J-P., BOURDEL M-C., OLIE J-P., ALLILAIRE – Intérêt des tests de personnalité dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent. Discussion. Réponse de l'auteur. Annales médico-psychologiques 2001, 159(6) : 466-470.
34. GALLARDA T., AMADO I., COUSSINOUX S., POIRIER M-F., CORDIER B., OLIE J-P. – Le syndrome de transsexualisme : aspects cliniques et perspectives thérapeutiques. Encéphale, 1997, 23, n°5 : 321-26.

35. GALLARDA T., AMADO I., COUSSINOUX S., CORDIER B., OLIE J-P. – Le transsexualisme. Synthèse des laboratoires Organon. Servofax.
36. GREEN A. – Le genre neutre. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1973, 7 : 251-262.
37. HARALDSEN I.R., DAHL A.A. – Symptom profiles of gender dysphoric patients of transsexual type compared to patient with personality disorders and healthy adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000: 102: 276-281.
38. HOENIG J., RENNA J.C. – The nosological position of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 1974, 3(3), 273-287.
39. KERNBERG O. – *Borderline conditions and pathological narcissism*. New-York : Science House, 1975.
40. KREISLER L.- L'enfant et l'adolescent de sexe ambigu ou l'envers du mythe. *Bisexualité et différence des sexes*.
41. KREISLER L. – Les intersexuels avec ambiguïté génitale. *La psychiatrie de l'enfant*, 1970, 13, 1, 5-127.
42. KREISLER L. – Ce que les enfants de sexe ambigu ont apporté à la connaissance de l'identité sexuée. *Nervure*, 3, 9, 15-18.
43. LACAN J. – Quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Le séminaire XI, *Le Champ Freudien*.
44. LANDRIVON L., DELAHAYE F. – *La recherche clinique. De l'idée à la publication*. Masson.
45. LE VAY S. – *The sexual brain*. Cambridge, MIT Press, 1994.
46. LOTHSTEIN L.M. – Psychological testing with transsexuals : a 30-year review. *Journal of Personality Assessment*, 1984, 48, 500-507.
47. LUNDSTRÖM B. – *Gender dysphoria: a social-psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment*. Göteborg: University of Göteborg Press, 1981.
48. MATE-KOLE C., FRESCHI M. – Psychiatric aspects of sex reassignment surgery. *Br. J. Hosp. Med.* 1988: 39: 153-155.
49. MIACH P.P., BERAH E.F., BUTCHER J.N., ROUSE S. – Utility of the MMPI-2 in assessing gender dysphoric patients. *Journal of Personality Assessment* 2000: 75(2): 268-79.
50. MICHEL A., LEGROS J.J., CORNET J.P., ANSSEAU M., PITCHOT W., MORMONT C. – Comparisons of two groups of sex-change applicants based on the MMPI. *Psychological reports*, 2002, 91, 233-240.

51. MILLET L., BAUX R., MILLET B. – Dysphories de genre et/ou transsexualisme (à propos de 25 observations). *Annales Médico-Psychologiques*, 1996, 154, 7 : 437-447.
52. MILLOT C. – *Hors-sexe, essai sur le transsexualisme*. Point hors-ligne, 1983.
53. MUHS A., ORI C. – Concept of neurotic and personality disorders in ICD-10: results of the Research Criteria Study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1995, 63(2), 99-111.
54. MURRAY J.F. – Borderline manifestations in the Rorschachs of male transsexuals. *Journal of Personality Assessment*, 1985: 49(5): 454-66.
55. OPPENHEIMER A. – La psychanalyse à l'épreuve du transsexualisme. *Perspectives Psy*, 1997, 36, n°4 : 279-284.
56. OPPENHEIMER A. – Le désir de changement de sexe : un défi pour la psychanalyse ? *PSA. Univ.*, 1992, 17, n°66 : 117-134.
57. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE – *Glossaire et guide de concordance avec la Neuvième Révision de la Classification Internationale des Maladies*, Genève, OMS, 1979.
58. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE – *Classification Internationale des troubles mentaux, 10<sup>ème</sup> Révision (ICD-10/CIM-10), Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic*, Paris, Masson, 1993.
59. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE – *Classification Internationale des troubles mentaux, 10<sup>ème</sup> Révision (ICD-10/CIM-10), Critères Diagnostiques pour la Recherche*, Paris, Masson, 1994.
60. POTAMIANOU A. – Réflexions sur le transsexualisme féminin. *Revue Française de Psychanalyse « Bisexualité »* 5-6.
61. ROGERS L. – *Sexing the brain*. New York, Columbia University Press, 1999.
62. SOLMS M., TURNBULL O. – Les influences génétiques et les influences environnementales sur le développement mental. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2003: 33: 79-102.
63. SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W., GIBBON M., FIRST M.B. - The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I. History, rationale and description. *Archives of General Psychiatry* 1992: 49: 624-629.
64. SPRINGER S.P., DEUTSCH G. – *Left brain, right brain: perspectives from cognitive neuroscience*. New York, W.H. Freeman, 1998.
65. STOLLER R. – Un examen du concept freudien de bisexualité. *Faits et hypothèses*. Trad. Monod. 135-153.
66. STOLLER R. – *Recherche sur l'identité sexuelle*. Gallimard, 1978.



67. STOLLER R. – Masculin ou féminin ? PUF, 1989.
68. VAN KESTEREN P.J., GOOREN L.J., MEGENS J.A. – An epidemiological and demographic study of transsexuals in The Netherlands. Arch. Sex Behav. 1996 ; 25 (6): 589-600.
69. WALINDER J., THUWE I. – Social psychiatric follow-up study of 23 sex-reassigned transsexuals. Am. J. Psychiatry 1975 : 144: 748-752.
70. WIDIGER T. – Psychological tests and the borderline diagnosis. Journal of Personality Assessment, 46, 227-238.
71. WEITZE W., OSBURG S. – Transsexualism in Germany : empirical data on epidemiology and application of the transsexual act during its first 10 years. Arch. Sex Behav. 1996 ; 25 : 409-425.
72. WINNICOTT D.W. – La théorie de la relation parent-nourrisson. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.

**NOM : GAUDEAU**

**PRENOM : Vincent**

**Titre de la thèse :**

**Transsexualisme et personnalité : étude à propos de 14 cas ayant fait l'objet d'une évaluation structurée.**

---

## **RESUME**

**Le transsexualisme est caractérisé par une conviction permanente d'appartenir au sexe opposé, amenant à une demande de réassignation hormono-chirurgicale de sexe. C'est une affection rare, plus fréquente chez l'homme. Les hypothèses divergent quant à la personnalité du transsexuel : la plupart des psychanalystes postulent un trouble grave de la personnalité, alors que l'hypothèse de R. STOLLER et les hypothèses biologiques sont en faveur de l'absence de perturbation particulière de celle-ci. Diverses études explorant la personnalité chez des populations de transsexuels au moyen d'outils quantitatifs et projectifs montrent également des résultats divergents.**

**Nous avons exploré la personnalité de 14 transsexuels au moyen du MMPI-2 et du SCID-II, outils standardisés d'évaluation de la personnalité. Il apparaît que cette population ne semble pas avoir une fréquence et une intensité de troubles de la personnalité supérieure à la population générale. Ce résultat et ses implications étiopathogéniques et thérapeutiques sont discutés.**

---

## **MOTS-CLES :**

**Transsexualisme - Personnalité - Genre - Trouble de l'identité - Identité sexuée - Sexe cérébral - SCID-II - MMPI-2 - Réassignation de sexe**

