

DEVENIR DES TRANSSEXUELS OPÉRÉS

M.BONIERBALE ⁽¹⁾, A.MICHEL ⁽²⁾, C.LANÇON ⁽³⁾.

Résumé :

L'objet de cette étude est d'évaluer, au travers de la littérature scientifique internationale, le devenir des transsexuels opérés et les conséquences du traitement hormono-chirurgical (THC).

Les transsexuels se disent satisfaits de leur transformation dans plus de trois quarts des cas et, en définitive, très peu regrettent la transformation (1% des FM et de 1 à 1,5% des MF) (65).

Il apparaît assez clairement que le THC engendre des effets largement plus positifs que ceux que préoyaient jadis les médecins et, plus encore, les psychologues. Sur cette base, et dans la mesure où la prise en charge peut être assumée de façon correcte, les facteurs de vulnérabilités psychologiques étant pris en compte - de la phase diagnostique à la phase post-opératoire - il ne semble pas qu'il y ait des raisons empiriques de refuser la demande de changement de sexe (les critères diagnostics étant respectés, aucune contre-indication ne peut lui être opposée).

Des recherches sur les « profils à risque psychologique » sont à promouvoir pour mieux apprécier les facteurs d'adaptabilité ultérieure et mettre en place des mesures préventives au moment de l'inclusion dans le THC.

Mots-clés : dysphorie de genre, transsexualisme, conversion sexuelle, devenir, satisfaction, regret.

¹ Psychiatre; Praticien Hospitalier Coordonnateur de l'Unité Fonctionnelle de prise en charge des troubles de l'identité de genre. Service du Professeur C Lançon, CHU Ste Marguerite, 13274 Marseille cedex 9.

² Unité fonctionnelle de prise en charge des troubles de l'identité de genre, service du Pr. C Lançon, CHU Ste Marguerite, 13274 Marseille cedex 9. Psychologue Référente Docteur en Sciences Psychologiques, Maître de Conférence Université Montpellier III.

³ Unité fonctionnelle de prise en charge des troubles de l'identité de genre. Service du Dr C Lançon, Professeur des Universités Chef de service de psychiatrie CHU Ste Marguerite, 13274 Marseille cedex 9.

Introduction

Le transsexualisme est une manifestation qui frappe un individu, génétiquement et biologiquement normal, (dans l'état actuel des connaissances), et dont la manifestation principale est de se penser irrésistiblement de l'autre sexe. La « reconnaissance » de plus en plus étendue de ce syndrome conforte la personne transsexuelle à obtenir l'aide de la médecine et de la justice pour mettre en adéquation son sexe anatomique et son statut civil avec son intime conviction.

L'identité de genre est le sentiment d'appartenir à une classe d'individus identiques à soi et reconnus du même sexe. C'est Norman Fisk qui a introduit le concept de *dysphorie de genre* en 1973, terme moderne qui s'applique au syndrome du transsexualisme en mettant en lumière qu'il s'agit plus d'un malaise du « genre » que du « sexe ».

La plainte qu'exprime le transsexuel est une demande lancinante de transformation hormono-chirurgicale de son corps, par un processus de conversion, vers son sexe psychologique. Cette conviction inébranlable ne s'accompagne d'aucune remise en question et le psychiatre n'est consulté que dans la mesure où, acteur de l'évaluation diagnostique initiale dans les protocoles de traitement hormono-chirurgical du transsexualisme (THC), il est perçu comme l'étape à franchir pour y accéder. Ceci rend une approche psychothérapique particulièrement malaisée et aléatoire dans la mesure où il n'y a pas de demande de travail personnel sur un phénomène, qualifié et ressenti comme « une évidence et une erreur de la nature ».

L'évolution des idées et des pratiques de prise en charge médicalisées internationales, ainsi que celles des procédures juridiques de changement de l'état civil, ont amené à une sorte de banalisation du THC de ce syndrome. Les critères d'inclusion dans le THC sont issus d'un protocole de l'HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association) dont les variations internationales viennent des positions d'équipes ou même de pays. Pour l'essentiel elles reprennent les principaux critères du CIM 10 et du DSM IV⁴ : demande stable de THC, avec sentiment d'identité psychologique et d'appartenance à l'autre sexe, depuis plus de 2 ans. Demande qui n'est pas le symptôme d'un autre trouble mental, n'est pas associé à une autre anomalie sexuelle génétique ou chromosomique, et s'accompagne de détresse personnelle.

Au-delà de la banalisation de la prise en charge par un THC, étayée sur l'hypothèse d'un mieux être après réorientation sexuelle, persiste l'absence de théorie étiologique du trouble de l'identité de genre. S'affrontent les lectures psychanalytiques, phénoménologiques, voire génétiques de ce syndrome, sans que cela ne débouche sans que cela ne débouche, à l'heure

⁴ CIM 10 : Transsexualisme : Il s'agit d'un désir de vivre et d'être accepté en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe désiré.

Directives pour le diagnostic: L'identité de type transsexuelle doit avoir été présente d'une manière persistante pendant au moins deux ans, ne pas être un symptôme d'un autre trouble mental tel que la schizophrénie, et ne pas être associée à une autre l'heure d'aujourd'hui sur un autre éclairage thérapeutique pour apaiser la souffrance manifeste des « vrais⁴ » anomalie sexuelle génétique ou chromosomique

DSM IV : Troubles de l'identité sexuelle

Quatre critères:

A: Identification intense et persistante à l'autre sexe

B: Sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle (gender rôle) correspondante

C: L'affection n'est pas concomitante d'une affection responsable d'un phénotype hermaphrodite

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

d'aujourd'hui, sur un autre éclairage thérapeutique pour apaiser la souffrance manifeste des « vrais⁵ » transsexuels.

Afin de présenter les mesures de prudence et l'évaluation à mettre en place face à cette demande, il nous est apparu indispensable de faire une synthèse des données de la littérature sur le devenir des transsexuels opérés.

- **Analyse de la littérature sur les études de suivi.**

Évolution des populations et des critères d'évaluation

La variation des critères diagnostiques et des idéologies médicales et/ ou psychologiques qui sont à l'origine des publications de ces 40 dernières années, constitue une des difficultés non négligeable de l'analyse de la littérature sur le devenir des transsexuels après chirurgie de conversion sexuelle. Dans la CIM 10 par exemple le terme de *transsexualisme* est toujours présent alors que le terme a disparu dans le DSM IV pour faire place à celui de *troubles de l'identité sexuelle*. Le concept ainsi élargi devient moins spécifique, et l'inclusion dans cette catégorie plus hétérogène.

L'accès à la population étudiée est difficile car il est souvent impossible d'obtenir du transsexuel de se soumettre à une évaluation à long terme (38), difficile aussi de retrouver les transsexuels opérés (déménagement, changement de profession, nouvelle vie, désir de « se fondre dans la masse ») et difficile également qu'ils acceptent d'être réexaminés (33,79). Ainsi les études de *follow-up* ne constituent pas toujours un échantillon représentatif de la population des transsexuels opérés.

Les études de suivis se heurtent à des limitations non négligeables. Beaucoup souffrent de biais méthodologiques liés à la petite dimension de l'échantillon, à l'hétérogénéité de la population, aux biais de recrutements, à la variation des techniques chirurgicales ainsi qu'à des critères d'évaluation, différents selon les auteurs, ou des attentes de résultats irréalistes par les sujets. Un auteur comme Lawrence (41) pense qu'une évaluation de THC peut se suffire de données subjectives dans la mesure où le résultat obtenu correspond au traitement d'une attente. Cet auteur, engagé, reflète la pensée de l'HBIGDA et réfute ce qu'elle appelle les critères objectifs de choix de partenaires « appropriés » (préférence homo ou hétérosexuelle) ou encore le passage par des services de psychiatrie comme reflet adaptatif (39,74, 27). Elle souligne qu'il y a un manque de données venant d'auto questionnaires de satisfaction de ces patients. Par ailleurs les demandes de réassignement semblent émaner ces dernières années de candidats démographiquement différents de ceux des anciennes études, en Amérique du Nord notamment (41). On y retrouve en effet dans les demandes de réassignation MF de plus en plus d'hommes biologiques plus âgés que la moyenne habituelle de demande des transsexuels qualifiés de « primaires ». Ils ne présentent pas les critères de féminité identitaire précoce qui font partie de la ligne de base diagnostic, et ils ont par ailleurs une histoire d'attraction avec les femmes qui les fait ranger dans une sexualité « lesbienne » une fois opérés. Ce type de profil, tant dans la littérature d'avant 1990 que dans

⁵ Le terme de « vrai » transsexuel, classiquement donné aux personnes présentant des troubles de l'identité sexuelle précoces (enfance, puberté ou adolescence), sans troubles de la personnalité ni de la préférence sexuelle par rapport à leur identité psychologique, ayant une demande de THC étayée sur une souffrance personnelle intense, est qualifiée de « réactionnaire » par l'HBIGDA (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association). Cette affirmation de son président E Coleman, repose sur le concept que quel que soit l'âge d'apparition et le mode de vie cohérent par rapport au sexe biologique antérieur (mariage procréation), si le trouble de l'Identité de Genre existe (le terme de transsexualisme étant également abandonné) il doit pouvoir amener si la personne le désire au THC.

nos évaluations françaises, est un facteur de pronostic « à risque négatif ». La encore L'HBIGDA qualifie de « réactionnaire » cette position.

La typologie transsexuelle se distingue en effet en deux types principaux. Une catégorie comprend des sujets orientés vers l'autre genre tôt dans l'enfance, ayant une attraction et une expérience sexuelle de type hétérosexuelle par rapport à leur sexe psychologique, homosexuelle par rapport à leur sexe biologique. De ce fait ils ont été peu susceptibles de mariage et parentalité. L'autre catégorie inclut les personnes dont la transition plus tardive, s'accompagne de la possibilité d'attraction avec des partenaires hétérosexuels par rapport à leur sexe biologique à l'adolescence, la possibilité de mariage et de parentalité. L'apparition de travestissement et de pensées et fantaisies érotiques sexuelles différentes est plus tardive⁶. Enfin, quelques transsexuels d'un dernier type affichent peu d'intérêt sexuel interpersonnel, et se sont appelés « asexuels » ou « analloerotic » (11).

Analyse des résultats de THC de transsexuels opérés.

L'évolution des idées fait que les études évaluent surtout le bien être et la satisfaction des patients opérés car, même plus banalisé, le traitement chirurgical de ce syndrome doit, bien sûr, toujours justifier son utilité (66, 41).

Les évaluations sont faites à des moments différents, selon la place respective que donnent les auteurs à l'intervention chirurgicale et ses conséquences (66), ou bien au moment du diagnostic (22) ou bien au processus complet dès la première entrevue avec une équipe de prise en charge (50, 76, 44.)

Quand au laps de temps écoulé entre la première évaluation et la réalisation de l'étude de *follow-up* il n'est pas négligeable car il y a différentes phases après l'intervention, dont la plus remarquable est une phase euphorique post opératoire avec sentiment de « renaissance à soi ». Cette euphorie s'estompe progressivement au gré des difficultés qu'engendre le statut sexuel nouvellement acquis. Les résultats publiés doivent être interprétés en tenant compte de ce facteur temps et ne pas regrouper des sujets étudiés après des délais postopératoires très différents (33, 37, 76 et 77, 33, 37, 44, 87, 39, 66).

L'âge du transsexuel au moment de la formulation de sa demande manque souvent dans les études alors qu'au plan diagnostique et pronostique, il existerait une relation inversement proportionnelle entre l'âge du candidat au moment de sa demande et la qualité de son devenir. Une demande de transformation formulée au-delà de l'âge de 30 ans engendrerait un résultat négatif (76, 77, 51, 44, 27).

Les études de suivi usent d'outils d'investigations différents, que ce soit des impressions cliniques ou d'instruments évaluatifs⁷. C'est ainsi que Abramowitz (1) a réparti les études

⁶ - Ainsi, dans les statistiques de l'institut de Psychiatrie de Clarke à Toronto, (important centre d'évaluation de dysphorie de genre) on comptabilisait en 1982, 25% de MF non homosexuels relativement à leur sexe biologique. En trois ans la fréquence avait atteint 39% (79), en 1987 58% et, en 1992, environ 59% de tous les mâles dysphoriques de genre dans la base de données de Clarke faisaient partie de la catégorie non-homosexuelle relativement au sexe biologique (10).

⁷ - Comme le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), le Rorschach, le *Thematic Apperception Test* (TAT) ou encore le *Draw-a-Person Test*, le *Body Image Scale* (33 ; 32 ; 25 ; 26 ; 84 ; 3 ; 59) ou encore la *Symptom Checklist 90- revised* (SCL-90-R), le *Crown Crisp Experiential Index* (CCEI) et le *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) (11, 52 et 53).

publiées de 1966 à 1983 en deux catégories : les études pré quantitatives et les études quantitatives⁸

Résultats des études de suivis.

Depuis Hertz et sa première étude (31) une centaine de recherches ont été consacrées aux conséquences de la conversion sexuelle. Au cours des années, elles ont fait l'objet de plusieurs tentatives de synthèse (63, 46, 51, 1, 27, 58.).

Le THC montre des résultats différents selon l'âge : favorables lorsqu'il est fait jeune, à moins de 30 ans (51, 71), mais une plus grande probabilité de mécontentement ou de regret à un âge plus tardif (21, 44, 11, 39).

La plupart du temps, les résultats de ces études ont été regroupés selon le *degré de satisfaction* des sujets face à leur transformation, selon que le sujet est heureux de sa transformation chirurgicale, ou que son état (psychologique et social) aurait empiré après l'opération comparativement à son état antérieur⁹.

Les concepts d'évaluation de *dépression* sont un peu confus dans la littérature mélangeant les troubles de l'humeur et cognitions pessimistes. Il ne faut pas oublier cependant que le THC a trouvé sa justification thérapeutique dans l'idée qu'on peut soulager la souffrance et atténuer les idées dépressives.

- Avant THC on retrouve des idées de suicide au moins chez 20% des sujets (76 et 77, 18, 82, 39, 79).

- Après la transformation chirurgicale, les tentatives de suicide constatées sont, le plus souvent, consécutives à des problèmes sentimentaux (33) ; à des complications chirurgicales (inhérentes à la transformation sexuelle) (44, 79) et, dans ce dernier cas, sont corrigées une fois les problèmes chirurgicaux résolus (45, 79).

- Les études font peu état de suicide de candidats¹⁰ au changement de sexe, en dehors de cas dont la demande de transformation a été refusée (50).

Le devenir psychologique, analysé en termes de succès de la transformation, dépend de plusieurs facteurs. Si on s'en réfère à Pfäfflin et Junge (1992), ils sont essentiellement objectifs comme avoir un contact de suivi avec le centre de traitement, expérimenter une vie réelle dans le genre désiré, bénéficier d'une technique chirurgicale de qualité, avoir un suivi psychiatrique et psychologique, un suivi hormonal et un changement d'état civil. Ce sont des critères d'une adaptation réussie. Dans ces conditions beaucoup n'éprouvent plus le besoin de rencontrer un psychiatre (22) sinon pour obtenir les attestations nécessaires au changement

⁸ - Les premières évaluent les résultats de la transformation en terme de satisfaction ou de degré d'amélioration selon des critères peu quantifiables, les secondes utilisent des échelles psychométriques et des questionnaires standardisés et ont recours le plus souvent aux méthodes statistiques pour le traitement des données

⁹ - Dans près de trois quarts des cas pour Pauly (63), les transsexuels semblent satisfaits de la transformation et dans la revue de Green et Fleming (1990), 97% des FM (n=130) sont heureux de leur transformation. La majorité (plus de 90%) des transsexuels répond par l'affirmative à la question clé : « *si c'était à refaire, le referiez-vous ?* », (45, 5, 54, 53, 16, 71). Certains déclarent même que, sans l'opération, ils se seraient suicidés (33, 44).

On ne retrouve des résultats insatisfaisants que dans seulement 10 % des cas. Ce pourcentage est toutefois moins élevé chez les FM⁹. Quant aux regrets profonds et tenaces, ils sont rares, moins de 1% pour les FM et de 1 à 1,5% pour les MF⁹. Il s'agit de trois sources majeures de regret : erreur de diagnostic (psychose), absence de test de vie réelle dans le genre vécu, protocole d'interventions chirurgicales peu adapté et résultats chirurgicaux décevants (longueur de l'attente ; résultats chirurgicaux esthétiquement peu satisfaisants et/ ou peu fonctionnels).

¹⁰ - Après la transformation chirurgicale, Kuiper dénombre, en moyenne, 1,2 % de suicides chez les MF et 0,5% de suicides chez les FM (38), 1,9% chez les MF, et 0,8% chez les FM pour d'autres auteurs (63, 51). Dans leur revue de littérature, Pfäfflin et Junge (1992) comptent 16 suicides après changement sexe. Leur étiologie semblent devoir être pondérée par les événements de vie (erreurs médicamenteuses, overdoses, complications médicales non imputables à la transformation chirurgicale, perte d'emploi ou apparition de difficultés sentimentales).

d'état civil ou pour se soumettre aux évaluations post-opératoires (69). On constate par ailleurs une diminution notable des troubles émotionnels liés à la dysphorie de genre.

Si on s'intéresse à l'évolution des sujets à différents moments de leur prise en charge (lors du diagnostic, lors du *real life test*, et dans les 6 à 24 mois qui suivent l'opération chirurgicale), (6, 22, 52, 53) on note une influence positive du changement de sexe sur le fonctionnement psychologique du sujet¹¹.

On a comparé deux groupes de candidats transsexuels (53 et 54) : un premier dont l'opération était prévue quelques mois plus tard, un deuxième dont la transformation chirurgicale était prévue plus tardivement. Les sujets ont été revus après une période de deux ans. Le premier groupe a subi les différentes opérations transformatrices et le second est toujours en attente de chirurgie. Au départ les deux groupes obtiennent des résultats similaires mais, après deux ans, les résultats sont différents. Ceux des sujets transformés sont significativement meilleurs que ceux des sujets restés en attente de transformation. Les transsexuels opérés présentent une nette diminution des symptômes névrotiques au contraire des sujets en attente de transformation.

Entre les FM et les MF à prise en charge identique, on observe certaines différences¹². Les FM sont plus stables, présentent moins de perturbations psychopathologiques et semblent mieux adaptés à la transformation. La masculinisation des FM est moins repérable (39) que la féminisation des MF (timbre de la voix, taille, grandeur des mains, des pieds, etc.) et rend le FM moins sujet à des railleries qu'un homme ayant des habits féminins.

Les recherches basées sur l'analyse du Rorschach des candidats transsexuels afin de déterminer la genèse du trouble ou de mettre en évidence certaines particularités du fonctionnement psychique sont relativement récentes (26, 47, 57). En comparant les protocoles avant /après opération, à cinq ans d'intervalle (22, 57), le Rorschach ne montre pas de modification notable de la personnalité ni du mode de fonctionnement psychologique des sujets. Ceci souligne l'importance de l'évaluation d'une personnalité morbide avant toute inclusion dans un protocole car, selon les vulnérabilités en jeu, une grande prudence peut être nécessaire au regard des capacités adaptatives à venir du sujet et vis à vis de sa capacité de satisfaction. Le processus thérapeutique est en effet complexe, tous les facteurs de stabilisation sont importants comme le devenir professionnel familial et affectif qui, s'ils témoignent d'une « personnalité à risque » avant le THC, ne s'améliorent pas ou peu dans notre expérience clinique.

Le devenir de la sexualité : Le transsexualisme a longtemps été considéré comme une problématique hyposexuelle (84, 67, 64) et certains chercheurs soutiennent encore que les transsexuels n'accordent guère d'intérêt à la *sexualité* et à la possibilité d'avoir des rapports sexuels de qualité (15). Cette analyse doit être revue car si la demande transsexuelle est bien d'abord celle d'une « genralité », le transsexuel cependant prête attention au devenir de son plaisir sexuel après l'opération comme partie de son identité de rôle. En ce sens, la problématique transsexuelle n'est ni hyposexuelle ni hypersexuelle (58).

Dans notre expérience clinique les transsexuels considèrent que la fonctionnalité des organes sexuels est primordiale. Ceci est corroboré par une littérature plus récente qui s'intéresse à

¹¹ - Ainsi, les transsexuels opérés obtiennent, à toutes les échelles du CCEI (*Crown Crisp Experiential Index*), des scores significativement plus bas que les sujets en cours de diagnostic ou de *real life test* : ils présentent moins de signes de dépression, d'anxiété flottante, d'obsessionnalité, d'anxiété somatique et d'hystérie. Par ailleurs les sujets en cours de *real life test* souffrent moins de dépression et d'anxiété somatique que leurs homologues en cours de diagnostic. Il faut tenir compte de l'impact anxiolytique que peut avoir le fait de se sentir soutenu et reconnu dans leur démarche et inclus dans un protocole qui répond à leur demande. Si l'opération ne devait pas avoir lieu, ces bénéfices devraient disparaître (39).

¹² - Réunissant les éléments objectifs mis en évidence (analyse des résultats obtenus aux tests psychologiques administrés aux transsexuels) les FM présentent des résultats plus favorables que les MF (66, 76 et 77, 48, 51, 7, 22, 39, 48).

ces aspects : chez les MF. La profondeur du néovagin est importante : trop court, il ne permet pas une pénétration satisfaisante (45, 79,21, 71). Chez les FM, les techniques chirurgicales ne permettent pas toujours d'obtenir une phalloplastie adéquate fonctionnelle et sensible. Les progrès de la chirurgie laissent cependant espérer des résultats de plus en plus satisfaisants (21) et certains transsexuels préfèrent une métoïdioplastie¹³ à une phalloplastie lorsque l'hypertrophie clitoridienne générée par les androgènes le permet dans des conditions qui les satisfont.

La transformation chirurgicale engendre une amélioration notable de la vie sexuelle, ainsi qu'une augmentation de la fréquence de l'activité sexuelle (45, 33, 37, 43, 69). Après l'intervention la rencontre de partenaire est facilitée avec un sentiment de confiance en soi accru (7, 79, 69). En clinique, particulièrement dans le cadre des FM, il n'est pas rare de rencontrer avant toute intervention des couples stables dans lesquels le ou la partenaire, qui a souvent eu des rapports hétérosexuels, voit chez le transsexuel « l'homme ou la femme qui est en lui/elle ». De manière générale, les MF cherchent de nouveaux conjoints tandis que les FM ont tendance à rester avec le même partenaire (7, 36, 12,)

La littérature souligne que lorsque l'apparence des organes génitaux est insatisfaisante (taille du pénis, esthétique des lèvres, ...), le bien-être du transsexuel est affecté (51,44, 73, 79, 70) mais encore faut-il qu'il y ait désir et sensualité possible en préalable à l'intervention. Nous considérons que du point de vue de la sexualité un transsexuel qui se « réfugie » derrière son absence de conversion pour ne pas entamer une relation sensuelle aura moins de chance de développer ultérieurement une sexualité épanouie quels que soient les bons résultats de son intervention chirurgicale. La demande d'interventions supplémentaires afin de parfaire l'esthétique de leur sexe et de leur apparence doit être évaluée soigneusement afin de faire la part d'une quête d'idéal de soi irréaliste ou d'une dysmorphophobie. Les résultats relatifs au plaisir orgasmique sont plus discordants¹⁴.

Le devenir social, dans la majorité des cas après l'opération, va dans le sens de relations sociales plus riches et plus nombreuses (1, 15, 69). Après la transformation sexuelle, les transsexuels sortent de leur isolement social, osent entreprendre des activités jusqu'alors largement évitées. Cette amélioration des relations sociales est imputée à l'adéquation entre l'identité de genre et l'anatomie.

Cependant certains transsexuels (plus particulièrement les MF) souffrent de la limitation et de la superficialité de leurs contacts sociaux (45, 39). Les plaintes principales sont : l'absence de partenaire sexuel, la diminution des contacts sociaux, l'altération des relations avec certains membres de la famille, avec les amis. Souvent on rencontre une difficulté à assumer le passé vis à vis de nouveaux partenaires sexuels. Une évolution qui devient de plus en plus fréquente ces deux décennies est l'augmentation de couples homosexuels par rapport au genre après intervention (41) qui sont plus stables chez les FM. Une frange de transsexuels dont la personnalité est souvent borderline à une sexualité plus complexe, a-relationnelle, dans les milieux de la prostitution.

¹³ La Métoïdioplastie ou Clitoris pénoïde consiste en l'allongement du clitoris et de l'urètre. Il y a érection et jouissance naturelle mais la pénétration est rarement possible si la taille ne le permet pas mais cette technique est intéressante dans les cas où le clitoris hypertrophié mesure plusieurs cm. Des prothèses testiculaires peuvent être insérées dans les grandes lèvres transformées en scrotum. L'aspect final est celle d'un homme avec un micro pénis. Il est toujours possible d'évoluer vers une phalloplastie par la suite. Il y a peu de risque mais les chirurgiens qui font cette technique sont rares.

¹⁴ - Certains (45, 69) trouvent que les MF éprouvent, plus fréquemment, un orgasme que les FM, d'autres (43) l'inverse. Selon Rakic et al. (1996), cette différence pourrait être due à des facteurs personnels tout à fait indépendants du transsexualisme et de la transformation chirurgicale. Ceci corrobore notre expérience ; en clinique, comme dans la population générale, les sujets qui n'ont pas développé d'habiletés sensuelles, ni de désir sexuel, avant l'intervention, ont peu de chances de voir un processus chirurgical amener des modifications notables. Les difficultés sexuelles sont semblables par la suite à celles de la population générale.

Quand au devenir professionnel, l'impact de la transformation chirurgicale sur la situation professionnelle des transsexuels est très variable¹⁵. La transformation est corrélée positivement avec le statut socio-économique pour les FM et négativement pour les MF (5, 12, 58). Mais de plus en plus, la tolérance sociale accrue vis à vis des troubles de l'identité de genre rend l'insertion professionnelle plus facile. Il faut tenir compte cependant que la scolarisation a été souvent perturbée, lors de troubles de l'identité précoces, et qu'elle est responsable d'une sous formation rendant plus difficile l'insertion professionnelle. La rapidité ou non d'obtention d'un changement d'état civil et des formalités qui en découle (N° INSEE) facilite cette insertion ou la bloque.

- **Etudes récentes.**

Nous évoquerons quelques études plus récentes permettant de juger de l'évolution des critères diagnostics, des idées et des techniques.

- **Lawrence** (2003) fait une étude rétrospective de 232 cas postopératoires du même chirurgien (Toby Meltzer), cas de MF opérés entre 1994 et 2000. Dans ce travail on retrouve une tendance à une plus grande fréquence de prise en charge de transsexuels homme vers femme de diagnostics tardifs, ayant une préférence pour des partenaires de leur sexe biologique vécus comme une relation lesbienne, (gynephilic transsexuels).

Les facteurs d'évaluation pré-chirurgicaux associés aux résultats sont groupés dans trois catégories tenant compte de la typologie, de la conformité au traitement et des facteurs psychosociaux¹⁶.

Les caractéristiques des participants à l'étude liées à la typologie transsexuelle n'ont dans l'ensemble pas montré d'association significative avec les résultats. Ce qui est différent, par rapport aux études antérieures et aux facteurs prédictifs négatifs dans les cas d'attraction gynephile, c'est que cette étude inclue l'âge à la période de THC, mariage et condition de parentalité antérieure éventuelle, l'attraction sexuelle et l'expérience sexuelle avec des hommes contre des femmes, ainsi que le degré d'intérêt érotique pour d'autres personnes. Seules quelques caractéristiques typologiques ont montré des corrélations statistiquement significatives et ces corrélations étaient généralement faibles. Selon l'opinion des sujets, la féminité de l'enfance constitue le facteur le plus important. Ce facteur a été sensiblement corrélé avec l'absence de regret et l'amélioration de la qualité de vie

¹⁵ - Le devenir professionnel des transsexuels est désastreux pour certains (76 et 77,70), avec perte d'emploi, difficultés à retrouver une occupation professionnelle, pour d'autres, plus nombreux (45, 7, 22, 79) il est moins alarmant : beaucoup de sujets opérés conservent leur emploi ou, le cas échéant, exercent une autre activité. Dans la littérature (38), 71% des MF et 83% des FM ont un emploi après la transformation chirurgicale et, cette situation s'est améliorée pour 42% des MF et 48% des FM tandis qu'elle s'est détériorée pour 13% des MF et 12% des FM, et elle est restée stable pour 40% des MF et 37% des FM.

¹⁶ - Facteurs liés à la typologie transsexuelle : l'âge à la période du THC, l'âge auquel la personne a souhaité la première fois changer le sexe, non-conformité de genre d'enfance, mariage ou parentalité, orientation sexuelle, degré d'intérêt sexuel pour d'autres personnes, l'excitation sexuelle en imagination et au travestissement.

- Facteurs liés à la conformité aux traitements, y compris la durée et la continuité de la thérapie hormonale, la durée d'une expérience réelle dans le rôle de genre désiré ainsi que l'importance et l'adéquation d'une psychothérapie avant intervention

- La troisième catégorie se compose d'autres facteurs psychologiques, physiques, et sociaux, y compris la présence d'autres diagnostics psychiatriques, circoncision pré-opératoire et qualité d'appui de la famille.

Plus de deux tiers (69%) des participants étaient âgés de 40 ans ou plus au moment du THC. Deux tiers (67%) avaient été mariés à une femme, et (47%) avaient été un parent biologique. Presque deux tiers (62%) des participants qui avaient été sexuellement attirés par d'autres personnes de l'un ou l'autre sexe avant l'opération ont signalé que leur attraction avait été principalement ou exclusivement envers les femmes.

Les résultats diffèrent des conclusions de nombreuses études antérieures, les différences peuvent, en partie, refléter des méthodologies. Pour Lawrence, les premiers investigateurs ont souvent mesuré des résultats en termes objectifs plutôt que subjectifs, en basant parfois leurs évaluations sur des aspects spécifiques de la réorientation de la réorientation de genre des transsexuels de détermination précoce et androphiles (12, 44). Il est également possible qu'il y ait pu avoir un changement d'après Lawrence pendant les deux dernières décennies qui puisse réduire les différences dans la satisfaction postopératoire entre transsexuels de déclaration précoce/androphiles et les transsexuels gynéphiles d'apparition tardive. On pourrait rattacher cela à une meilleure acceptabilité et facilité de vie pour ces catégories de personnes dans les sociétés américaines et d'Europe occidentale du nord¹⁷.

- Deux études récentes menées en France. Nous avons préféré les présenter en annexe pour en donner les résultats détaillés sans toutefois alourdir la lecture de l'article.

. **La première étude porte sur le devenir des cas opérés et suivis.** Bonierbale, M., et Magaud-Vouland, N. ont conduit cette étude rétrospective sur 128 cas de transsexuels MF et FM suivis par les mêmes psychiatres et psychologues évaluateurs de 1990 à 2002, (14) et ont analysé les caractéristiques socio-démographiques comportementales et psychologiques de cette population.

Les auteurs de l'étude concluent : Après le tri des personnalités à risque et des diagnostics de troubles de l'identité de genre (TIG), les transsexuels sont relativement facile à suivre dans un protocole ritualisé et accepté si l'on ne retient que les sujets pour lesquels entre en compte une prévision thérapeutique de THC. Les seuls facteurs de risques à venir pour l'adaptation ultérieure sont alors ; une vulnérabilité psychologique antérieure qu'on retrouvera à la sortie, des résultats chirurgicaux insuffisants ne permettant pas de restaurer le narcissisme, un isolement affectif, un manque d'insertion professionnel. Le repérage des typologie de personnalité est également important pour adapter la prise en charge psychologique à leur fonctionnement, il s'appuie tant sur l'évaluation clinique que sur les tests psychologiques (TAT, MMPI, Roscharch).

. **La seconde étude porte sur la qualité de vie des transsexuels opérés** (Bonierbale, et al, 2004). Sur 38 sujets ayant suivi le protocole de prise en charge de THC depuis plus de 2 ans (2 à 11 ans) elle analyse la qualité de vie des transsexuels opérés avec la SF36¹⁸ et des

¹⁷ - Rappelons que les normes de soin de l'HBIGDA n'exigent pas explicitement un nombre spécifique d'heures de psychothérapie et sont flexibles par rapport à la période de la durée de la thérapie pré-opératoire d'hormone, mais exigent une expérience réelle de vie de douze mois dans le rôle de genre désiré sans exception. Un des résultats discordant de cette étude est d'affirmer qu'une expérience réelle de douze mois semble inutile pour quelques demandeurs de THC dans le cas de MF. Quelques thérapeutes semblent déjà avoir tiré cette conclusion, puisque 16% des participants à cette étude a signalé qu'ils avaient été élus pour une conversion sexuelle sans avoir rempli cette condition. Il faut noter que la présence d'une expérience réelle minimum de douze mois n'a jamais fait la preuve de résultats plus favorables dans une méta-analyse des résultats de THC (Laurent, 2001). Ainsi Lawrence tire la conclusion qu'en attente de preuves cette attitude thérapeutique empirique peut être assouplie.

Dans ce travail, les indicateurs de prédiction favorable ou défavorable la chirurgie tiennent une plus grande place. Les deux variables sont les résultats physiques et fonctionnels de chirurgie de conversion sexuelle (CCS), le nombre de complications chirurgicales et l'index fonctionnel, ont montré des associations significatives les plus fortes. Ces résultats suggèrent que les résultats physiques de la chirurgie, qui peuvent seulement être connus en post-opératoire, sont susceptibles d'être les facteurs les plus déterminants de la satisfaction ou du regret après MF CCS. Bien qu'il puisse sembler évident dans l'analyse rétrospective que les résultats physiques et fonctionnels de la chirurgie soient les prédicteurs les plus dignes de confiance de la satisfaction après chirurgie, la revue complète conduite par Pfäfflin et Junge (1992/1998) n'avait pas trouvé de résultats aussi nets.

¹⁸ Le SF-36 (Short Form 36 items)

entretiens semi directifs de une heure orientés sur les différents aspects de la vie courante affectés par la transformation chirurgicale et sur les aspirations des individus, à la fois avant et après l'opération. Un court Inventaire de personnalité est associé à ces entretiens (EPI, *Eysenck Personality Inventory*).

Au terme de cette étude les auteurs confirment l'hypothèse selon laquelle le traitement hormono-chirurgical améliore la qualité de vie des transsexuels et confirment également que le sexe biologique influe sur la qualité de vie des transsexuels opérés (davantage de retentissements positifs après chirurgie de conversion chez les FM, dans les domaines socioprofessionnel, relationnel, plus de mariage et de facilité d'avoir des enfants par insémination de leur conjointe. Les MF ont moins de complications chirurgicales et paraissent plus satisfaits sexuellement)

Par ailleurs, à la suite de plusieurs auteurs (86, 35, 44, 11, 73, 34, 34, 19), les auteurs dégagent **un repérage de facteurs prédictifs négatifs pour le THC** qui, sans être de réelles contre-indications sont des indicateurs de prudence. Ce repérage est précieux dans la prise en charge d'un syndrome aussi complexe et difficilement réversible.

Conclusions.

Au travers de la littérature et de notre expérience clinique, nous avons analysé le devenir des transsexuels opérés, et tenté d'évaluer les conséquences -favorables et défavorables - de la conversion chirurgicale.

Les transsexuels se disent satisfaits de leur transformation dans plus de trois quarts des cas. Certains critères de bon pronostic ont été mis en évidence (demande effectuée avant l'âge de 30 ans, stabilité mentale et émotionnelle ; avoir fait la preuve pendant au moins un an d'une adaptation tant physique que comportementale dans le sexe désiré ; intégration des limitations et des conséquences directes de la chirurgie ; prise en charge psychothérapeutique préalable au traitement chirurgical). Certains de ces critères tendent à être remis en question avec l'évolution des attitudes vis à vis des différences dans la société , l'évolution de la typologie transsexuelle et un meilleur suivi des populations transsexuelles. Si ces critères sont respectés, et qu'apparaît une insatisfaction, elle semble liée aux complications chirurgicales (aspects fonctionnels et esthétiques), aux ruptures sentimentales, aux pertes d'emplois et aux difficultés dans les relations sociales (famille, ...).

Cependant, les difficultés sont le plus souvent temporaires et disparaissent durant l'année qui suit la transformation sexuelle. En définitive, très peu de transsexuels regrettent la transformation (1% des FM et de 1 à 1,5% des MF) (65).

Bien que des réserves doivent être émises quant à ces résultats en raison de certains biais (sélection des sujets, subjectivité des évaluations, non indépendance des chercheurs, etc...), il apparaît assez clairement que la transformation anatomique par voie chirurgicale engendre des effets largement plus positifs que ceux que prévoient jadis les médecins et, plus encore, les psychologues. Sur cette base, et dans la mesure où la prise en charge peut être assumée de façon correcte, de la phase diagnostique à la phase post-opératoire, il ne semble pas qu'il y ait

Le SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) est un questionnaire de qualité de vie générique, adapté aux sujets tout venants et étudiant la qualité de vie liée à la santé. Cet auto-questionnaire comprend 36 questions regroupées en 8 dimensions :

Activité physique (PF), Limitations dues à l'état physique (RP), Douleurs physiques (BP) Santé perçue (GH) Vitalité (VT) Vie relationnelle (SF) Santé psychique (MH) Limitations dues à l'état psychique (RE).

des raisons empiriques de refuser la demande de changement de sexe (à laquelle n'est opposée, par ailleurs aucune contre-indication lorsque les critères diagnostics sont respectés).

Dans un esprit de prévention, il conviendrait de mieux étudier les profils « à risque », susceptibles de difficultés d'adaptation (avec ou sans conversion sexuelle). Les mieux connaître permettrait non seulement de bien préciser l'indication mais aussi le moment de l'inclusion dans un protocole de THC

ANNEXE

DEUX ETUDES FRANCAISES (voir tableau 1)

1 - Le Devenir des cas opérés et suivis.

Etude de Bonierbale, M., Magaud-Vouland, 2004.

Dès la première consultation, tous les patients avaient été informés des modalités d'évaluation du protocole de prise en charge ; un an avant tout geste hormonal si le candidat était éligible, (2 ans avant tout geste chirurgical.). Ce cadre permet, outre le diagnostic de déterminer quels sont les patients dont la motivation est claire pour s'engager dans ce suivi. Il était fortement recommandé aux patients de faire un travail psychologique d'élucidation, en parallèle avec un psychothérapeute, afin de les aider à mieux repérer leurs éventuels traits de vulnérabilités. Ceci est loin d'être toujours possible face à l'inébranlable conviction qu'ont les transsexuels que changer leur corps apportera toutes les solutions à leur mal être.

Le MMPI a été utilisé pour repérer le profil de traits de personnalité, les différences des populations MF et FM. L'évaluation de la qualité de vie après intervention a été faite par autoévaluation du patient sur des critères de satisfaction, d'adaptation, et de relation et d'insertion socioprofessionnelle.

La population de 128 patients se divise avant toute inclusion dans le protocole de THC, en 82 hommes biologiques (64%), 46 femmes biologiques (36%) (deux hommes pour une femme). L'âge moyen est de 31,16 ans avec des extrêmes de 17 à 69 ans,

Au plan de l'activité professionnelle ; 83 sont actifs (64,8%), et 45 non actifs (35,1%). Bien que la plupart des non actifs mettent en avant que leur difficultés d'insertion soit lié à leur statut identitaire, l'évolution montre en général que la transformation n'apporte pas toujours de réponse à cet aspect. Les troubles de l'adaptation que cela reflète restent intacts et font partie pour nous de facteurs négatifs de l'évaluation. La scolarité est plutôt tournée vers des études secondaires et de formation professionnelle de type CAP, BEP, que vers des études supérieures. On retrouve un comportement sexuel actif dans 63,3% des cas, avec vie en couple stable de type hétérosexuel par rapport au sexe psychologique (et homosexuel par rapport au sexe biologique) de plus de 6 mois, dans 37,5% des cas avant tout THC. Les comportements lesbiens par rapports au sexe psychologique (il n'y a pas dans notre échantillon de FM avec comportement homosexuel par rapport à leur genre) ne sont pas fréquents et sont plutôt des facteurs d'évaluation négatifs dans notre expérience contrairement à celle de Lawrence. Les célibataires, ou couples instables représentent 33,6%. 19% de personnes présentant des troubles de l'identité, vivant en couple hétérosexuels par rapport au sexe génétique ou divorcés représentent la part des troubles dits secondaires d'apparition tardive ou refoulée (14,8%) : il s'agit essentiellement d'hommes.

En cours d'évaluation et avant tout THC on retrouve : 11,7% d'abandon précoce ; Il s'agit essentiellement de personnes venant sur une impulsion, parfois à un moment de fragilisation de leur existence et qui se découragent devant le temps que demande le protocole, ou de personnalités psychopathiques ne pouvant tolérer l'attente et qui vont chercher dans d'autres pays de la communauté européenne plus laxistes une intervention plus rapide, 11,7% sont récusés pour des signes de psychopathologies qui prennent le pas sur le problème identitaire, des comportements marginaux (transvestimes fétichistes qui n'entrent pas dans le cadre de la prise en charge thérapeutique, immaturité de la demande , homosexualité non assumée, etc.), 8,6% sont réorientés vers des centres plus proches de leur lieux de résidence (Nice, Montpellier, Toulouse), 61% entrent dans le protocole de prise en charge hormono chirurgical.

Au plan diagnostic, on retrouve ; 35,15% de cas de MF d'apparition précoce, 10,15% de MF tardifs, 22,65% de cas de FM précoces, 0% de FM tardifs (graph 5). Nous avons retenus comme facteurs de risques négatifs dans l'évaluation, en accord avec la littérature, les antécédents dépressifs (35%), de prises de toxiques (12%) et de prostitution (12%). Les autres facteurs psychiatriques rencontrés sont essentiellement des phobies sociales et des comportements psychopathiques. Il est remarquable de noter que dans les antécédents familiaux on retrouve avec une constance importante (46%) la notion « de père absent » qu'avait déjà souligné Stoller ; qu'il s'agisse de père absent de fait (ayant abandonné la mère), ou n'étant pas attentif à l'enfant, homme effacé et falot, ou parfois haï par son fils qui refuse de s'y identifier. La mère est souvent surprotectrice ou distante affectivement (18,75%) C'est sur la population des filles biologiques qu'on trouve le plus d'abus sexuels et maltraitance.

- Lors de la phase d'entrée dans la prise en charge Hormono-Chirurgicale, 26,5 % des patients avaient déjà ou avaient eu une prescription hormonale en dehors de toute indication portée dans un cadre d'évaluation (prescription hors norme, vente clandestine, etc.) .
- Sur un plan chirurgical ; 58% des F vers M ont subi une hystérectomie et soit ont eu (29%), soit attendent une phalloplastie. (29%). 51,7% des M vers F ont eu un réassignement sexuel et 39,6% sont en attente d'intervention :
- Sur l'ensemble des opérés, 67,4% a obtenu son changement d'état civil, 71,74% jugent leur Qualité de Vie (QdV) améliorée fortement ; Il s'agit essentiellement pour eux du confort que leur donne leur image sociale, 24 % ont une QdV objectivement inchangée et cela en rapport avec une difficulté d'adaptation sociale qui était déjà présente avant l'intervention (pas d'insertion professionnelle, pas de vie de couple stable, prostitution, éthylisme), mais subjectivement positive par rapport a leur image sociale, 50% vivent en couple, 3 FM ont eu après mariage la possibilité d'insémination de leur conjointe et un enfant.

Les tests de personnalités, et en particulier le MMPI nous ont permis de dégager un profil commun aux FM et aux MF qui reflète la clinique et qui est un outil d'évaluation dans la prise en charge et de pronostic d'adaptation. L'étude comparative des différents traits de personnalité sur les échelles du MMPI montre qu'il existe un profil qui évolue plutôt dans les zones de la psychose que dans celui de la névrose¹⁹. Les traits saillants sont ceux d'une personnalité psychorigide assise sur des croyances et des a priori, avec une forte impulsivité pouvant rapidement laisser échapper une agressivité sous jacente et des ruminations à connotation interprétatives, un mépris des règles sociales et de la relation interpersonnelle. Les MF sont significativement plus introvertis hypersensibles aux conditions extérieures en les métabolisant comme une rumination des angoisses et des doutes vite gommés par des convictions et un manque de prise en compte de l'altérité et des usages sociétaux. Le FM , plus impulsif et plus extraverti est encore plus fonceur dans ses convictions. Ces difficultés à

-
- ¹⁹ Pour rappel la triade névrotique englobe les traits Hs (Hypocondrie), D (Dépression) et Hy (Hystérie), la courbe faisant une élévation dont D est le centre, courbe qui est inversée avec les mêmes traits pour le V psychosomatique (V.Ps), D étant alors bas et centre du V vers le bas de l'échelle. Les autres échelles sont Pd (psychopathie, impulsivité), Pa (paranoïa, psychorigidité, croyances), Sc (Schizoidie, troubles de l'appréhension du réel, bizarreries, pas d'empathie et de contact, troubles de l'adaptabilité), Ma (extraversion, hypomanie) ; Si (Introversion, repli sur soi), Pt (psychasténie, doutes).
 - Nous avons retenu les traits de fonctionnement de personnalité dans ces échelles, en terme de « présence » ou « absence » de trait, et non en terme de pathologie, car les transsexuels n'ont pas plus de pathologie psychiatrique avérée que dans la population générale .
 - Nous avons éliminé l'échelle mf qui par définition est dépendante du trouble identitaire.

l'insight et à la remise en question et à l'empathie se retrouvent dans la prise en charge psychologique et rendent difficile tout travail d'élaboration amenant inéluctablement au passage à l'acte dans le réel de l'intervention chirurgicale. La présence +/- forte de ces traits peut être un indicateurs de pronostic d'adaptabilité à venir et un indicateur de travail psychothérapeutique pour mobiliser la structure là ou les configuration de profil montrent la voie.

Les conclusions de cette étude déjà citées plus haut dégagent la nécessité de bien faire le tri des personnalités à risque et des diagnostics de troubles de l'identité de genre. Les seuls facteurs de risques à venir pour l'adaptation ultérieure sont alors une vulnérabilité psychologique antérieure, des résultats chirurgicaux insuffisants ne permettant pas de restaurer le narcissisme, un isolement affectif, un manque d'insertion professionnelle. La typologie de personnalité est également importante pour adapter la prise en charge psychologique à leur fonctionnement.

2 - Qualité de vie des transsexuels opérés

Etude de Bonierbale, M. Lemaire, A. Parola, N. Dubreu , V. Alexandre B. Michel, A. Clement, A. Lançon, C . (2004)

Les résultats montrent que l'opération de changement de sexe améliore la qualité de vie des transsexuels après THC dans les différents domaines de leur vie quotidienne. Les transsexuels sont tous satisfaits de l'opération (28/30 satisfaits et 2/30 moyennement satisfaits). Leur qualité de vie s'améliore après l'opération dans le domaine social (21/30) et sexuel (25/30). Cependant, cette amélioration ne concerne pas tous les domaines : il n'apparaît pas de changement notable dans les domaines familial, amical et sentimental. Il existe des différences entre les transsexuels masculins et féminins. Les transsexuels féminins ont une meilleure vie sociale, professionnelle, amicale et un bien-être psychologique plus certain que les transsexuels masculins. En outre, les transsexuels masculins ont moins de complications chirurgicales et apparaissent plus satisfaits sexuellement (tableau 1).

Les données du SF 36 indiquent que les transsexuels féminins ont une meilleure vie relationnelle (score moyen de 88,15 contre 71,71), une meilleure santé psychique (90,25 contre 88,95) et se perçoivent globalement en meilleure santé que les transsexuels masculins (86,79 contre 75, 53). Ces données ont un intervalle de confiance de 95 %.

Les transsexuels féminins ont davantage tendance à éprouver des limitations, (gêne dans leur vie quotidienne) liées à l'état physique (85,53 contre 73,68) et à l'état émotionnel (89,47 contre 82,46) que les transsexuels masculins. Ces données ont un intervalle de confiance de 80%. (graph 10)

Les données de l'EPI ne mettent pas en évidence l'influence de certains facteurs de personnalité comme l'extraversion et le névrosisme sur le niveau de qualité de vie (perçu) des sujets transsexuels opérés. Il faut noter la forte proportion de capacité à l'extraversion (35/38) (impulsivité, non inhibition, peu de contrôle, prise de risque, recherche de sensations). Sur un plan clinique, cela va de pair avec une évaluation soigneuse de la stabilité de la personnalité avant toute entrée dans le protocole comme un indicateur des capacités adaptatives à venir. On constate davantage de retentissements positifs après CCS chez les transsexuels féminins (FM) que chez les transsexuels masculins (MF) dans les domaines socio-professionnel, amical et psychologique. En outre, les transsexuels masculins ont moins de complications chirurgicales et apparaissent plus satisfaits sexuellement. De plus, le manque de données de la littérature dans l'exploration des relations familiales et sentimentales des transsexuels ne permet pas de confronter nos résultats à d'autres travaux. En effet, il semblerait que la qualité des relations sentimentales après l'opération puisse résulter de facteurs personnels indépendants de la transformation chirurgicale, comme la personnalité de l'individu. Il est

également bon de noter que l'opération de réassignation de sexe ne semble pas entraîner une meilleure compréhension de la part des proches dans cette population. La famille n'arrive souvent pas à accepter les sentiments du « transsexuel », que ce soit avant ou après l'opération. Les résultats de la recherche montrent également que les transsexuels féminins ont tendance à se marier plus fréquemment. Ces résultats pourraient être expliqués d'une part par le fait qu'ils soient plus stables socialement, mieux acceptés par la société (84, 62 37,18) Par ailleurs, les transsexuels féminins opérés ont plus de facilité à avoir des enfants par insémination de leurs partenaires avec donneur. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle le traitement hormono-chirurgical améliore la qualité de vie des transsexuels semble se confirmer de même que celle selon laquelle le sexe biologique influe sur la qualité de vie des transsexuels opérés.

Le traitement hormono-chirurgical est plus satisfaisant chez les transsexuels féminins dans les domaines où le relationnel et l'« esthétique » prévalent tandis qu'il crée moins de complications chirurgicales et apparaît plus satisfaisant au niveau « fonctionnel » chez les transsexuels masculins.

Le repérage de facteurs prédictifs négatifs pour le THC est précieux dans la prise en charge d'un syndrome aussi complexe et difficilement réversible, plusieurs auteurs (86, 35, 44, 11, 73, 34, 34, 19) ont tenté de dégager des critères en ce sens.

Vingt critères négatifs ont été mentionnés (âge avancé au moment de la formulation de la demande, caractéristiques morphologiques d'appartenance au sexe biologique trop prononcées, choix d'objet hétérosexuel avant la transformation, support social insatisfaisant, instabilité mentale, vulnérabilité émotionnelle, casier judiciaire, service militaire accompli, exercice d'une activité professionnelle peu adéquate avec le sexe désiré, manque de compréhension et d'intégration des limites et des conséquences directes de la chirurgie, automutilations, abus d'alcool, ambivalence à l'égard de la chirurgie,...). Sans être de réelles contre-indications ces facteurs sont de indicateurs de prudence ; plus un individu présente de ces éléments, plus on peut penser que la transformation chirurgicale risque de ne pas lui être favorable.

Outre l'absence de psychopathologie, retenons, parmi les critères les plus fréquemment mentionnés : le choix d'objet sexuel (homosexuel ou non-homosexuel), et l'âge au moment de la demande. Mais il faut aussi prendre en compte que l'attitude sociale vis à vis de la transsexualité évoluant et la tolérance sociale envers l'homosexualité de pair il n'est plus aussi clair que le choix d'objet ait la même signification (41). De plus en plus de transsexuels ne souhaitent pas aller jusqu'au bout d'une transformation chirurgicale, et les associations de transsexuels réclament le droit à ce choix qui met en place un flou encore plus complexe de populations transgenres. « *Classiquement* » pour des auteurs comme Blanchard et al. (1989), le choix d'objet d'un partenaire du même sexe que le sien avant la transformation chirurgicale (se traduisant par la constitution d'un couple « hétérosexuel », après l'opération) est de meilleur pronostic que le choix d'un partenaire de l'autre sexe formé après l'intervention. Pour lui, les sujets qui ont un choix d'objet (avant l'opération) hétérosexuel, ont plus de regret concernant la conversion sexuelle que ceux dont l'objet est homosexuel (5, 11) D'autres (86, 35) aboutissent au même constat. Le traitement de sujets dont le partenaire, avant l'opération, est hétérosexuel nécessite donc une plus grande prudence, mais ne doit pas inciter à refuser leur demande (11) au regard des évolutions en cours.

Quand à l'âge du transsexuel lors de la verbalisation de la demande il semble que, plus tôt elle est formulée meilleurs sont les résultats. Si la demande de transformation tardive, formulée au-delà de l'âge de trente ans, serait de mauvais pronostic, comme le cite Walinder et al. (1978) à la fin des années soixante-dix et comme l'a confirmé récemment Eldh (1997) dans son étude portant sur 90 transsexuels opérés : les patients qui regrettent l'opération étaient âgés de plus de trente ans lors de la transformation sexuelle (Eldh et al. , 1997), cela semble infirmé par Lawrence (2003). Dans notre expérience le THC de sujets âgés de plus

de 30 ans ayant déjà eu une vie hétérosexuelle par rapport à leur sexe biologique et parentalité ne s'accompagne pas d'une évolution péjorative dans la mesure où existaient d'autres facteurs de stabilité (personnalité équilibrée, famille en accord, stabilité professionnelle, nouveau partenaire affectif et sexuel hétérosexuel).

Comme autres facteurs de prédiction négatifs importants, soulignons le travail de Spengler (1980) qui considère que si un sujet manifeste trop d'hésitations à entreprendre un THC, il présente alors un mauvais pronostic. Mais il faut tenir compte, comme l'écrit Doorn (1997), que le transsexuel de vocation tardive peut avoir un contexte difficile (marié, enfants, ...) qui l'empêchent de réaliser son souhait. C'est pourquoi ces demandes doivent être analysés en tenant compte de ces facteurs familiaux et de l'histoire clinique qui montre que souvent le transsexuel a tenté de s'adapter en vain et qu'il arrive à un moment où ses limites ne lui permettent plus cette lutte.

La présence de soutien familial et social reste un facteur primordial de réussite de la conversion et ce, tout au long de la transformation sexuelle (86, 35, 73).

Tableau 1 ; Conséquences du THC sur les divers domaines de la vie quotidienne des transsexuels opérés (Entretiens semi-directifs)

	Transsexuels Féminins opérés (Féminins versus Masculins) (n=15)	Transsexuels Masculins opérés (Masculins versus Féminins) (n=15)	Ensemble des transsexuels opérés (n=30)
Moyenne d'âge	37 ans	43 ans	40 ans
Satisfaction quant à l'opération			
Satisfait(e)	13	15	28
Moyennement satisfait(e)	2	0	2
Pas satisfait(e)	0	0	0
Complications			
Oui	10	6	16
Non	5	9	14
Ouverture sociale, contacts interpersonnels			
Meilleure qu'avant l'opération	10	11	21
Pas de changement	5	4	9
Pire qu'avant l'opération	0	0	0
Qualité des relations sentimentales			
Meilleure qu'avant l'opération	5	5	10
Pas de changement	10	9	19
Pire qu'avant l'opération	0	1	1
Qualité des relations familiales			
Meilleure qu'avant l'opération	6	4	10
Pas de changement	9	10	19
Pire qu'avant l'opération	0	1	1
Les relations amicales			
A gardé les mêmes amis	11	7	18
A changé d'amis	4	8	12
La situation professionnelle			
A connu une ascension professionnelle	5	3	8
A gardé la même profession	8	7	15
A connu une régression professionnelle	2	5	7
La sexualité			
Satisfait(e)	10	15	25
Moyennement satisfait(e)	0	0	0
Pas satisfait(e)	5	0	5
Capacité à éprouver des orgasmes			
Meilleure qu'avant l'opération	9	11	20
Pas de changement	5	0	6
Pire qu'avant l'opération	1	4	4
Le mariage			
Marié(e) après l'opération	6	3	9
Non marié(e) après l'opération	9	12	21
Les enfants			
A eu un enfant après l'opération	5	0	5
A un désir d'enfant actuellement	4	0	4

Références

1. Abramowitz S.I. (1986) Psychosocial outcome of sex reassignment surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 183-189.
2. American Psychiatric Association (1980). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^{ème} édition. Paris : Masson.
3. Beatrice J. (1985). A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 358-365.
4. Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. New York : The Julian Press, Inc. publishers.
5. Blanchard, R. (1985). Typology of male-to-female transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 247-261.
6. Blanchard, R., Steiner, B.W (1983). Gender reorientation, psychological adjustment, and involvement with female partners in female-to-male transsexuals, *Archives of Sexual Behavior*, 12, 149-157.
7. Blanchard, R., Steiner, B.W., & Clemmensen, L.H. (1985). Gender dysphoria, gender reorientation, and the clinical management of transsexualism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 295-304.
8. Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 315-334.
9. Blanchard, R., Legault, S., & Lindsay, W.R. - (1987). Vaginoplasty outcome in male-to-female transsexuals. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 265-275.
10. Blanchard, R., & Sheridan, P.M.(1992). Sibship size, sibling sex ratio, birth order, and parental age in homosexual and nonhomosexual gender dysphorics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 40-47.
11. Blanchard, R., Steiner, B.W., Clemmensen, L.H., & Dickey, R. (1989). Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Canadian Journal Psychiatry*, 34, 43-45.
12. Bodlund, O., & Kullgren, G. (1996). Transsexualism- general outcome and pronostic factors : a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Archives of Sexual Behavior*, 25 ,303-316.
13. Bonierbale, M., Lemaire, A., Parola, N., Dubreu, V., Alexandre B., Michel, A., Clement, A., Lançon, C. (2004) Quality of Life among transsexual patients after surgery for sex reassignment, 11th World Congress of the ISSIR, Buenos aires
14. Bonierbale, M., Magaud-Vouland, N, (2004) Retrospective analisys of 128 cases of gender dysphoria , *Sexual and Relationship Therapy* , 19, suppl , P49, 112.
(2005) Analyse retrospectives de 128 cas de troubles de l'identité de genre, *Revue Européenne de Sexologie: Sexologies* , 52 (in Press)
15. Calanca, A. (1991). Le transsexuel après le changement. Évolution et pronostic. *Helvetica chirurgica Acta*, 58, 257-260.
16. Chiland, C. (1997). *Changer de sexe*. Paris : Editions Odile Jacob.
17. Cohen-Kettenis, P.T., & Van Goozen, S. (1997). Sex reassignment of adolescents transsexuals : a follow-up study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 263- 271.
18. Dixen, J.M., Maddever, H., van Maasdam, J., & Edwards, P.W. (1984). Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical cross-gender reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 269-276.
19. Doorn, C.D. (1997). Towards a gender identity theory of transsexualism. Thèse de doctorat non publiée, Vrije Universiteit te Amsterdam, Amsterdam.
20. Edgerton, M.T., & Meyer, J.K. (1973). Surgical and psychiatric aspects of transsexualism., in C. Horton (Ed.), *Surgery of the external genitalia*, Boston, Little Brown, 117-161.
21. Eldh, J., Berg, A., & Gustafsson, M. (1997). Long term follow-up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic Reconstructive Hand surgery*, 31, 39-45.
22. Fahrner, E.M., Kockott, G., & Duran, G. (1987). Die psychosociale integration operierter transsexuellen. *Nervenarzt*, 58, 340-348.
23. Fisk, N., (1973) The how, what and why of a disease, in Donald Laub & Patrick Gandy (éds.), *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*, Stanford University Medical Center, Palo Alto
24. Fisk, N., (1974) Gender Dysphoria Syndrome. The conceptualization that liberalizes indications for gender reorientation and implies a broadly based multidimensional rehabilitative regimen, *Western Journal of Medecine* , 120, 386-91.
25. Fleming, M., Cohen, D., Salt, P., Jones, D., & Jenkins, S. (1981). A study of pre- and postsurgical transsexuals : MMPI characteristics. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 161-170.
26. Fleming, M., Jones, D., & Simons, J. (1982). Preliminary results of pre and postoperative transsexuals. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 408-415.
27. Green, R., & Fleming, D. - (1990). Transsexual surgery follow-up status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1, 163-174.

28. Gutheil, E. (1954). The psychologic background of Transsexualism and Transvestism. *American Journal of Psychotherapy*, 8, 231-239.
29. Hamburger, C. (1969). *Endocrine treatment of male and female transsexualism*. In Green, R. & Money, J., (eds). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore : John Hopkins University Press.
30. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. (1985) . Standards of care : The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons . *Archives of Sexual Behavior*, 14, 79-90.
31. Hertz, J., Tillinger, K.G., & Westman, A. (1961). Transvestism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 37, 283-294.
32. Hill, E. (1980). A comparison of three psychological testings of a transsexual. *Journal of Personality Assessment*, 44, 52-100.
33. Hunt, D.D., & Hampson, J.L. (1980). Follow-up of 17 biologic male transsexual after sex-reassignment surgery. *American Journal of Psychiatry*, 137, 432-438.
34. Johnson, S., & Hunt, D.D. (1990). The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 349-360.
35. Kockott, G., & Fahrner, E.M. (1987). Transsexuals who have not undergone surgery : a follow-up study. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 511-522.
36. Kockott, G., & Fahrner, E.M. (1988). Male-to-female and female-to-male transsexuals : a comparison. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 539-546.
37. Krohn, W., Bertermann, H., Wand, H., & Wille R. (1981). Nachtuntersuchung bei opeierten transsexuellen. *Transsexualism – a long term follow-up after sex reassignment surgery*. *Nevenarzt*, 52, 26-31.
38. Kuiper, A.J. (1991). *Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling*. Thèse de doctorat non publiée, Vrije Universiteit te Amsterdam, Amsterdam.
39. Kuiper, A.J., & Cohen-Kettenis, P.T. (1988). Sex reassignment surgery : a study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 439-457.
40. Laub, D.R., & Fisk, N.M. (1974). A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change. *Plastic Reconstructive Surgery*, 53, 388-403.
41. Lawrence, A.A. (2003). Factors Associated With Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 4, 299–315
42. Levine, S. B., & Lothstein, L. (1981). Transsexualism or the gender dysphoria syndromes. *Journal of Sex et Marital Therapy*, 7, 85-113.
43. Lief, H., & Hubschman, L. (1993). Orgasm in postoperative transsexual. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 145-155.
44. Lindemalm, G., Korlin, D., & Uddenberg, N. (1986). Long term follow-up of sex change in 13 male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 187-210.
45. Lothstein, L.M. (1980). The postsurgical transsexual : empirical and theoretical considerations. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 547-564.
46. Lothstein, L.M. (1982). Sex Reassignment Surgery : Historical, Bioethical and Theoretical Issues. *American Journal of Psychiatry*, 139, 417-426.
47. Lothstein, L.M. (1983). Female-to-male transsexualism. Historical, clinical and theoretical issues. Boston : Routledge & Kevan Paul.
48. Lothstein, L.M. (1984). Psychological-testing with transsexuals – a 30 year review. *Journal of Personality Assessment*, 48, 500-507.
49. Lukianowicz, N. (1959). Survey of various aspects of transvestism in the light of our present knowledge. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 128, 36-64.
50. Lundström, B. (1981). *Gender dysphoria – a social-psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment* . Göteborg : University of Göteborg.
51. Lundström, B., Pauly, I., & Walinder, J. - (1984). Outcome of sex reassignment surgery. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 70, 289-294.
52. Mate-Kole, C., Freschi, M., & Robin, A. (1988). Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, 152, 550-553.
53. Mate-Kole, C., Freschi, M., & Robin, A. (1990). A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *British Journal of Psychiatry*, 157, 261-264.
54. Mate-Kole, C., Robin, A., & Freschi, M. (1990). Benefits of surgical reassignment as perceived by operated male transsexual patients. *Gender Dysphoria*, 1, 73-77.
55. Merloo, J. (1967). Change of sex and collaboration with the psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 2, 263-264.
56. Meyer, J.K., & Reter, D.J. (1979). Sex reassignment : Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1010-1015.
57. Michel, A., & Mormont, C. (2003). Transsexualisme et Rorschach : une revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques*, 161, 125-131.

58. Michel, A (2001). Le transsexuel : Quel devenir ? *Annales médico-Psychologiques*, 159, 1-11
59. Murray, J. (1985). Borderline manifestations in the Rorschach of male transsexuals. *Journal of Personality Assessment*, 49, 454-466.
60. Ostow, M. (1953). Letter to the editor. *Journal of the American Medical Association*, 152, 1552-1553
61. Paris, H. (1991). Généalogie du transsexualisme. *L'évolution psychiatrique*, 56, 785-803.
62. Pauly, I.B. (1974). Female Transsexualism : Part I. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 487-507.
63. Pauly, I. B. (1981). Outcome of sex-reassignment surgery for transsexuals. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 45-51.
64. Person, E., & Ovesey, L. (1974). The transsexual syndromes in males : I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 26, 4-20.
65. Pfäfflin, F. (1992). *Regrets after sex reassignment surgery*. In W.O. Bockting, E. Coleman, Gender Dysphoria, Interdisciplinary approaches in clinical management. Binghamton, NY : The Haworth Press.
66. Pfäfflin, F., & Junge, A. (1992). *Nachuntersuchungen nach geschlechtsu mwandlung : eine kemmentierte literatureubersicht 1961-1991* [Follow-up studies after sex reassignment surgery : a review 1961-1991], Scahttauer, Stuttgart, 149-459.
67. Pomeroy, W.B. (1969). *Transsexualism and sexuality : sexual behavior of pre and postoperative male transsexuals*. In : Green, R., & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore : John Hopkins press.
68. Pringuey, D., Giudicelli, S., & Tatossian, A. (1978). A propos du transsexualisme. *Annales Médico-Psychologiques*, 136, 711-728.
69. Rakic, Z., Starcevic, V., Maric, J., & Kelin, K. (1996). The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade : 32 patients of both sexes. *Archives of Sexual Behavior*, 25, 515-525.
70. Rauchfleisch, D., Barth, D., & Bategay, R. (1998). Resultate einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen. *Der Nervenarzt*, 9, 799-805.
71. Rehman, J., Lazer, S., Benet, A., Schaefer, L., & Melman, A. (1999). The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 71-89.
72. Reid, R.W. (1993). *Aspects psychiatriques et psychologiques du transsexualisme*. Actes du XXIIIe Colloque de droit européen, Vrije Universiteit Amsterdam.
73. Ross, M.W., & Need, J.A. (1989). Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychology and adjustments : A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 145-153.
74. Snaith, P., Tarsh, M.J., & Reid, R. (1993). Sex reassignment surgery. A study of 141 Dutch transsexuals. *British Journal of Psychiatry*, 162, 681-685.
75. Socarides, C. (1969). The desire for sexual transformation : a psychiatric evaluation of transsexualism. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1419-1426.
76. Sorensen, T. (1981a). A follow-up study of operated transsexual females. *Acta Psychiatrica. Scandinavica*, 64, 50-64.
77. Sorensen, T. (1981b). A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatrica. Scandinavica*, 63, 486-503.
78. Spengler, A. (1980). Kompromisse statt Stigma und Unsicherheit. *Sexualmedizin*, 3, 98-103.
79. Stein, M., Tiefer, L., & Melman, A. (1990). Follow-up observations of operated male-to-female transsexuals. *The Journal of Urology*, 143, 1188-1192.
80. Stoller, R. (1985). *Presentations of gender*. New Haven and London, Yale University Press, Masculin ou féminin ? , Traduc. Franç. Par Y. Noizet et C. Chiland, Paris, Puf, 1989.
81. Stürup, G. (1976). Male transsexuals. A long-term follow-up after sex reassignment operations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 53, 51-63.
82. Verschoor, A., & Poortinga, J. (1988). Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 173- 179.
83. Vogt, J.H. (1968). Five cases of transsexualism in females. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 44, 62-88.
84. Walinder, J. (1967). *Transsexualism, a study of forty-three cases. Vol. 1*. Göteborg : Scandinavian university books.
85. Walinder, J. , & Thuwe, I. (1975). A social-psychiatric follow-up study of 24 sex-reassigned transsexuals. Reports from the Psychiatric Research Center, St Jorgen's Hospital, University of Göteborg, Sweden 10. Akademiforlaget.
86. Walinder, J., Lundström, B., & Thuwe, I. (1978). Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *British Journal of Psychiatry*, 132, 16-20.
87. Walters, W.A.W., & Ross, M.W (1986). *Transsexualism and sex reassignment*. Oxford. Oxford University Press.