

ABSTRACT

Homme, Femme : identité ou perceptions modifiables ?

Auteur : Dr Dominique Chatton, psychiatre psychothérapeute FMH, sexologue clinicien ISI, ASCliF et AIHUS

MOTS CLEFS: Identité – sentiment d'appartenance à son sexe biologique

« On ne naît pas femme, on le devient » (Simone de Beauvoir). Il en va de même pour l'homme ! Nos observations sexocliniques récentes le confirment.

Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique est une composante fondamentale, dynamique et développementale de la santé sexuelle. Ce sentiment peut évoluer au cours du temps, se développer, s'affaiblir aussi. Il ne s'agit donc pas d'un élément stable au sens d'une identité de l'individu (« identité sexuelle »), mais bien d'une perception modifiable, liée au sexe biologique, en d'autres termes une codification.

Plusieurs situations cliniques nous ont permis d'observer des modifications importantes et rapides (en quelques mois) au niveau du sentiment d'appartenance à son sexe biologique. Elles ont été obtenues par des interventions spécifiques incluant des appropriations sensorielles et fonctionnelles adéquates des organes génitaux.

Cet article reprend dans les grandes lignes une communication que j'ai faite au Congrès extraordinaire de sexologie organisé par Mme Linda Rossi du 30 mars au 1^{er} avril 2007 à Lugano.

Comme d'autres avant moi, à partir de mon expérience clinique, j'ai constaté depuis plusieurs années que Simone de Beauvoir disait vrai : « *on ne naît pas femme* [je rajouterais « *ou homme* »], *on le devient* ». Force m'a été d'admettre que se sentir un homme ou une femme est une perception qui peut se renforcer. Ne pas se sentir (suffisamment) homme ou femme est d'abord un état lié à une limite que je situe clairement dans le champ de la sexologie et du développement sexuel de la personne concernée, plutôt que dans celui de la maladie mentale.

Comment en suis-je arrivé à considérer comme perceptuelle et donc modifiable ce qui est généralement considéré comme identitaire et non modifiable ? Je vais développer trois points afin de l'explicitier.

Premièrement, lors de ma communication au congrès de Lugano, j'ai évoqué certains aspects de mon développement personnel, comme garçon, puis comme homme, qui m'ont aidé à mieux comprendre rétrospectivement certains points du développement du sentiment d'appartenance à son sexe, les ayant vécus de l'intérieur. Je ne souhaite cependant pas reprendre ici tous ces éléments relativement intimes par écrit et ne garderai que l'essentiel. Il concerne ma rencontre avec le Prof. Jean-Yves Desjardins et l'impact que celle-ci a eu sur le développement de ma compréhension de ce que j'appelle maintenant « *troubles du développement du sentiment d'appartenance à son sexe biologique*[\[1\]](#) ».

Deuxièmement, je décrirai une partie de mon histoire de sexologue clinicien confronté à la prise en charge de patients transsexuels.

Troisièmement, j'évoquerai l'évolution de certaines situations cliniques et les constats qu'elles m'ont permis de faire.

1. Prises de conscience personnelle

J'ai eu la chance de faire une analyse bioénergétique durant 8 ans. Grâce à cette thérapie, j'ai pu développer une meilleure conscience de mon corps, de la personne que j'étais et aussi renforcer l'homme en moi.

Plusieurs années plus tard, au printemps 1998, à Lugano, j'ai eu l'occasion de travailler à développer plus encore mon sentiment d'appartenance à la masculinité, en assistant à un séminaire « *Vivre en Amour* » sur la sexualité féminine que donnait le Prof. Jean-Yves Desjardins. Madame Linda Rossi, psychomotricienne à temps partiel à l'Unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (UGPS), organisait ce séminaire et elle m'y invita. Je lui suis encore aujourd'hui très reconnaissant de l'opportunité

[\[1\]](#) *La nomenclature psychiatrique classique (DSM-4 ou CIM-10) classe ces problèmes sous la rubrique « Troubles de l'identité sexuelle ».*

Abstract

qu'elle m'a ainsi donné de faire la connaissance de Jean-Yves Desjardins.

A l'occasion d'un atelier de ce séminaire, j'ai pu vivre une expérience jamais vécue jusque-là : le plaisir pour l'homme (et le mâle, si j'ose l'écrire !) que je suis, de regarder avec assurance des femmes qui défilaient devant nous en travaillant, elles, à améliorer leur féminité au travers d'exercices centrés sur leur démarche. Je ne puis décrire ici exactement l'impact sensoriel, émotionnel, cognitif, qu'a eu cette expérience, mais je puis affirmer qu'elle m'a aidé à clarifier, sur le moment et encore bien des années plus tard, des questionnements que je pouvais avoir sur ce sujet complexe de l'appartenance générale.

Suite à ce séminaire, j'ai décidé d'organiser à Genève un premier cycle de formation à l'Approche Sexocorporelle par le Prof. Desjardins. Ainsi, j'ai eu la chance d'apprendre des moyens très efficaces pour améliorer encore mon fonctionnement sexuel et ainsi ma vie de couple.

De plus, mon sentiment d'être un homme, bien dans sa peau d'homme, serein par rapport à sa masculinité, capable de la porter, d'investir son côté phallique et pénétrant avec plaisir, s'est très clairement renforcé. J'ai envie de dire qu'il a atteint son apogée avant que les effets du vieillissement ne s'annoncent et ne viennent, comme pour tout homme, me rendre la vie un peu plus difficile de ce point de vue !

2. Prises en charge en tant que sexologue clinicien

En tant que sexologue clinicien, j'ai été confronté dès le premier mois d'activité à l'Unité de sexologie des HUG (UGPS), en octobre 1994, à la prise en charge d'une patiente consultant pour une inversion du sentiment d'appartenance à son sexe biologique dans le sens d'un transsexualisme. Ayant une formation en bioénergie, j'ai d'emblée parlé à cette patiente de la possibilité de travailler « corporellement ». À l'époque, je ne savais pas trop comment m'y prendre spécifiquement, mais de manière générale, je me disais que renforcer sa perception corporelle ne pouvait pas nuire. Avec son accord, nous avons donc commencé pendant quelques séances avec un travail « bioénergétique » sur l'enracinement, la centration et une mobilisation corporelle douce (non génitale) associée à la respiration.

N'étant pas supervisé en bioénergie dans ce travail (le superviseur le plus proche se trouvant à Bâle), étant en formation post-graduée en psychothérapie analytique à l'époque, et à cause du peu de retour encourageant de la part de la patiente qui ne voyait pas bien le sens de ce que nous faisons, j'ai malheureusement assez rapidement abandonné la bioénergie avec elle, pour en revenir à une psychothérapie d'inspiration analytique classique[2].

Trois ans plus tard, ayant été nommé, avec le soutien du Prof. Pasini, à la tête de l'UGPS, j'avais le souci que cette institution puisse continuer à offrir une prise en charge digne de ce nom aux patients consultant pour transsexualisme. Entre temps, la patiente dont je viens de parler venait d'être opérée, après plus d'une année de traitement hormonal bien supporté et de « *real life test* »[3]. Les choses s'étaient très bien passées pour elle, je dois maintenant dire pour lui ! J'ai même la prétention d'affirmer que le chirurgien, un spécialiste des phalloplasties avait dit à son propos qu'il avait rarement opéré une patiente aussi bien préparée à l'intervention.

Pendant la même période, j'ai reçu quelques autres patients pour une évaluation et en avais aussi en thérapie. J'avais donc vécu une expérience très positive et plutôt encourageante dans l'accompagnement de cette patiente jusqu'à la transformation hormono-chirurgicale. Cependant, cela ne m'avait pas complètement convaincu que la transformation hormono-chirurgicale soit la meilleure réponse thérapeutique. Cette intervention m'apparaissait somme toute très mutilante pour la fonction reproductive[4].

[2] *Le protocole que nous utilisons à l'UGPS pour le suivi de ces patients s'inspirait, à l'époque, de celui du Harry Benjamin Institut, mais nous demandions un temps de psychothérapie préalable à toute hormonisation d'au minimum 2 ans. Suivait le « real life test » (voir la note ci-dessous) pendant au moins une année, puis la chirurgie en cas de maintien de la demande dans ce sens.*

[3] *Le « real life test » est le fait de faire l'expérience la plus proche possible de ce que sera la vie sous les nouveaux stéréotypes et c'est aussi le moment (pour ceux qui ne l'ont pas encore fait) de faire leur « coming out », c'est-à-dire ouvrir à tous (parents, amis, relations professionnelles, etc.) leur problème « identitaire ».*

[4] *Je dois dire qu'à l'époque, tout comme la plupart de mes collègues, je ne portais pas beaucoup d'attention à la fonction d'excitation génitale qui ne semblait d'ailleurs pas poser de problèmes particuliers aux patients qui n'en parlaient pas spontanément. Dès lors, nous n'en parlions jamais, même s'il arrivait (rarement) que nous parlions de sexualité, par exemple pour cette patiente de son envie de coïter et de pénétrer son amie de l'époque.*

Abstract

Le fait aussi de partir d'un organisme sein et d'aboutir de façon iatrogène à une personne devant prendre à vie une médication hormonale, avec tous les risques que cela comportait, ne pouvait m'apparaître comme entièrement satisfaisant, malgré la satisfaction évidente de ma patiente.

Je me posais toujours des questions sur la possibilité d'offrir d'autres perspectives par la bioénergie, c'est-à-dire par une psychothérapie corporelle. Dans ce sens, je me demandais comment utiliser éventuellement les compétences des psychomotriciennes de l'équipe, dont d'ailleurs Madame Rossi, pour un travail spécifique dans ce sens.

J'avais le sentiment d'être à la croisée des chemins pour la prise en charge de ces patients. En effet, me sentant encore motivé par un questionnement à propos de la thérapeutique, le travail avec ces patients m'intéressait pour mieux connaître ce problème que je voyais complexe. Mais je pressentais qu'il serait difficile de garder cet esprit à long terme, confronté inlassablement à la conviction apparemment inébranlable de ces patients en complète contradiction avec leur apparence morphologique et à leur détermination, pour ne pas dire « *leur revendication* », à changer de sexe. Je me projetais dix ou vingt ans plus tard et me voyais alors, comme d'autres collègues avant moi, résigné à ne plus chercher à faire mieux qu'une sorte de travail d'aiguilleur : les « *bons cas* », les « *vrais transsexuels* », vers l'opération, les « *mauvais cas* », les « *faux* », récusés. Le travail essentiel ne consisterait plus alors qu'à bien les trier, mais sur le plan à proprement parler thérapeutique, l'essentiel serait laissé à l'endocrinologue et au chirurgien^[5].

Cette perspective ne m'enchantait guère. Comme ne m'enchantait guère plus le fait d'avoir le sentiment, finalement, de ne servir qu'à confirmer ou infirmer un diagnostic autoproclamé et à recommander un traitement autoprescrit.

^[5] À ce propos, au dernier congrès de l'Association mondiale de santé sexuelle (WAS) à Sydney, (15-20 avril 2007, le Prof. Eli Coleman, spécialiste dans le domaine, a affirmé avec conviction, en substance, que l'on ne se posait plus actuellement la question de l'intérêt de la réassignation hormono-chirurgicale du sexe en cas de transsexualisme, mais seulement de qui devait en bénéficier.

Mon rôle de médecin ne m'apparaissait plus, dans cette perspective, qu'à devoir être abandonné au patient, ce que je ne pouvais me résoudre à accepter sans plus de réflexion.

Au séminaire « Vivre en Amour » déjà évoqué ci-dessus, ayant eu l'occasion d'échanger pour la première fois avec le Prof. Desjardins, je lui demandai ce qu'il pensait d'une prise en charge corporelle des patients « transsexuels ». Y avait-il quelque chose à faire par l'Approche Sexocorporelle ? À ma grande surprise, je découvris qu'il avait une vision très précise de ces troubles en tant qu'une distorsion perceptive explicable par le manque d'investissement des organes génitaux. Il était prêt à réfléchir à un protocole de traitement avec moi, ayant lui-même traité avec succès une quinzaine de patients.

Cela contribua aussi beaucoup pour moi à la décision qui mûrissait de l'inviter à Genève pour donner une formation à l'Approche Sexocorporelle. C'est ainsi qu'en janvier 1999 débutait le premier cycle de la formation genevoise. Quelques mois plus tard, soit le 20 octobre 1999, nous mettions sur pied à l'UGPS, le Prof. Desjardins et moi, un séminaire centré sur la prise en charge des patients souffrant d'un trouble du sentiment d'appartenance à leur sexe biologique. Nous l'avons tenu à 20 reprises durant 3 heures les mercredis après-midi durant près de 5 ans, jusqu'au 9 juin 2004, quelques mois avant mon départ des HUG.

3. Évolution des prises en charge en sexothérapie

Bien entendu, rapidement, je commençai à modifier les prises en charges que je proposais aux patients consultant pour troubles de l'identité sexuelle. En résumé, je procédais tout d'abord à une évaluation sexologique complète de la situation du patient. Celle-ci montrait à chaque fois d'importantes limites dans l'investissement de l'excitation génitale. Sur cette base, après leur avoir expliqué la logique de leur fonctionnement telle que je l'avais comprise, je leur proposais de travailler progressivement à développer un meilleur rapport à leurs organes génitaux dans leur conformation de base. Le projet était pour eux de mieux connaître ce dont ils souhaitaient si ardemment se débarrasser, de mieux connaître ce qui leur faisait la plupart du temps si peur. À cette époque, n'ayant pas d'expérience dans ce nouveau type de prise en charge, je ne voyais pas encore dans la réassignation hormono-chirurgicale le traitement problématique que je vois effectivement maintenant dans le protocole du Harry Benjamin Institut.

Abstract

J'eus aussi la chance de recevoir une jeune patiente d'environ 20 ans, me sollicitant au moment où elle se demandait « *si elle n'était pas une transsexuelle ou au moins une homosexuelle* ». Elle venait d'assister à la projection du film « *Boy's don't cry* » et d'apprendre qu'une femme pouvait se sentir un homme.

Elle même se sentait « *masculine* » depuis l'enfance. La seule différence que je voyais en comparaison avec d'autres patients transsexuels était qu'elle n'arrivait pas à cette première consultation avec la conviction inébranlable d'être de l'autre sexe^[6].

La sexothérapie de la 2^{ème} patiente dura 8 mois après quoi elle disait se sentir au clair, bien dans sa peau de femme hétérosexuelle (alors qu'elle avait eu des expériences homosexuelles bien vécues auparavant), à tel point d'ailleurs que j'appris d'elle quelques mois après la fin de la thérapie qu'elle envisageait sérieusement de se marier et d'avoir des enfants.

J'ai présenté cette situation, qui m'apparaissait importante pour la clinique du transsexualisme, au congrès de la WAS à Paris en 2001.

Par la suite, j'ai eu le cas d'un homme souhaitant une réassignation partielle (c'est-à-dire qu'il voulait vivre sa vie en femme, tout en conservant son pénis). Puis, un patient demandant une réassignation complète, se disant femme prisonnière dans le mauvais corps. Ces deux patients acceptant le nouveau protocole (non sans une âpre négociation du traitement sur plusieurs séances) ont fait une évolution spectaculaire dans le sens de voir naître progressivement en eux, au travers de la sexothérapie, une perception en harmonie avec leur sexe biologique. J'ai revu le deuxième patient récemment, 2 ans après la fin de la sexothérapie. Il se sent de mieux en mieux dans sa peau d'homme et de père. Il lui reste, mais rarement et ce, face à certaines difficultés qu'il rencontre dans sa vie d'homme, un certain regret de n'être pas né femme. Mais cette pensée est passagère et ne génère aucune angoisse. Elle disparaît spontanément et rapidement, puis il pense à autre chose.

[6] *Cependant, la première patiente suivie dont j'ai évoqué des éléments du traitement ci-dessus, était elle aussi arrivée en se posant la question de savoir ce qu'elle était (homme ou femme ?). Elle se sentait homme, n'affirmant pas totalement en être un, tout en ne voyant pas du tout comment elle pourrait un jour se sentir différemment, c'est-à-dire se sentir une femme.*

D'autres situations, à l'évolution moins favorables, dans le sens où leur phobie de leurs organes génitaux et le manque de motivation à envisager une autre solution à leur problème, ne leur avait pas permis d'accepter le traitement que je leur proposais, augmentaient cependant à chaque fois les évidences dans le sens du modèle de compréhension du développement sexuel tel que le Prof. Desjardins l'avais compris. Ce développement, dont certains éléments sont assez bien décrits par d'autres dans la littérature ainsi que dans le DSM-4, est cependant compris différemment. On y prend pour expression du début précoce du trouble, des comportements qui sont à voir, aussi et surtout, comme autant de facteurs aidant à consolider la distorsion perceptive déjà si précocement présente. Par exemple, l'intérêt porté par un petit garçon pour les habits féminins est compris comme l'expression de son inversion. Bien entendu, ceci est vrai, mais l'on oublie le rôle consolidant que cela a certainement sur la perception de ce petit garçon comme féminoïde.

Je me souviens de deux patients dont certains aspects de la clinique me paraissent particulièrement intéressants. Le premier, un homme qui avait une manière particulière de se stimuler sexuellement dans son autoérotisme, en pressant avec les doigts la base de son pénis, comme une femme appuierait sur ses grandes lèvres. Il exerçait aussi des tensions musculaires au niveau de son périnée, ce qui donnait sans doute au niveau de son imaginaire un scénario dans lequel il se voyait pénétré dans cette région par un homme.

La deuxième, une femme qui ne se stimulait pas personnellement sur le plan sexuel (ce qui est fréquent) et qui disait vivre son seul plaisir dans la vie au travers de la danse. Questionnée à ce sujet, elle décrivait des sensations de chaleur très agréables dans son bas ventre qui remontaient vers sa poitrine et sa gorge. Découvrant que ce plaisir intense était lié à ses organes génitaux de femme, elle fut très troublée. Alors qu'elle se disait déterminée à demander la réassignation hormono-chirurgicale du sexe, qu'elle pouvait demander le passage à l'hormonothérapie et au « *real life test* » après plus de 2 ans de psychothérapie, elle poursuivit 6 mois encore cette thérapie, ne pouvant apparemment se résoudre, ni dans un sens, ni dans l'autre. Il est intéressant de noter que ce qui la retenait d'explorer ses organes génitaux, comme je le lui avais suggéré, était à mon sens une forte inhibition à allure phobique à leur endroit. Elle disait ne pas s'y sentir prête.

Abstract

Au congrès de la WAS à Cuba en 2003, à celui de Montréal en 2005, j'ai proposé des communications sur ce sujet et y ai présenté 2 posters à partir des observations cliniques à chaque fois plus nombreuses que je faisais et dont j'ai parlé ci-dessus. En avril dernier, au congrès de Sydney, j'ai présenté un poster à propos de deux cas montrant une évolution spontanée.

D'abord, celui d'une femme qui, après avoir très sérieusement pensé demander une réassignation hormono-chirurgicale de son sexe à l'âge de 15 ans, actuellement, à l'âge de 20 ans, se dirige vers l'hétérosexualité, se sentant une femme. Dans l'intervalle, elle a vécu quelques relations homosexuelles bien investies au travers desquelles elle a progressivement fait ce qu'il fallait pour se sentir une femme : elle a appris à investir érotiquement son vagin. Cela lui donnait aussi les bases, comme à toute femme d'ailleurs, pour érotiser la pénétration vaginale par un homme phallique.

À l'évaluation sexologique, elle présentait toutes les étapes du développement typique aux patients transsexuels. De plus, malgré la modification fondamentale de sa perception, elle se présentait malgré tout d'une manière très ambiguë sur le plan des stéréotypes sexuels. Ainsi, lorsque je l'avais vue pour la première fois à la salle d'attente, j'avais eu l'impression d'avoir affaire à un jeune homme. Quel ne fut pas mon étonnement en entendant sa demande qui était que je l'aide à modifier sa perception des hommes ! Elle disait les craindre, ayant vécu l'expérience très désagréable d'avoir été coincée par l'un d'eux dans les toilettes d'un dancing et d'avoir subi l'introduction forcée de ses doigts dans son vagin.

Ensuite, le cas plus courant d'un homme s'étant senti une fille jusque vers l'âge de 11 ans, époque où, découvrant la masturbation pénienne, la perception de son sexe biologique s'était établie de manière plus harmonieuse, même s'il gardait une orientation homosexuelle.

La constitution du sentiment d'appartenance à son sexe biologique

Voici donc rapidement brossés les éléments m'ayant conduit à penser qu'il ne s'agit pas d'identité sexuelle, mais d'une perception, c'est-à-dire du sentiment d'appartenance à son sexe biologique (et je n'ai volontairement pas mentionné toutes les autres situations plus simples, ou celles touchant plutôt à l'orientation sexuelle, dans lesquelles j'ai toujours fait les mêmes constatations).

En bref, la constitution du sentiment d'appartenance à son sexe biologique passe par un investissement cohérent et fonctionnel des organes génitaux, la découverte non conflictuelle de la différence (notamment anatomique) des sexes, une identification aux pairs (adultes et enfants) qui peut se renforcer par de bons contacts avec le parent du même sexe ou son remplaçant et par des jeux avec des enfants du même sexe et du même âge, des éléments symboliques liés au sexe que l'on retrouve dans les jeux de l'enfance, seuls d'abord (pistolet par exemple), puis en groupe (football par exemple).

Les personnes souffrant d'un trouble important ou d'une inversion du sentiment d'appartenance à son sexe biologique y compris le transsexualisme, montrent un développement sexuel particulier, en partie bien décrit dans le DSM-4, que l'on peut résumer ainsi : manque d'investissement des organes génitaux ou investissement particulier sur un mode d'excitation sexuelle ne favorisant pas une perception cohérente de son sexe biologique ; identification aux personnes (adultes et enfants) de l'autre sexe, intérêts typiques de l'autre sexe, partenaires de jeux de l'autre sexe, etc.

Voici quelques messages que je retire de notre expérience clinique en Approche Sexocorporelle :

1. nous avons maintenant des évidences suffisamment convaincantes sur le plan clinique pour affirmer, sans aucune crainte d'être contredits par quiconque se penchera vraiment sur la question en faisant table rase de ses a priori, que les troubles de l'identité sexuelle sont des troubles du développement sexuel traitables par la sexothérapie;
2. il est faux de dire que les choses sont fixées à partir d'un certain âge. Elles sont parfaitement modifiables, même si cela nécessite un investissement important du patient et du thérapeute, et que cela n'est pas chose tout à fait facile;
3. un facteur limitant, dans les cas ayant un trouble d'inversion du sentiment d'appartenance à son sexe biologique, est l'élément phobique concernant les organes génitaux. Cet élément peut faire un barrage important à toute idée de traitement sexologique chez le patient. Cependant, si l'on n'a jamais cautionné en psychothérapie le traitement d'une phobie par l'évitement de l'objet phobogène, pourquoi en serait-il autrement ici? D'autant plus que la seule alternative offerte consiste en un traitement mutilant et iatrogène (hormonothérapie à vie, atteinte à la fonction d'excitation génitale et castration), de plus coûteux à tous points de vue.

Abstract

J'ose affirmer que ce message, révolutionnaire en sexologie et en psychologie, dérange. En effet, il remet en cause la plupart des croyances infondées, sur lesquelles s'appuient bien des praticiens et chercheurs actuels.

Je comprends parfaitement que l'on puisse être dérangé. Je l'ai été moi-même quand il a fallu que j'applique une politique cohérente avec mes constatations, en n'acceptant plus de prendre en charge des patients venant me demander d'être le simple exécutant d'une thérapie qu'ils avaient eux-mêmes prescrite (à savoir la réassignation hormono-chirurgicale sans démarche sexologique préalable)^[7].

Ceci ne représente pas pour moi une raison suffisante pour renoncer à trouver des moyens de faire connaître mieux ces constatations et à pouvoir en faire bénéficier les patients qui le souhaitent.

Nouvelles avenues sexocliniques

Tenant compte de la réalité actuelle dans la prise en charge des patients souffrant d'une inversion de l'identité sexuelle, je pense qu'une nouvelle proposition thérapeutique devrait leur être faite. Il ne m'apparaît pas réaliste, à ce stade, de suggérer l'abandon pur et simple de la réassignation hormono-chirurgicale du sexe, bien que la nouvelle compréhension du développement sexuel apportée ici me paraît conduire tôt ou tard à cette évolution des choses. Une étape me paraît indispensable et elle devrait à mon sens être le plus rapidement possible adoptée par les équipes spécialisées dans ce domaine. Cette étape devrait intégrer, avant toute hormonothérapie, une sexothérapie impliquant l'exploration et l'investissement des organes génitaux par le patient^[8].

Voici donc, après vous avoir esquissé certains éléments de ma démarche, où j'en suis actuellement de ma réflexion sur ce domaine complexe.

^[7] Afin d'être tout à fait clair, je tiens ici à souligner que je ne refuserai jamais d'envisager d'accompagner à la réassignation hormono-chirurgicale un patient ou une patiente qui aura effectué une sexothérapie digne de ce nom et qui aura travaillé avec mon aide à combattre sa phobie de ses organes génitaux et travaillé à les investir dans la réalité, c'est-à-dire aussi dans leur fonction d'excitation sexuelle.

^[8] Le Prof. Desjardins et moi-même, sommes tout à fait disposés à aider quiconque souhaiterait développer ses compétences dans la prise en charge de patients souffrant de tels problèmes, n'hésitez donc pas à nous contacter à ce sujet.

Actuellement et en résumé, ce que je propose d'offrir aux patients est simple :

1. un modèle cohérent de développement du sentiment d'appartenance au sexe biologique et, partant de là, une évaluation sexologique complète, puis un reflet cohérent de notre compréhension de leur situation actuelle, de la logique permettant de comprendre la distorsion perceptuelle. L'information est toujours un élément fondamental d'une thérapie bien conduite, à mon sens. Il s'agit en premier lieu, de permettre au patient de comprendre ce qui lui arrive, et secondairement, d'élaborer ce que l'on peut lui proposer sur le plan thérapeutique;
2. un projet thérapeutique qui passera inévitablement par un travail d'abord sensoriel, puis symbolique et fonctionnel au niveau des organes génitaux, le but étant d'obtenir un confort psychocorporel (corps-cerveau) avec les organes génitaux et dans l'excitation sexuelle;
3. la possibilité, par la suite, d'un traitement de réassignation hormono-chirurgicale du sexe, si maintien de la demande dans ce sens après que le point 2 ci-dessus ait été correctement effectué (disparition de la phobie et confort avec les organes génitaux).

Cette procédure pourrait tout à fait s'intégrer avec les programmes de prise en charge des centres pratiquant les traitements classiques, si tant est qu'ils montreraient une ouverture dans cette direction. Elle pourrait amener une autre perception de la réalité clinique, partant d'observations nouvelles. Mais bien entendu, dans ces programmes nouveaux, les traitements sexologiques devraient être conduits par des sexologues compétents dans le domaine du renforcement du sentiment d'appartenance à son sexe biologique et plus généralement de la gestion de la fonction d'excitation génitale. Des connaissances se limitant au fonctionnement psychologique ne suffisent absolument pas dans ce domaine.

Ce sont là les pistes de développement que je vois dans ce domaine controversé. Je suis convaincu qu'il s'agit d'une démarche cohérente, tenant compte de la réalité à la fois des habitudes prises de traitement hormono-chirurgicaux et à la fois de la nécessité d'affiner notre expérience clinique. J'espère que ces constatations, déduction et propositions puissent intéresser certains à travailler à poursuivre le développement des connaissances en ce domaine fondamental pour l'être humain.