

# D'un sexe à l'autre

*Un homme a un corps d'homme et le sentiment d'être un homme ; de même pour une femme. Les intersexués ont des caractéristiques biologiques des deux sexes, et les transsexuels n'ont pas l'impression d'appartenir à leur sexe biologique, dépourvu d'ambiguïté. Dans certains cas, la frontière entre le masculin et le féminin est floue.*

Colette Chiland

**S**elon la légende, Hermaphrodite, fils d'Hermès, messager des dieux et des âmes, et d'Aphrodite, déesse de l'amour et de la beauté, s'approcha, à l'âge de 15 ans, d'un étang aux eaux limpides, où habitait une jeune nymphe solitaire, Salmacis. Quand elle aperçut le jeune garçon, elle s'offrit à lui. Mais, ignorant tout de l'amour, il la repoussa. La nymphe fit semblant de s'effacer et disparut dans les fourrés. Le garçon, se croyant seul, se déshabilla pour se baigner. Lorsqu'elle le vit si beau, Salmacis le rejoignit dans l'eau et se colla à lui, malgré les efforts qu'il fit pour lui échapper. Salmacis demanda alors aux dieux la faveur qu'ils ne soient jamais séparés l'un de l'autre et elle fut exaucée. Hermaphrodite, devenu un être efféminé, obtint de ses parents que soit transformé en androgyne tout homme qui serait en contact avec les eaux de cet étang.

L'identité sexuée est le sentiment que nous avons d'être un homme ou une femme. Ce sentiment paraît aller de soi et découler du fait qu'on a un corps d'homme ou un corps de femme. Mais les faits sont plus compliqués... Tout d'abord, il existe des « intersexués », c'est-à-dire des personnes qui présentent une ambiguïté quant à leur sexe, toutes les caractéristiques biologiques mâles ou femelles n'étant pas présentes. Ensuite, il existe des personnes « transsexuelles » qui, en l'absence de tout signe décelable d'intersexuation, ne se sentent pas appartenir à leur sexe biologique et demandent un « changement de sexe » à l'aide d'hormones et de chirurgie, suivi d'un changement d'état civil. Enfin, il existe des « trans » ou « transgenres » qui militent pour un libre choix du sexe, voire pour la disparition de l'identité sexuée à l'état civil au profit d'une identité indifférenciée. Peut-on apporter quelque lumière sur ces différents cas de figure ?

On disait naguère, on dit parfois encore « identité sexuelle » pour parler du sentiment d'être un homme ou une femme. Le terme d'« identité sexuée » est préférable, parce qu'aujourd'hui on emploie souvent identité sexuelle pour

désigner l'orientation sexuelle, hétéro-, homo- ou bisexuelle. En anglais, l'identité sexuée se dit *gender identity*, c'est-à-dire identité de genre, car l'étude des intersexués a conduit à distinguer le sexe comme biologique, et le genre comme psychologique et social. Les sociologues, les études consacrées aux femmes (les *women's studies*) et les féministes ont étendu la notion de genre : ils ont souligné, à juste titre, que les caractéristiques attribuées aux femmes – et aux hommes – ne découlent pas de la biologie, mais sont une interprétation de la biologie, interprétation que l'on peut contester. Cependant, certains vont jusqu'à refuser l'existence même du sexe



comme donnée biologique et à vouloir en faire un phénomène purement social... ce qui est excessif.

Dans 98,3 pour cent des cas, une personne est clairement de sexe masculin ou de sexe féminin; mais dans 1,7 pour cent des cas, il y a une ambiguïté liée à un mélange ou à une anomalie des caractéristiques sexuées biologiques. Généralement, ces anomalies sont décelées dès l'enfance, parfois seulement à la puberté. Sur quels critères va-t-on, à la naissance, décider du sexe de l'enfant ?

## Le flou lié à l'existence d'intersexués

Dans toutes les cultures, l'aspect des organes génitaux à la naissance est le premier critère de définition du sexe de l'enfant. Mais les organes génitaux peuvent avoir une apparence ambiguë. Par exemple, le clitoris peut être hypertrophié et évoquer une verge hypospade, c'est-à-dire avec un orifice urinaire situé à la face inférieure et non à l'extrémité. Ou bien la verge peut être absente ou très petite, passant pour un clitoris. Autrefois, la décision était prise par la sage-femme ou le médecin selon leur impression; aujourd'hui, on procède à des examens approfondis : la carte des chromosomes du nouveau-né est établie, ses hormones sont dosées, ses organes internes sont examinés, etc. Toutefois, il reste souvent une décision à prendre.

Dans les années 1950, John Money, psychologue dans le premier service d'endocrinologie pédiatrique créé à l'Hôpital Johns Hopkins à Baltimore aux États-Unis, a proposé une ligne de conduite à suivre qui reposait sur le constat qu'il avait fait : les enfants ayant une condition biologique comparable adoptent l'identité que les parents ont choisie. Ainsi, des enfants XX (normalement des filles) atteints d'une hyperplasie congénitale des surrénales (ils ont trop d'androgènes ou

hormones mâles) et ayant un clitoris hypertrophié, des ovaires et pas de testicules, se sentent garçons ou filles selon le sexe attribué par les parents : on parle de sexe d'assignation. De même, les enfants XY (normalement des garçons), sans verge et sans ovaires, se sentent garçons ou filles selon leur sexe d'assignation. Dans le cas de l'hyperplasie congénitale des surrénales, quand le diagnostic est fait, la maladie doit être traitée et l'hypersécrétion d'androgènes par les surrénales contrôlée : ces filles ont un utérus et des ovaires, et pourront avoir une vie sexuelle de femme et des enfants.

La décision est plus problématique face à un enfant XY qui n'a pas de verge. Partant du constat qu'on peut construire un néovagin, mais qu'on ne parvient pas à construire un pénis fonctionnel, J. Money a proposé d'élever ces enfants comme des filles. Ils seront stériles, mais pourront avoir une vie sexuelle. En tout état de cause, la décision doit être prise rapidement, car les parents sont plongés dans une grande angoisse devant un enfant « sans sexe ». Des interventions chirurgicales précoces donneront aux organes génitaux externes une apparence conforme au sexe d'assignation.

Depuis les années 1990, cette ligne de conduite a été contestée. Des associations d'intersexués se sont formées aux États-Unis : ils considèrent que les interventions chirurgicales précoces ont diminué leurs capacités érotiques, et réclament de pouvoir participer au choix de leur sexe d'assignation, c'est-à-dire de pouvoir être réassignés quand ils atteignent l'âge du consentement éclairé, défini selon leurs propres critères. Cependant, on ignore la proportion des insatisfaits parmi

**Hermaphrodite**, comme son nom l'indique, est le fils d'Hermès et d'Aphrodite ; il a hérité de la beauté de ses parents. Il est un être à la fois mâle et femelle, après son union éternelle avec la nymphe Salmacis, qui s'éprit de lui. La représentation la plus célèbre est celle de l'*Hermaphrodite endormi*, une statue qui date du IV<sup>e</sup> siècle avant notre ère.



l'ensemble des intersexués. Il faudrait suivre à long terme la totalité des patients opérés. Les intersexués ne sont pas des transsexuels. Apportons quelques éclaircissements aux notions de « transsexuels » et de « transgenres », avant de voir si des causes biologiques ou psychologiques sont mises en jeu.

## Le flou lié à l'existence de transsexuels

Malgré l'absence de tout signe d'intersexuation décelable avec nos moyens actuels d'investigation, certaines personnes rejettent leur sexe d'assignation : elles ne supportent pas de vivre dans le sexe qui leur a été attribué à la naissance, sans erreur ni ambiguïté. Cette souffrance peut commencer dès l'enfance et se poursuit inchangée – ce sont des transsexuels primaires ; parfois, elle survient plus tard dans la vie – ce sont des transsexuels secondaires. Ces personnes voient bien qu'elles ont un corps d'homme, mais se sentent une identité de femme. Elles veulent qu'on leur « restitue » leur vrai corps, un corps de femme ; ce sont des transsexuels masculins vers féminins. D'autres voient qu'elles ont un corps de femme, mais se sentent des hommes et veulent qu'on leur donne un corps d'homme ; ce sont des transsexuels féminins vers masculins.

Leur demande est impossible à satisfaire. On peut changer l'apparence de leur corps et leur état civil (dans les pays où la loi le permet, tels que la France), mais on ne modifiera jamais l'intérieur de leur corps, ni leur histoire vécue. La transformation à l'aide d'hormones et de chirurgie n'est pas anodine, c'est une mutilation. Certains organes sains sont enlevés, tels la verge et les testicules, ou les seins, l'utérus, les ovaires et les annexes ; on transforme un organisme qui fonctionnait normalement en un intersexué qui prendra des hormones sexuelles substitutives toute sa vie. Chez le transsexuel masculin vers féminin, le vagin créé permet des relations sexuelles, mais il n'y a ni utérus, ni ovaires, ni possibilité de grossesse. Chez le transsexuel féminin vers masculin, la phalloplastie construite n'est pas un pénis fonctionnel : la personne n'aura pas d'érection sauf si on lui pose des prothèses – ce qui est très compliqué –, et le plus souvent, elle ne pourra pas uriner debout, car l'urétroplastie est une technique difficile à réaliser. Aujourd'hui, contrairement à ce que certains affirment, on ne peut pas changer un homme en femme ni une femme en homme.

Grâce à des transformations limitées, la personne opérée vit en tant que membre de l'autre sexe. Certains transsexuels sont alors tellement soulagés que des médecins se sentent autorisés à poursuivre cette pratique, qui n'est pas un traitement curatif, mais seulement palliatif. La transformation hormono-chirurgicale est décidée après une période d'observation d'au moins deux ans par un psychiatre, un endocrinologue et un chirurgien.

Quand la décision a été prise après un suivi sérieux, les regrets d'avoir fait la transformation sont très rares, même si le transsexuel n'est pas parfaitement heureux à cause des limites de la chirurgie. Toutefois, il arrive que certains ne supportent pas la transformation (survenue de psychose, de dépression grave, de suicide). Les transsexuels féminins vers masculins ont, dans l'ensemble, une meilleure

insertion sociale que les transsexuels masculins vers féminins. Il serait important qu'on trouve un autre traitement. Jusqu'à présent, les traitements psychologiques, même s'ils apportent aux transsexuels quelque soutien, n'ont conduit à l'acceptation du sexe d'assignation que lorsqu'ils sont entrepris dans l'enfance, et parfois à l'adolescence.

Depuis quelques années, s'est développé un mouvement « transgenre » ou « trans » qui se définit comme n'ayant plus rien à voir avec les transsexuels calmes, bien élevés et cachés, attendant poliment que des juges et des professionnels médicaux libéraux leur donnent le traitement bien-faisant dont ils avaient besoin pour poursuivre leur vie dans l'ombre de la société normale. En 1997, Pat Califia, un auteur américain, écrit dans *Le mouvement transgenre* : « Une nouvelle sorte de personne transgenre est apparue : celle qui aborde la réassignation sexuelle dans le même état d'esprit que si elle demandait un piercing ou un tatouage ; ce qui diffère nettement de l'ancienne attitude vis-à-vis de l'hormonothérapie et de la chirurgie, lorsqu'une femme, considérée comme emprisonnée dans le corps d'un homme, ou vice versa, rendait ce traitement nécessaire. » Examinons brièvement les demandes des « trans ».

Tout d'abord, les « trans » réclament que la chirurgie soit banalisée et accessible à qui la souhaite, sans préalable, et notamment sans l'intervention d'un psychiatre. Ensuite, ils désirent que le changement de sexe à l'état civil puisse se faire sans intervention chirurgicale : le corps reste le même, mais le genre change. Une personne pourrait donc porter un enfant avec une identité d'homme ou féconder une femme avec une identité de femme. Serait-elle la mère ou le père de l'enfant ? Qui l'emporterait, la réalité biologique ou l'état civil ? La société ne devrait en rien intervenir dans la question de l'identité, qui serait pur choix de l'individu : éventuellement homme le matin, femme à midi, etc.

## La déconstruction de l'identité sexuée

Finalement, la distinction entre le sexe – biologique – et le genre – psychosocial – qui était née de l'étude des intersexués est remplacée par une déconstruction de la notion même de genre. Toute mention de sexe ou de genre à l'état civil devrait être supprimée. C'est le règne de l'identité *queer*, mot anglais qui signifie bizarre, mais qui a désigné péjorativement les homosexuels, et est aujourd'hui proposé pour indiquer qu'on peut être d'identité indéterminée ou bien de l'un et l'autre sexe successivement ou à la fois. En 2005, le biologiste Henri Atlan envisage dans son ouvrage *L'utérus artificiel* que, dans un avenir proche, on pourra fabriquer des bébés entièrement en dehors du corps maternel ; il suffira de mettre un ovule et un spermatozoïde dans une machine. L'utérus artificiel achèvera de supprimer toute différence entre les hommes et les femmes, il n'y aura plus ni pères ni mères, seulement des parents qui se présenteront devant la machine et auront le droit à un enfant fabriqué entièrement en dehors de la mère.

Existe-t-il des causes biologiques ou psychologiques à l'intersexuation et au transsexualisme ? Les formes d'intersexuation sont multiples et n'ont donc pas une cause unique. Les chromosomes (XY chez l'homme et XX chez la



femme), les organes génitaux internes (la prostate chez l'homme, l'utérus et les trompes de Fallope chez la femme), les gonades (les testicules produisant des spermatozoïdes chez l'homme et les ovaires produisant des ovules chez la femme), les concentrations hormonales (les androgènes et les estrogènes sont présents dans les deux sexes, mais à des concentrations différentes), ou les organes génitaux externes (la verge et les bourses chez l'homme, la vulve, le vagin et le clitoris chez la femme) sont absents, ambigus, incomplets ou anormaux. Certaines de ces causes sont génétiques ; par exemple, l'insensibilité complète aux androgènes fait qu'une personne XY peut avoir des organes génitaux externes d'apparence femelle : le diagnostic ne sera fait à la naissance que si l'on a connaissance de cas semblables dans la famille. D'autres sont des incidents imprévisibles du développement. Mais dans tous les cas, il y a des troubles morphologiques liés à une cause génétique.

## Des causes inconnues

Chez les transsexuels, il n'y a pas de troubles biologiques décelables. Les organes génitaux et le fonctionnement hormonal sont normaux. Tel transsexuel évoque dans sa biographie le fait qu'il avait une verge petite, mais tous les hommes ayant une verge relativement petite ne deviennent pas des transsexuels. Le malaise qui conduit la personne à une chirurgie mutilatrice plutôt qu'à vivre dans son sexe d'origine est si important que certains médecins pensent qu'il y a nécessairement une cause biologique. Mais quelle est-elle ? On s'appuie alors sur l'expérimentation animale... mais nous allons voir que les travaux chez l'animal ont leurs limites. Chez le rat, les stimulations de certains noyaux du cerveau déclenchent les postures sexuelles au cours du coït : monte de la femelle chez le mâle, lordose chez la femelle. Des régions du cerveau contrôlent-elles le comportement sexuel ? Qu'en est-il chez l'homme ? En 1995, s'appuyant sur ces travaux réalisés chez l'animal, l'endocrinologue Jiang-Ning Zhou et ses collègues, à Amsterdam, ont étudié les cerveaux de transsexuels masculins vers féminins (il a fallu 11 ans pour rassembler six cerveaux *post mortem*) : un petit noyau, nommé subdivision centrale du noyau basal de la strie terminale, d'environ deux millimètres cubes, normalement plus petit chez la femme que chez l'homme, est plus petit encore chez le transsexuel masculin vers féminin ; les endocrinologues ont tenté de contrôler, en vain, que ce n'était pas dû à la prise d'hormones femelles.

Par ailleurs, on a supposé que le transsexualisme résulterait d'une imprégnation hormonale anormale *in utero*. En 1988, Robert Goy et son équipe, à l'Université de Wisconsin aux États-Unis, ont étudié des singes femelles macaques rhésus. Ils ont administré des hormones mâles à des fœtus femelles, soit tôt au cours de la gestation (entre 40 et 64 jours), soit tard (entre 115 et 139 jours). Seuls les organes génitaux des premières ont été modifiés. Pour les unes et les autres, sont apparus des comportements caractéristiques des mâles, mais pas toutes les attitudes mâles. De surcroît, nous disposons d'une expérimentation naturelle chez l'homme : dans l'hyperplasie congénitale des surrénales chez des sujets XX, les fœtus sont androgénisés. Il y a une modification des organes génitaux externes, des

comportements de garçon manqué, mais pas un refus de l'identité de fille quand les enfants sont élevés en filles. Il n'est donc pas prouvé que l'androgénéisation *in utero* soit la cause du transsexualisme féminin vers masculin.

Toute la difficulté réside dans le fait qu'il n'y a pas de modèle animal pour l'étude de l'identité sexuée : on observe des comportements chez l'animal, on ne sait rien du « sentiment » qu'il a d'être un mâle ou une femelle... L'origine biologique du transsexualisme et du transgenre demeure une énigme. S'il y a un facteur biologique, on ignore pour le moment lequel.

Et s'il y avait des facteurs psychologiques ? Le rôle des interactions précoces du bébé et de son environnement n'est pas à négliger. Il arrive qu'on voie en consultation de jeunes enfants, de trois ans ou moins, qui refusent leur sexe d'assignation. Quand on a la possibilité d'étudier les interactions de l'enfant et de ses parents, on constate parfois que certains parents sont satisfaits de voir leur garçon se comporter en fille – il est ainsi si mignon et si éloigné de la violence masculine. Le médecin aide alors les parents à modifier leur vision de la masculinité et de la féminité, et leur comportement : ils cessent d'être comblés par les conduites féminines de leur petit garçon, et l'enfant accepte alors son sexe biologique.

Une méthodologie valable ne doit exclure ni le corps ni l'environnement. Il est difficile de concevoir que l'identité sexuée dans l'espèce humaine puisse résulter uniquement de phénomènes cérébraux et biologiques, alors que l'importance des facteurs culturels est évidente. Quand un petit garçon veut mettre une jupe pour aller à l'école, ce ne sont pas ses réactions érotiques qui sont en cause, il veut ce qui va le faire reconnaître comme fille. La source de ce désir apparaît parfois dans la satisfaction que son entourage a de le voir se conduire en fille. Dans d'autres cas, l'enfant vit une expérience de désarroi dont il se sort en pensant qu'il appartient à l'autre sexe : il considère qu'il ne peut vivre, être aimé, s'estimer lui-même qu'en tant que membre de l'autre sexe. Mais on ignore pourquoi...

Les intersexués et les transsexuels vivent une condition douloureuse, à laquelle les médecins s'efforcent d'apporter une réponse qui n'efface cependant pas le problème. Fort heureusement, la tolérance progresse, même si cela prend du temps. Endocrinologues, psychiatres, neurologues doivent continuer leurs recherches sur ces états limites, ces passages flous d'un sexe à l'autre, pour aider ces personnes souvent en état de détresse sociale.

**Colette CHILAND** est professeur émérite de psychologie clinique à l'Université René Descartes à Paris, et psychiatre au Centre Alfred-Binet dans le 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris.

H. ALTAN, *L'utérus artificiel*, Seuil, 2005.

P. CALIFIA, *Le mouvement transgenre. Changer de sexe*, EPEL, 2003.

C. CHILAND, *Le transsexualisme*, PUF, 2003.

C. CHILAND, *Changer de sexe*, Odile Jacob, 1997.

J. ZHOU *et al.*, *A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality*, in *Nature*, vol. 377, pp. 68-70, 1995.

R. GOY *et al.*, *Behavioral masculinization is independant of genital masculinization in prenatally androgenized female rhesus macaques*, in *Hormones and behavior*, vol. 22, pp. 552-571, 1988.