

# LE TRANSSEXUALISME, PROPOSITION D'UN PROTOCOLE MALGRE QUELQUES DIVERGENCES

---

CORDIER B., CHILAND C., GALLARDA T., (2001), *Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences*, in *Ann. Méd. Psychol.*, n°159, pp. 190-195.

*Bernard Cordier: Hopital Foch. service de psychiatrie, 40, rue Worth, BP 36, 92151 Suresnes cedex, France;*

*Colette Chiland: 31, rue Censier, 75005 Paris, France;*

*Thierry Gallarda: SHU. centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France.*

**Résumé** — Le transsexualisme demeure une énigme. Est-il lié à l'offre d'une transformation hormonale et chirurgicale? Est-il une véritable entité nosographique? Les avis divergent. les médias s'en mêlent, ce qui est certainement néfaste pour les transsexuels eux-mêmes. Dans la mesure où les autorités concernées autorisent cette transformation et accordent le changement d'état civil, la prise en charge médicale des candidats au changement de sexe doit être cohérente et adaptée. Il est donc proposé un protocole d'évaluation pluridisciplinaire de toute demande de réassignation, comprenant une évaluation psychiatrique, une aide médico-sociale, un bilan psychologique, un bilan endocrinologique et un bilan chirurgical, avant toute décision à caractère irréversible.

© 2001 Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

dysphorie de genre / réassignation / transformation hormono-chirurgicale / transsexualisme

**Summary** — Transsexualism, proposition of a protocol. Transsexualism remains an enigma. Is it related to the offer of a hormonal and surgical reassignment? Is it a true nosographical entity? There is a divergence of opinions, and also an intervention of the media which is certainly noxious for the transsexuals themselves. As far as the intervention is considered as legal by the relevant authorities and a change of civil status is granted, the medical treatment should be coherent and appropriate. A protocol of multidisciplinary evaluation of every request for a sex reassignment is proposed, including a psychiatric evaluation, a medico-social help, a psychological assessment, an endocrinological assessment and a surgical examination, before taking any irreversible decision.

© 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.

gender dysphoria / hormonal and surgical sex reassignment / transsexualism

Nous avons souhaité présenter cette communication devant la Société médico-psychologique et à Toulouse pour qu'elle prolonge une histoire. Depuis 1877, la Société médico-psychologique a manifesté de l'intérêt pour les troubles de l'identité de genre. Il y a eu plus d'une quinzaine de communications sur ce sujet. Citons Marandon de Montyel (1877), Gardien-Jourdeuil (1948), Martin (1967), Carrère (1968), Léger (1968), Duhois (1969), Biéder (1974), Bourgeois (1978, 1980, 1983), Pringuey (1978), Moron (1980), Scherrer (1980, 1985), Misès (1980), Millet (1996)... Par ailleurs, c'est depuis la décision du Tribunal de Grande Instance de Toulouse de 1976, fondée sur une expertise réalisée par P. Moron[13], que la jurisprudence de première instance a commencé à s'inverser en accordant le changement d'état civil à des transsexuels. On sait que, par la suite, peu après la condamnation de la France par la Commission européenne des Droits de l'Homme, la position de notre Cour de cassation s'est également inversée. Le 11 décembre 1992, elle a rendu deux arrêts solennels en faveur d'une modification de l'état civil.

## DIVERGENCES AUTOUR DU TRANSSEXUALISME

Délire partiel pour Delay[8], défense contre l'homosexualité pour certains psychanalystes, perversion pour d'autres, psychose blanche pour Gorceix[11], psychose pour l'école lacanienne[7], trouble de l'identité de genre pour Stoller[15], dysphorie de genre pour Fisk[9], entité autonome de la nosographie psychiatrique pour Breton[2], pathologie iatrogène pour Scherrer[14], etc. À l'évidence, la présumée entité du syndrome transsexuel et le compromis de la transformation hormono-chirurgicale (THC) sont loin de faire l'unanimité parmi les psychiatres, parmi les spécialistes de la question et même parmi les auteurs de cette communication.

Ainsi, l'une d'entre nous, Colette Chiland[3, 4], rappelant que nous ne savons pas grand-chose des personnes qui refusaient leur sexe dans le passé de notre culture, considère que ce qu'on a nommé «transsexualisme» depuis 1953 comporte une demande d'hormones et de chirurgie. À propos de la THC, elle continue de penser que c'est une réponse «folle» faite à une demande «folle», un palliatif qui n'est pas un traitement curatif même s'il permet à certains patients de souffrir moins. Pour elle, notre culture donne le primat à la biologie et au corps sur la symbolique et elle enferme ainsi les transsexuels dans la contradiction suivante: alors qu'ils affirment que seul le sexe de l'âme importe pour définir leur identité, ils ne peuvent pas se passer d'une marque corporelle pour attester leur néo-appartenance. Il faut continuer de chercher à améliorer notre abord psychothérapeutique pour parvenir à «changer ce qu'il y a dans la tête» selon le mot de patients qui constatent les limites de la réassignation hormono-chirurgicale du sexe qui ne fait pas d'eux des hommes ou des femmes à part entière.

Parallèlement, on a assisté à une médiatisation souvent racoleuse sur la question, source d'inspiration pour une littérature purement anecdotique. La notion de transsexualisme est source de malentendus et de contre-sens dans l'opinion publique, ce qui est certainement néfaste pour les patients eux-mêmes. Confrontés au mystère qui entoure l'étiopathogénie et la psychopathologie du transsexualisme, des psychiatres, des chirurgiens et d'autres praticiens se sont laissés contaminer en adoptant des positions passionnelles ou en se permettant des prescriptions ou des interventions qui ne respectent pas notre code de déontologie. Ainsi, lorsqu'ils ne sont pas tout simplement rejetés, des transsexuels font l'objet d'un activisme à l'origine de décisions dont on perçoit mal le but thérapeutique.

Pour toutes ces raisons, à l'instar des *guidelines* américains et comme l'a suggéré M. Bourgeois depuis une quinzaine d'années, une équipe pluridisciplinaire de spécialistes ayant

acquis une réelle expérience dans la prise en charge de ce type de patients a établi un protocole d'évaluation pour toute demande de THC.

## **PROTOCOLE**

Etabli autour d'une pratique initiée il y a plus de vingt ans par un psychiatre (J. Breton)[\[2bis\]](#), un endocrinologue (J.-P. Luton)[\[12\]](#) et un chirurgien (P. Banzet)[\[1\]](#), ce protocole guide l'évaluation d'une demande de THC, il suggère les bilans à pratiquer et recommande une pratique collégiale. Il n'a aucune base légale et il n'est pas définitif. Il semble reconnu par la Sécurité sociale, le Conseil de l'Ordre des médecins et des tribunaux, il est soumis au «candidat transsexuel» par le premier membre de l'équipe qu'il consulte. Ce premier contact, d'une grande importance, permet de préciser d'emblée les conditions et la finalité de cette évaluation. Le patient est averti qu'il s'agit avant tout d'une démarche diagnostique, médicale et psychologique, qui consistera à préciser les caractéristiques de la dysphorie de genre, la nature de celle-ci et ses éventuelles conséquences psychosociales. Il est également averti que, durant cette période d'observation d'au moins deux années, il ne sera prise aucune décision thérapeutique susceptible d'avoir des conséquences irréversibles. Sont donc proscrites, jusqu'au terme de cette période, les prescriptions d'oestrogènes chez les hommes, de testostérone chez les femmes, et toute intervention chirurgicale destinée à modifier les caractères sexuels du sexe biologique d'appartenance (par exemple: mammoplastie, modifications de l'architecture faciale...). Si, à l'issue de cette évaluation, il est établi que le patient présente un syndrome transsexuel primaire générant une souffrance psychique chronique et entraînant un retentissement socioprofessionnel et affectif majeur et que la THC apparaît comme la solution thérapeutique la plus adaptée, après l'échec d'autres moyens thérapeutiques, en particulier psychothérapeutiques, l'équipe pluridisciplinaire s'engage à en faciliter sa réalisation et à proposer un suivi et un accompagnement dans les meilleures conditions possibles. Indépendamment de ces critères diagnostiques, la THC n'est pas applicable à un patient marié (au moment de l'évaluation) ou parent d'un ou plusieurs enfants mineurs. Ces transsexualismes d'installation tardive, parfois après plusieurs années de vie conjugale, entrent dans le cadre de transsexualismes dits «secondaires». Ce protocole n'a aucune base légale et n'est pas définitif, mais susceptible de révisions. Il ne repose actuellement que sur l'expérience des praticiens qui l'ont établi, mais il semble reconnu par la Sécurité Sociale et les tribunaux.

### **Evaluation psychiatrique**

Pour certains, elle devrait se limiter à la recherche d'éventuelles anomalies mentales pouvant contre-indiquer la THC: transvestisme fétichiste, schizophrénie avec idées délirantes de thématique de métamorphose sexuelle, psychopathie avec demande de traitements hormonaux féminisants à visée utilitaire (prostitution). Dans l'esprit du protocole, l'objectif est d'établir un diagnostic positif de trouble de l'identité de genre. Cette évaluation consiste en des entretiens réguliers au cours desquels est effectué, de façon traditionnelle, un examen psychiatrique complet. La psychobiographie doit être minutieusement reconstituée et, dans la mesure du possible, précisée et nuancée par l'entourage, en particulier par les parents. La rencontre avec les familles apporte des informations précieuses, parfois méconnues du patient lui-même, et peut contribuer au diagnostic et à la recherche étiopathogénique. Certains patients peuvent s'opposer à cette rencontre. De même, certaines familles refusent formellement de «cautionner» cette prise en charge spécialisée en rencontrant l'équipe médicale. L'existence d'une compréhension de la procédure de réassignation et d'un soutien par la famille améliore le pronostic ultérieur. Nombreux sont les patients tentés par l'auto-administration d'hormones

disponibles dans des «marchés parallèles», parfois auprès de médecins inexpérimentés ou complaisants. De tels patients doivent être informés que, s'ils suivent une hormonothérapie «parallèle», les effets de celle-ci sur leur psychisme rendront moins fiable cette évaluation psychiatrique. Elle devra être interrompue pour permettre le bilan endocrinologique. Elle les expose en outre à des effets physiques irréversibles. Cette évaluation n'est pas une prise en charge à visée psychothérapique et une telle démarche, de préférence tout à fait indépendante de l'évaluation, est vivement recommandée, le psychothérapeute restant en dehors de la décision de réassignation.

## **Aide médico-sociale**

### ***Prise en charge à 100%***

Il est admis par la plupart des Caisses d'assurance maladie que le syndrome de trouble de l'identité de genre constitue une affection de longue durée au titre des troubles graves de la personnalité. Cette assimilation nous paraît, dans certaines situations, inappropriée. Des patients présentant les critères diagnostiques de trouble de l'identité de genre et demandeurs d'une THC apparaissent en effet indemnes de tout désordre grave de la personnalité selon les définitions actuelles.

### ***Real-life test***

Afin de favoriser cette indispensable expérience de réalité que constitue l'adoption de l'apparence de l'autre sexe, il peut être délivré un certificat attestant que «le sujet se présente sous une apparence féminine (ou masculine) pour des raisons exclusivement médicales». Nous considérons, comme les spécialistes américains, que cette épreuve ne doit pas se limiter à un travestissement occasionnel et qu'elle est une condition préalable à toute décision de transformation.

### ***Bilan psychologique***

Réalisé par des psychologues cliniciens ayant acquis une expérience dans ce domaine[6], il comporte des tests de niveau (Binoit-Pichot) et des tests de personnalité (Rorschach et MMPI). Il contribue à la pluridisciplinarité de l'approche clinique. Les tests permettent de repérer ou confirmer des troubles de la personnalité qui sont parfois masqués par une cristallisation autour de la dysphorie de genre. Ils apportent également des éléments d'appréciation du risque de décompensation, en particulier psychotique ou de passage à l'acte suicidaire. Au MMPI, il est établi de façon empirique un profil masculin et un profil féminin pour chaque sujet. Ils sont comparés pour l'indice d'anxiété (IA) et l'échelle de masculinité-féminité (MF). La répétition de ces tests peut être justifiée, durant les deux années minimales requises pour l'évaluation de l'indication de THC, en fonction de l'évolution clinique.

### ***Bilan endocrinologique***

Il est une étape diagnostique et pronostique essentielle pour le patient tout en contribuant à une recherche biologique de large spectre sur le trouble dont il souffre. Nous ne détaillerons pas ici la liste (évolutive) des examens pratiqués. Ils ont un triple objectif dans l'esprit du protocole d'évaluation:

- – la recherche clinique et biologique d'une affection susceptible d'entraîner ou de favoriser un trouble de l'identité de genre. Selon le DSM-IV, le trouble de l'identité de

genre n'est pas concomitant d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite. Ce bilan est donc le plus souvent «normal» et confirme l'intégrité du système hormonal;

- – l'examen clinique détaillé permet d'évaluer les caractères sexuels secondaires et des organes génitaux externes avant leurs éventuelles modifications ultérieures;
- – la recherche d'affections ou anomalies qui pourraient contre-indiquer un éventuel traitement hormonal ultérieur (adénome hypophysaire, AVC, diabète non équilibré, HTA sévère...), sachant, qu'après castration, ce traitement sera indispensable et définitif[12bis].

### ***Bilan chirurgical***

Comme le précédent, il comporte un examen clinique permettant de constater l'état des organes sexuels, de rechercher des anomalies physiques susceptibles de gêner une éventuelle intervention ultérieure (obésité majeure par exemple) et d'éliminer une contre-indication opératoire (troubles de l'hémostase, décompensation d'une séropositivité...). Il permet aussi au chirurgien de délivrer une information éclairée au patient, souvent mal renseigné, et d'évaluer, de son point de vue, les motivations de la demande de celui-ci[1bis].

### ***Réunion collégiale***

Fonctionnant comme «une commission», sans en avoir le statut officiel, cette réunion pluridisciplinaire est une instance décisionnelle. À chaque séance sont présentés plusieurs cas qui ont fait l'objet de deux années d'évaluation et de suivi psychiatrique (y compris psychométrique) et ont bénéficié d'un bilan endocrinien et chirurgical diagnostique. À la lumière de toutes les informations recueillies, la «commission» choisit la démarche thérapeutique la plus adaptée: soit les critères diagnostiques d'un syndrome transsexuel primaire ne sont pas réunis ou ses conséquences psychosociales sont modérées et la THC demandée n'est pas acceptée; soit le diagnostic est porté, le trouble a des conséquences majeures, il n'y a pas de contre-indication d'ordre psychiatrique, endocrinologique ou chirurgicale, et l'indication thérapeutique d'une THC est retenue. Cette décision doit être prise à l'unanimité. Quelle que soit cette décision, la poursuite du suivi psychiatrique et / ou psychothérapique est, dans la plupart des cas, justifiée. Elle peut être assurée par les médecins psychiatres membres de la commission, ou d'autres praticiens, selon le souhait des patients.

Si la THC a été décidée, un certificat médical attestant le diagnostic et l'indication thérapeutique, co-signé par le psychiatre, l'endocrinologue et le(s) chirurgien(s) concernés, est adressé au médecin conseil national de la Sécurité sociale en vue d'obtenir une entente préalable pour la prise en charge de l'intervention chirurgicale. Le même certificat, mentionnant seulement les initiales du patient, est adressé, pour information, au Conseil national de l'ordre des médecins.

Dès que la décision de THC a été prise, le traitement hormonal peut être initié. Il comporte deux phases: la première prévoit un traitement anti-hormonal, anti-androgénique chez l'homme et progestatif puissant bloquant la stimulation ovarienne chez la femme. Les effets de ces deux traitements sont réversibles. La deuxième phase comporte une oestrogénothérapie chez l'homme et la prescription de testostérone chez la femme. Ces prescriptions ont des effets irréversibles ou partiellement réversibles. La décision de les prescrire doit être considérée comme aussi grave que celle d'opérer. Elle doit reposer sur des critères

diagnostiques tout aussi rigoureux et répondre à une véritable indication thérapeutique afin d'éviter les dérives trop souvent observées.

Quant aux interventions chirurgicales chez l'homme, il s'agit d'une castration bilatérale (ablation des testicules, des corps caverneux et spongieux) suivie de la création d'un néo-vagin tapissé par la peau pénienne retournée en doigt de gant et de grandes lèvres à partir du scrotum. Il est réalisé un néo-clitoris grâce à un lambeau en îlot neurovasculaire taillé au niveau du gland et une urétrostomie périnéale. Chez la femme, il s'agit d'une mammectomie et d'une hystéro-ovariectomie non conservatrice. Elle est éventuellement complétée par une phalloplastie. Quelle que soit la méthode de cette dernière, les résultats sont plus satisfaisants sur le plan morphologique que sur le plan fonctionnel; il est à noter qu'elle n'est pas exigée pour obtenir le changement d'état civil.

## SUGGESTIONS

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

Par ailleurs, l'expérience montre que la qualification s'avère essentielle et nous préconisons la spécialisation de quelques équipes pluridisciplinaires appartenant au service public hospitalier. Selon le modèle qui régit l'assistance médicale à la procréation, des centres spécialisés, dont la compétence serait reconnue sur un plan national, seraient les seuls habilités à décider et pratiquer la THC d'une personne souffrant de troubles de l'identité de genre. Afin d'harmoniser ces décisions avec celles des tribunaux, nous suggérons aussi la création, à l'échelon régional, d'une instance médico-judiciaire à laquelle chaque cas serait soumis.

Nous concluons sur la position de deux d'entre nous, B. Cordier[5] et T. Gallarda[10] (membres de ladite commission), qui prend en considération les résultats favorables observés avec un recul de vingt ans sur plus de 200 transsexuels ayant subi la THC. Celle-ci a été réalisée sur des critères d'indication dont la validation a été ainsi renforcée. Le transsexualisme primaire est pour ces deux auteurs, un état pathologique dont la description, par son invariabilité, rejoint celle d'une véritable entité nosographique. Ils considèrent que la THC réalise malgré tout la solution thérapeutique actuellement la plus appropriée à cet état, car elle soulage incontestablement la détresse psychologique et sociale qu'il induit.

## DISCUSSION

*Pr Bourgeois* – Félicitations à Bernard Cordier pour ce protocole. Je le trouve assez strict, donc probablement très sélectif. Je n'aime pas ces termes d'indication ou de contre-indication. Ce n'est pas un traitement proprement dit, mais une intervention de convenance, pour faciliter l'adaptation et la satisfaction. Combien d'interventions réalisées sur cette cohorte de 400 (et même 700) personnes? Rappelons que selon Stoller les transsexualismes féminins sont

toujours secondaires. Quant au transsexualisme masculin primaire type Stoller, il me semble très rare. Enfin, il s'agit presque toujours d'une conviction passionnelle qui échappe le plus souvent à tout protocole.

**Pr Schmitt** – Ma question concerne les patients qui ont les possibilités matérielles de se faire opérer hors de France. En fait, dans différents pays européens, des chirurgiens opèrent des transsexuels, y compris, comme dans un cas suivi actuellement, s'ils sont porteurs d'une sclérose en plaques.

**Dr Gellman** – Nous nous permettons de demander au Dr Cordier des précisions sur le protocole thérapeutique et en particulier si les antipsychotiques de troisième génération ont été tentés chez les patients demandeurs de changement de sexe.

Nous avons remarqué une diminution importante de la pression exercée par les patients si un traitement neuroleptique classique était prescrit (Haldol ou Solian).

Par ailleurs, les deux ans de suivi nous paraissent très limités dans la mesure où des patients suivis au long cours formulent des demandes contradictoires (être homme, puis être femme, rester homme...).

Nous avons décrit ce syndrome sous le nom de «complexe de Tirésias» en référence au dieu grec qui, né homme, fut transformé en femme par Vénus durant sept ans et redevint homme, toujours sous l'influence de Vénus.

**Pr Moron** – Je tiens à remercier le Dr Cordier d'avoir bien voulu rappeler qu'en juin 1976, en remplacement du Pr Alby qui s'était récusé, j'avais été nommé expert avec les Prs Aboulker, neuro-urologue, et Bricaire, endocrinologue, dans une affaire de transsexualisme.

Ce fut la première expertise ayant entraîné «un mouvement de la jurisprudence» en accordant le changement de sexe à une femme demandant une rectification d'état civil la concernant car, dans les suites d'un traumatisme crânien, était apparu un virilisme (reconnu comme tel par mon propre Patron et pensionné ainsi à 25%). Il s'agissait en fait d'un problème clinique déclenché par le traitement androgénique pratiqué par le médecin généraliste traitant de cette femme (100 mg d'androstéryl intramusculaire toutes les trois semaines). Notre confrère était en réalité tout à fait au courant que sa patiente, dès son plus jeune âge, avait manifesté le désir d'être un homme; et il m'a d'ailleurs fait part spontanément de la finalité de son traitement, qualifié pudiquement d'anti-asthénique.

J'ai alors été amené à rédiger plusieurs expertises accordant un changement de sexe chez des personnes dont beaucoup déjà opérés (au Maroc ou ailleurs). C'est dans ces conditions et motivé par les souhaits de suicide formulés par nombre de ces sujets n'acceptant pas le rejet socio-professionnel de les reconnaître dans le sexe «qui était le leur» que j'ai présenté ces données en mars 1980 à la Société médico-psychologique. J'insistais dans ma présentation sur les précautions à prendre avant toute conclusion expertale sur la manière (en particulier sur la nécessité de trois années de suivi psychiatrique régulier et strict afin de s'assurer de l'absence de toute affection psychiatrique sous-jacente et de la non-évolutivité du cas).

L'accueil de mon propos fut très frais, spécialement de la part de collègues à orientation psychanalytique, mais aussi des «psychiatres classiques» de notre Société: le Pr Scherrer évoquait ainsi à mon sujet une homosexualité inconsciente, un propos délirant, voire pensait



que je faisais de la littérature... Si je ne m'opposais pas aux premières formulations, je me refusais en revanche à admettre la troisième, affirmant qu'il s'agissait de ma part d'une réflexion approfondie à partir de cas cliniques que je croyais avoir au mieux étudiés et dont tôt ou tard, à mon avis, la loi apporterait une réponse à la souffrance;

La très intéressante communication du Dr Cordier a illustré tout à fait l'évolution des idées dans ce domaine, relevant maintenant de véritables approches scientifiques confortant l'évolution législative en matière de transsexualisme.

**Dr Veyrat** – Pour ne pas allonger la séance, je ne parlerai pas ici ni du film Switch («Dans la peau d'une blonde»), ni du film «Ma vie en bleu» qui abordent tous deux le sujet de l'«erreur» de sexuation, mais je voudrais seulement poser une question à l'orateur: il a dit qu'en France, les interventions étaient légalement possibles et qu'il n'était plus besoin d'aller comme avant au Maroc ou ailleurs pour ce faire, mais je me rappelle avoir entendu le chirurgien-urologue Leriche déclarer, au cours d'une réunion de l'AIHUS à Lyon, qu'il allait cesser de faire ces interventions, car tombant sous le coup de la loi française sur les «mutilations volontaires»... Qu'en est-il?

**Réponse du Rapporteur – au Pr Bourgeois** – Nous parlons d'«indication» en nous référant au texte de l'arrêt de la Cour de cassation, inspiré par des spécialistes aussi éminents que J. Breton, qui évoque «les traitements à visée thérapeutique», pléonasme volontaire pour souligner que des traitements pourraient ne pas avoir d'indication thérapeutique.

Nous rencontrons environ 25% de syndromes transsexuels primaires, proportion plus importante que celle de Stoller, mais il faut préciser que le sex-ratio de notre recrutement s'est inversé avec une majorité de demandes émanant de femmes.

Dans notre série, nous avons fait opérer environ 25% des candidats transsexuels.

Enfin, ceux pour lesquels nous n'avons pas accepté de procéder à la transformation ne sont pas exclus du protocole, nous les revoyons et il n'y a pas de «refus définitifs», notre position pouvant évoluer en fonction des découvertes.

– **au Dr Gellman** – Les neuroleptiques classiques ont été prescrit et de nombreux travaux ont montré leur inefficacité. Les nouveaux antipsychotiques n'ont pas été essayés et, compte tenu de leur meilleure tolérance, nous pourrions les essayer dans certaines indications pour tenter d'atténuer la conviction douloureuse du patient. Vous trouvez que deux ans, c'est court, mais le plus souvent ils ont déjà été suivis depuis plusieurs années avant de nous solliciter et cette perspective de deux ans d'évaluation leur paraît très longue.

– **au Pr Schmitt** – Tout patient est libre de se faire opérer à l'étranger et il n'est pas exclu du protocole d'évaluation si, à l'issue de celle-ci, l'indication a été portée. Certains ont demandé alors une prise en charge par la Sécurité Sociale mais il leur a été répondu que l'intervention était réalisable en France.

– **au Dr Veyrat** – Le Pr Leriche, chirurgien, a déclaré qu'il craignait d'être poursuivi pour «mutilation» avant l'arrêt de cassation de 1992, mais l'éventualité d'une telle poursuite est toujours plausible si l'intervention est pratiquée sans «visée thérapeutique» solidement étayée.



# RÉFÉRENCES

- [1] Banzet P, Revol M. *L'expérience chirurgicale*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1996; 180: 1395-402.
- [1bis] Banzet P, Revol M. *L'expérience chirurgicale*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1996; 180: 1395-402.
- [2] Breton J, Cordier B. *Aspects psychiatriques du transsexualisme. Discussion*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1996; 180: 1389-94.
- [2bis] Breton J, Cordier B. *Aspects psychiatriques du transsexualisme. Discussion*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1996; 180: 1389-94.
- [3] Chiland C. *Changer de sexe*. Paris: Odile Jacob; 1997.
- [4] Chiland C, Cordier B. *Transsexualisme*. EMC 2000; 37-299-D-20; 1-11.
- [5] Cordier B, Breton J. *Le transsexualisme*. 42° Congrès international de langue française de médecine légale et de médecine sociale. Lille, 1998, sept.
- [6] Coussinoux S, Amado I, Gallarda T, Cordier B, Bremont C, Luton JP, et al. *Aspects neuropsychologiques du transsexualisme: résultats d'une étude préliminaire*. L'Encéphale 1998; 21: 20-1.
- [7] Czermak M, Frignet H. *Sur l'identité sexuelle: à propos du transsexualisme*. Paris: Association Freudienne Internationale; 1996.
- [8] Delay J, Deniker P, Lempérière Th, Benoit JC. *Histoire d'un travesti: l'éonisme*. L'Encéphale 1956; 43: 385-98.
- [9] Fisk NM. *Gender Dysphoria Syndrome (The how, what, and why of a disease)*. In: Gandy P, Laub D, Eds. Proceedings of the Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome. Stanford: Stanford University Press; 1973. p. 7-14.
- [10] Gallarda T, Amado I, Coussinoux S, et al. *Le syndrome de transsexualisme: aspects cliniques et perspectives thérapeutiques*. L'Encéphale 1997; 23: 331-6.
- [11] Gorceix A. *En-deçà et au-delà de la psychose*. Actualités Psychiatriques 1979; 8: 24.
- [12] Luton JP, Bremont C. *La place de l'endocrinologie dans la prise en charge du transsexualisme*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1996; 180: 1403-7.
- [12bis] Luton JP, Bremont C. *La place de l'endocrinologie dans la prise en charge du transsexualisme*. Bulletin de l'Académie nationale de médecine 1996; 180: 1403-7.
- [13] Moron P, et al. *L'expertise mentale en matière de demande de changement de sexe par des transsexuels*. Méd Lég Toxicol 1980; 23: 789-93.
- [14] Scherrer P. *A propos du transsexualisme et de sa thérapeutique éventuelle*. Ann Méd Psychol 1980; 138: 453-61.
- [15] Stoller RJ. *Sex and Gender*, vol. 1. New York: Science House; 1968. *Recherches sur l'identité sexuelle* (trad. fr. M. Novodorsqui). Paris: Gallimard; 1978.