



La notion de regret dans la clinique du changement de genre

Arnaud Alessandrin

► To cite this version:

Arnaud Alessandrin. La notion de regret dans la clinique du changement de genre. L'Évolution Psychiatrique, 2019, 84 (2), pp.177-284. hal-02184285

HAL Id: hal-02184285

<https://hal.science/hal-02184285>

Submitted on 15 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La notion de regret dans la clinique du
changement de genre

The notion of regret in the clinical approach to gender
reassignment

Arnaud Alessandrin (Sociologue) *

LACES, Université de Bordeaux, 3 ter, place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France

1. Introduction : un seul regrette et tous sont suspectés

En 2010, un film documentaire de Marcus Lindeen revient sur le parcours de deux hommes suédois après leurs transitions. À leur manière, tous deux expriment, face caméra, dans un dispositif intime et sobre, un regret, l'idée d'une erreur. Ils se réunissent ainsi pour la première fois et vont parler de leurs vies, entre eux, mais aussi face au public évidemment, qui découvre ce thème présent dans la littérature mais peu abordé sinon. Mikael, l'un des protagonistes, a été opéré au milieu des années 1990, dans sa cinquantième année, alors qu'Orlando, le second à être interviewé, était l'un des tout premiers patients

à entrer dans les protocoles de soins de Suède lorsqu'il se fait opérer en 1967. Mais leurs transitions ne sont, selon leurs propres mots, pas à la hauteur de leurs espérances. Ils regrettent le corps, la poitrine, de la femme qu'ils sont devenus. Si Mikael exprime des remords quant à sa transition, Orlando quant à lui met plus spontanément l'accent sur le protocole même de changement de sexe qui l'aurait poussé « jusqu'à » l'opération, ce qu'il ne désirait pas forcément. Depuis, Mikael et Orlando sont redevenus des hommes. C'est ainsi qu'ils se présentent face caméra, tout en revenant à de nombreuses reprises sur le fait que « redevenir » l'homme qu'ils étaient reste impossible, et qu'il s'agit dorénavant de devenir un autre homme, jamais complètement en dehors mais jamais réellement à l'identique de ce qu'ils étaient avant leurs transitions respectives. Mikael porte aujourd'hui des vêtements de taille large pour cacher ses seins et espère pouvoir se faire opérer rapidement. Il se sent « perdu », « entre deux sexes », dit-il à Orlando. Orlando est quant à lui un dandy androgyne, vêtu d'un costume de velours rouge, portant une boucle d'oreille à diamant unique. Mikael trouve sa tenue particulière. Si Orlando regrette son changement de genre, pourquoi continue-t-il à s'habiller de manière si féminine ? Dans la bouche d'Orlando, l'explication est pourtant simple : il aime la vie aussi bien dans un genre que dans un autre. Son expérience de transition le rend « à l'aise avec les deux » : parfois homme, parfois femme. Mais il fut un temps où, dit-il, il ne parvenait pas à pleinement vivre sa vie avec autant d'assurance. Orlando raconte notamment l'histoire de ses 11 ans de mariage à un homme, qui ne présumait pas sa transition, jusqu'à un après-midi, quand son secret a été révélé. Alors Orlando a commencé à assumer. Sa transidentité d'abord, et puis ses doutes aussi. Sans réellement parvenir à dédramatiser la situation auprès de son interlocuteur, Orlando démontre que la pleine certitude n'existe pas, y compris en ce qui concerne l'identité de genre.

Pourtant, ce n'est pas cette voie qu'ont empruntés les dispositifs médicaux et juridiques occidentaux qui, bien au contraire, ont limité le sexe à sa dimension binaire et fixe, en dehors d'une possibilité de transition unique, une par individu, une définitive.

Être son genre et ne pas se contenter de croire, et ce depuis l'enfance, de l'on est trans. En avoir la preuve, médicale de préférence, et pouvoir justifier de la demande sans interruption, malgré les aléas des parcours. Autant d'exigences protocolaires qui visent à vérifier que les personnes trans n'expriment pas quelque chose de l'ordre de l'incertitude, du doute. du regret. La notion de regret est présente partout dans les protocoles et textes médicaux qui traitent des opérations de réassignation. Et lorsqu'elle n'est pas précisément notée, c'est le champ lexical du doute, de la vérification, des tests, des suivis ou de la certitude qui la remplace. Pourtant, rien, ou presque, n'a été écrit sur cette notion, ni sur ce qu'elle signifie, ni sur sa robustesse qui pourrait s'évaluer à l'aune des chiffres, des cas, des retours d'expériences des personnes elles-mêmes, etc. C'est ce vers quoi tend cet article expérimental du point de vue de la thématique abordée. Dans le paysage actuel des controverses sur les suivis des personnes trans, sur leurs prises en charge psychologiques comme psychanalytiques, des éléments de discussion émergent pourtant assez nettement du côté d'une critique des dispositifs actuels, qu'il s'agisse des personnes trans majeures [1,2] ou mineures [3,4], chez lesquelles la notion de « non-binarité » explose par exemple [5]. Néanmoins, dans ces discussions vigoureuses autour des injonctions à la binarité et à la conformité de genre dans la clinique du changement de sexe, on ne trouve pas de trace d'une réflexion sur la notion de « regret ». C'est tout l'objet de cet article.

Il s'agira, à partir d'une revue de la littérature, de vérifier ce qui est dit lorsque est employée la notion de regret. Plus pragmatiquement, et dans un second temps, nous observerons que cette notion plane sur les protocoles médicaux franc, ais et internationaux avec plus ou moins de force. L'hypothèse de l'erreur étant centrale dans l'expression du regret, des concepts comme ceux de mélancolie ou des maladies comme la dysmorphophobie sont alors mis en avant dans des diagnostics différentiels afin de prévenir l'expression de ce regret. Pourtant, et l'article proposera une réflexion sur ce point, nous pourrions redimensionner l'approche du regret, en évaluant ces instants où ce dernier ne se fixe pas tant sur la transition elle-même mais plutôt sur les conditions sociales, relationnelles, chirurgicales de ce changement. Aussi, toujours dans une perspective de retravailler ce concept afin de dégonfler les peurs qu'il véhicule, nous discuterons de ses effets directs sur les personnes trans en général (suspicion, psychiatrisation) au regard des multiples regrets que tout un chacun est pourtant en mesure d'expérimenter au cours de sa vie. Enfin, mais il s'agit d'un préalable évident, il conviendra de lire ces pages en dehors de tout sensationnalisme¹.

2. La potentialité du regret

Comme outil de tri, les protocoles de santé ont mis en avant des éléments de sélection qui ont pour but affiché de limiter l'apparition de ces regretters. Dès les années 1960, avec l'élaboration des premiers protocoles de soins, la notion apparaît. Harry Benjamin, à l'origine du concept de « transsexualisme » en 1953 [6] écrira quelques années après :

« Quelques-uns de ces patients peuvent être plus homosexuels que transsexuels. Ils peuvent vouloir l'opération plus pour satisfaire un homme hétérosexuel que pour apaiser leur propre détresse de genre. Ils peuvent donc être des candidats au regret au cours de leurs vies futures » [7].

Mais ce regret évoqué l'est souvent sur le registre de la potentialité : peu de personnes regrettent et vont le regretter. D'autres auteurs mettront eux aussi en avant cette faible proportion, sans même la chiffrer, admettant que la demande de changement de genre, les parcours issus de cette demande et les tests psycho-psychiatriques suffisent à limiter l'existence des regretters de fac, on résiduelle [8,9].

Le Conseil de l'Europe lui-même, dans un texte intitulé « Transsexualisme, médecine et loi » revient-dra sur cette dimension :

« La bibliographie reprenant les études d'évaluation précoces présente [. . .] des résultats négatifs comme de profonds regrets postopératoires [. . .]. Dans la plus grande étude jamais publiée, portant sur des milliers de patients, Pfafflin et Junge (1992) ont signalé 18 cas de transsexuels homme-femme et 5 de transsexuelles femme-homme qui, après la CRS, retournent à leur rôle sexuel d'origine » ([10] p. 38)².

¹ À cet égard, regarder le site : <http://www.sexchangeregret.com>. On y trouvera un récit de « regret » (dont on interrogera la véracité), qui a bénéficié d'une médiatisation importante, non sans lien avec l'expression d'une certaine transphobie.

² Soit moins de 2 %.

Il en va de même pour les professionnels de soin qui interviendront dans le Diplôme InterUniversitaire de Paris Diderot, organisé par la SOFECT — Société Française d'Étude et de prise en Charge du Transsexualisme — qui, dans la présentation de leur cohorte souligne la faible représentation de ces regrets postopératoires. Sur leur site, nous pouvons lire que seules 5 % des personnes expriment du regret mais que seules 0,3 % demandent un retour du « sexe de naissance »³.

Si ces chiffres semblent concordants, rares sont les témoignages du regret. C'est ainsi que Gooren suggère que le nombre de personnes expérimentant un ou des regrets pourrait être bien plus important :

« Le traitement chirurgical a des conséquences sur toute la qualité de vie de la personne transsexuelle. Toutefois, 1 à 2 % de celles et ceux qui passent par cette opération le regrettent » [. .]

« C'est bien le transsexuel qui décrète la nécessité impérieuse de ces soins et qui vient clamer l'authenticité de son auto-diagnostic. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les cas de regrets "recensés" soient si peu fréquents. Mais n'existe-t-il pas des regrets invisibles et consentis ? » ([9], p. 1251).

Ce qui retient notre attention ici ne relève peut-être pas tant d'une potentielle sous-évaluation du regret (ce qui pourrait induire une augmentation des dispositifs de tests, de diagnostics et de tris, ce que nous ne soutenons pas dans cet article), que d'une horizontalisation de la notion de regret. Les personnes trans, comme les autres en somme, bricolent et réajustent leurs identités, leurs corps aussi, en fonction des contraintes et des possibilités qui s'offrent à elles. Ce qu'indique Gooren c'est certainement que la notion de regret, comme celle de consentement, se situe toujours dans un espace, certes juridiquement défini, mais assez flou du point de vue sensible [11].

Cette incertitude ne fut pas le mètre étalon des protocoles de santé qui (et c'est le cas partout en médecine) associent des pathologies diagnosticables à des traitements. Les textes descriptifs de ces protocoles ont ainsi déployé des tests différentiels et des étapes de diagnostics conséquents [12–14]. Nous nous confrontons donc à un paradoxe apparent entre le faible nombre de regrets, sa potentialité toujours présente et le sur-diagnostic auquel il conduit. Au sein des protocoles hospitaliers, les périodes de « real life test » (de test en vie réelle) sont notamment mises en place afin d'éprouver la

« bonne volonté » des patients et des patientes durant les transitions. Sont-ils vraiment ce qu'ils prétendent ? Alors qu'il se présente comme un élément de la thérapie, le real life test ne respecte pour autant pas toujours les préconisations internationales de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) qui suggèrent que le real life test ne soit pas un élément de diagnostic dans le parcours de changement de genre, mais un élément d'accompagnement et de prise de conscience individuelle. Selon les praticiens, cette étape sert pourtant à mesurer « la congruence » entre « la demande » et « la mise en acte » de « l'adaptabilité » de la personne. Dans une distribution entre « vrai » et « faux » « transsexuels » qui semble donc perdurer, cette sélection s'abat sur les personnes en transition. C'est pourquoi, nous pourrions nous interroger sur les conséquences d'une telle imposition. En effet, si les parcours de soins sont vécus comme maltraitants [15], la question de la prise en charge se couple immédiatement d'une question « éthique », celle de la prise en compte de l'individu en transition, en tant qu'individu relationnel, inscrit dans un réseau social, familial et professionnel et non simplement en tant qu'individu « malade » saisi isolément. Autrement dit : le principe de précaution, qui vise à éradiquer les regrets, est-il un principe éthique ? [16]. À l'inverse d'une considération éthique qui individualiserait les suivis, des auteurs comme Eldh [17] ou Pfafflin et Junge [18] préconisent un diagnostic différentiel approfondi pour tous les patients. Stig-Eric Olsson, en 2006, sur la base d'un cas unique, vient réaffirmer la nécessité de strictement suivre les protocoles de soins [19] :

« Ce rapport décrit une présentation de quatre décennies d'un patient dysphorique de genre masculin et non homosexuel. Le matériel de cas a été recueilli à partir de deux sources principales. Un des auteurs a eu des séances hebdomadaires de thérapie avec le patient sur une période de 2 ans près de 15 ans après la chirurgie de réassignation sexuelle. Des informations ont également été obtenues à partir des dossiers médicaux du patient couvrant la période allant

³ <http://www.sofect.fr/diu.html>.

du début des années 1960 au début des années 1990. Au fil des années, le patient a rempli les critères de différents diagnostics : réaction trop anxieuse de l'enfance, fétichisme et travestisme pendant l'adolescence, et transsexualisme pendant l'adolescence et le début de l'âge adulte. Le but de ce rapport était de faire la lumière sur certains aspects du regret, sa manifestation chez un transsexuel de sexe masculin avec une comorbidité psychiatrique, et de montrer la complexité du processus d'ajustement lorsque le regret est impliqué. La présente affaire est un argument en faveur d'une interprétation stricte des normes de soins. » ([19], p. 501).

Le passage d'un cas à la sur-psychiatisation de l'ensemble des transidentités est ici parfaitement éclairé. Dans cette clinique, la notion de « regret » semble également uniquement discernable par les praticiens. Comme si les « patients » eux-mêmes n'étaient pas en mesure d'en évaluer la potentialité. Alors, si les « patients » sont conscients de ce regret potentiel, le situent-ils vraiment du côté des opérations ? En d'autres termes, peut-on déplacer le curseur relatif aux facteurs du regret ?

3. À la recherche des facteurs prédictifs du regret

Dans un article de 1998, Mikael Landén et son équipe tentent d'évaluer les facteurs qui influencent le regret dans les parcours de réassignation [20] :

« L'objectif de cette étude était d'évaluer les caractéristiques et de calculer la fréquence des sujets transsexuels qui avaient demandé une modification de leur sexe biologique et de les comparer avec des sujets qui regrettaient cette intervention. Une cohorte initiale a été identifiée rétrospectivement, composée de tous les sujets présentant un trouble de l'identité de genre, qui ont été approuvés pour la réassignation sexuelle en Suède au cours de la période 1972–1992. La période écoulée entre la demande et cette évaluation variait de 4 à 24 ans. La cohorte totale comprenait 218 sujets. Les résultats ont montré que 3,8 % des patients réassignés sexuellement entre 1972 et 1992 ont regretté les mesures prises. La cohorte a été subdivisée selon la présence ou l'absence de regret de la réaffectation sexuelle, et les deux groupes ont été comparés. Les résultats de l'analyse de régression logistique ont indiqué que deux facteurs prédisaient le regret de la réaffectation sexuelle, à savoir le manque de soutien de la part de la famille du patient et le fait que les patients

appartenaient au groupe des transsexuels “non essentiels”. En conclusion, les résultats montrent que le résultat de la réassignation sexuelle s’est amélioré au fil des ans. Cependant, les facteurs de risque identifiés indiquent la nécessité d’efforts substantiels pour soutenir les familles et les amis proches des candidats à la réaffectation sexuelle » ([20], p. 284).

Cette synthèse de recherche permet d’opérer un glissement significatif autour du terme de regret : ce n’est plus la transidentité qui, comme quelque chose d’essentiellement suspect, concourrait fatalement à des regrets, mais plutôt l’environnement qui insufflerait aux transitions des regrets relationnels, sociaux, etc.

D’ailleurs, quelques autres chiffres tendent à démontrer que l’expression du regret s’amenuise dans le temps, au fur et à mesure d’une meilleure acceptation des transidentités par la société [8].

Les évolutions relatives aux transitions nous autorisent à lire autrement les regrets. Et si ces derniers étaient, par exemple, plus le fait de la technique opératoire elle-même ? C’est notamment ce qu’affirme Lindemalm dans un article de 1986 [21] :

« Treize transsexuels de sexe masculin à féminin ont fait l’objet d’une enquête intensive. La période de suivi variait entre 6 et 25 ans, avec une moyenne de 12 ans. Le résultat chirurgical était décevant, et seulement un tiers des patients ayant eu une construction vaginale avaient un vagin fonctionnel. L’importance de la coopération des patients après l’opération est soulignée et les raisons de la non-coopération sont discutées. La vision généralement acceptée des transsexuels comme hypo- ou asexuée est remise en question. Dans cette étude, un tiers des patients étaient très actifs sexuellement avant et après une chirurgie génitale radicale. Plus de la moitié de ces anciens mâles castrés et traités aux estrogènes ont eu un orgasme, mais seulement un tiers ont été jugés avoir subi un ajustement sexuel juste ou bon après la réaffectation sexuelle. La possibilité de résultats chirurgicaux infructueux doit continuer à être une partie importante

de l'orientation de la réalité pré-chirurgicale à la fois chez les médecins et les patients. Une constatation frappante est que l'ajustement sexuel global est souvent inchangé par la chirurgie génitale. L'adaptation psychosociale a montré une légère amélioration après la chirurgie. Un patient avait officiellement demandé l'annulation du changement de sexe et trois autres ont exprimé des regrets quant à la chirurgie de manière plus indirecte. Ainsi, pour un total de quatre personnes (30 %), la réaffectation sexuelle était considérée rétrospectivement comme une erreur. En dépit de leur retour à un rôle social masculin après la chirurgie, cependant, deux des patients regrettants ont été jugés assez bien ajustés d'un point de vue psychosocial » ([21], p. 187).

L'effet des techniques opératoires (et des suivis) sur la satisfaction dans un parcours de santé n'est pas propre aux personnes trans. Des exemples récents, comme ceux relatifs aux suivis gynécologiques, témoignent du même phénomène : la finalité du soin est parfois ternie par le suivi lui-même.

Ces techniques d'opération jugées insatisfaisantes inaugurent une lecture de la notion de regret qui glisse du côté des sensations physiques et de la réalisation chirurgicale. Le lien entre santé sexuelle, satisfaction postopération technique et expressions d'un regret se dessine alors : « on peut s'attendre à une sensibilité génitale adéquate et à une satisfaction sexuelle rassurante après la transition avec cette technique. Cependant, les données de suivi à long terme sur l'amélioration sexuelle montrent que les femmes transsexuelles éprouvent des sentiments de regret plus tardifs généralement » [22].

Enfin, une autre piste explicative du regret pourrait venir de la stérilisation imposée (non conservation des gamètes, hormonothérapie stérilisante. . .). C'est en tout cas la thèse de l'équipe de Petra de Sutter [23] :

« Une enquête a été menée auprès de femmes transsexuelles pour leur demander leur avis sur la possibilité de congeler du sperme, avant le début de tout traitement médical. Nous avons reçu des réponses de 121 femmes. La grande majorité pense que la disponibilité du sperme congelant devrait être discutée et offerte par le monde médical. Une plus petite majorité aurait en effet gelé leur propre sperme, ou du moins sérieusement envisagé de le faire, si cela avait été une option. La plupart des femmes en faveur de l'idée de la congélation du sperme avaient moins de 40 ans et étaient identifiées comme lesbiennes ou bisexuelles. Une minorité de répondants ont exprimé des inquiétudes quant aux risques

possibles de transsexualisme génétiquement transmissible à leurs enfants, ou ont considéré que l'idée même du gel du sperme était en conflit avec leur identité de base féminine. Beaucoup de femmes ont regretté qu'elles ne puissent pas tomber enceintes et avoir elles-mêmes un enfant ».

Cette réinterprétation du regret dans une acception large (techniques chirurgicales, stérilité, acceptation sociale, etc.) interroge fortement la centralité de la psychiatrie dans cet arsenal diagnostique pensé comme protecteur, mais bien souvent vécu comme violentant par les patients eux-mêmes [24].

4. Conclusion

Comme le souligne Anne Lawrence en 2003 dans un article, un des rares articles, qui porte sur la satisfaction et le regret suite aux réassignations « Male to Female » (pour reprendre les éléments du titre) : « Sur l'ensemble des patients, rares sont celles et ceux qui regrettent » [25]. Nous nous appuyons également sur le fait que peu de textes portent sur une critique de cette notion de regret dans la clinique du changement de sexe, à l'expression de celui de Jillian Jacques (2007) qui souligne que depuis l'apparition du « transsexualisme » d'Harry Benjamin, les psychiatres et les législateurs ont utilisé les études cliniques des bénéficiaires de la chirurgie pour renforcer leur « franchise », c'est son mot, sur la traduction légitime du sexe, face auxquelles les autres parcours sont entourés de notions de regret [26]. Mais ces travaux philosophiques ont eu peu d'impact sur la fac, on ne pense pas la notion de regret dans la clinique du changement de genre.

Surtout, ces regrets apparaissent comme des menaces à l'ordre de genre. Or, l'expérience et l'expression des regrets du côté des patients se formulent tout autrement. D'une part, le regret ne porterait pas sur le changement en tant que tel mais sur les éléments du contexte (médical, juridique, familial, etc.) qui l'endiguent ou l'empêchent. D'autre part, le regret ne serait pas un « échec » de la

clinique du « transsexualisme » mais l'expression d'un devenir de genre en débordement [27]. C'est ainsi que nous pourrions tenter de redimensionner la notion de regret : que revêt-elle si elle ne correspond pas complètement, voire pas du tout, à la volonté de « revenir en arrière », « d'être comme on était avant ». Dans une ancienne publicité de la marque Renault pour la voiture Clio, une patiente trans demande à son praticien de « revenir en arrière », de « tout remettre » pour redevenir « celui que j'étais avant » (en écho avec l'achat de la voiture qui assurait un mois d'essai). Cette absence de totalité dans l'identité de genre est perçue comme suspecte, dans la publicité susmentionnée comme dans les protocoles de soins. Deux lectures s'opposent alors. Dans une vision naturaliste du sexe, s'il y a une erreur il convient de la rectifier. La psychiatrie déploie alors des diagnostics pour évaluer la véracité de l'endroit quant à l'erreur exprimée. Mais dans une vision expérientielle du sexe, ce dernier est un devenir qui n'a ni forme pure ni destination unique. C'est aussi ce qu'exprime en photo, Patrick Bard, qui suit la double transition de son « neveu Jeanne » dont il publiera un livre en 2015 [28]. Pour Patrick Bard et son neveu la double transition ne revêt par le caractère unique du « regret ». À travers des expériences parentales et familiales, cette double transition est décrite comme une expérience de vie,

« contre l'avis des médecins, arc-boutés sur le dogme de l'irréversibilité ». Ce sexe qui n'appartient pas totalement à la personne, en médecine comme en droit (où il est « indisponible »), traduit en quelque sorte cette impensable libéralisation des transitions que les protocoles actuels et l'idée fixe de binarité réduisent indubitablement.

Références

- [1] Bourlez F. *Queer psychanalyse*. Paris: Hermann; 2018.
- [2] Ayouch T. *Psychanalyse et transidentités : hétérotopies*. *Evol Psychiatr* 2015;80(2):303–16.
- [3] Poirier F. *Processus adolescent et identifications de genre. De la créativité de genre aux identités plurielles*. In: Alessandrin A, editor. *Actualité des trans studies*. Paris: EAC; 2019. p. 49–57.
- [4] Poirier F, Condat A, Laufer L, et al. *Non-binarité et transidentités à l'adolescence*. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2018;27(2) [Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.08.004> (consulté le 23/01/2019)].

- [5] Trachman M, Lejbowicz T. Des LGBT, des non-binaires et des cases : catégorisation statistique et critique des assignations de genre et de sexualité dans une enquête sur les violences. *Rev Fr Sociol* 2018;59(4):677–705.
- [6] Foerster M. Histoire des transsexuels en France. Paris: H&O; 2008.
- [7] Harry B. New aspect of the transsexual phenomenon. *J Sex Res* 1967;3:135–44.
- [8] Rauchfleisch U, et al. Results of long-term follow-up of transsexual patients. *Der Nervenarzt* 1998;69(9):799–805.
- [9] Gooren L. Care of transsexual persons. *N Engl J Med* 2011;364:1251–7.
- [10] Conseil de l'Europe. Transsexualisme, médecine et loi : XXIII^e colloque de droit européen (1993). Amsterdam: Édition du conseil de l'Europe; 1995.
- [11] Marzano M. Je consens donc je suis. Paris: PUF; 2006.
- [12] Grafeille N. Prise en charge du transsexualisme : l'exemple bordelais. In: Alessandrin A, editor. *La transidentité : du changement individuel aux débats de société*. Paris: L'Harmattan; 2011. p. 39–51.
- [13] Cordier B, Chiland C, Gallarda T. Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences. *Ann Med Psychol* 2011;159:190–5.
- [14] Chiland C, Cordier B. Transsexualisme. *EMC-psychiatrie*; 2000 [37-299-D-20 ; 11 p.].
- [15] Meidani A, Alessandrin A. Cancers et transidentités : une nouvelle « population à risques » ? *Sci Soc Sante* 2017;35:41–63.
- [16] Alessandrin A. Santé psychiatrique : le principe de précaution est-il un principe éthique ? *Ethique Sante* 2014;11:43–50.
- [17] Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long term follow up after sex reassignment surgery. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1997;37(1):25–34.
- [18] Pfäfflin F, Junge A. Sex reassignment. Thirty years of international follow-up studies after sex reassignment surgery. A comprehensive review 1961–1991. [s.l]: Symposion Publishing coll. « International Journal of transgenderism ; 24 »; 1998 [Available from: <http://www.web.archive.org/web/20070503090247> ; <http://www.symposion.com/ijt/pfaefflin/1000.htm> (consulté le 23/01/2019)].
- [19] Olsson SE. Regret after sex reassignment surgery in a male-to-female transsexual: a long-term follow-up. *Arch Sexual Behav* 2006;35(4):501–6.
- [20] Landen M. Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(4):284–9.
- [21] Lindelman G, Korlin D. Long-term follow-up of “sex change” in 13 male-to-female transsexuals. *Arch Sexual Behav* 1986;15(3):187–210.
- [22] Weyers S. Long-term assessment of the physical, mental, and sexual health among transsexual women. *J Sexual Med* 2009;6(3):752–60.

- [23] de Sutter P, et al. The desire to have children and the preservation of fertility in transsexual women: a survey. *Int J Transgenderism* 2002;6(3.).

- [24] Alessandrin A. La transphobie en France : insuffisance du droit et expériences de discrimination. *Cahiers du Genre* 2016;60(1):193–212.
- [25] Lawrence A. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sexual Behav* 2003;32(4):299–315.
- [26] Jacques J. Retrotranslations of post-transsexuality, notions of regret. *J Visual Cult* 2007;6:77–90.
- [27] Preciado P. *Testo Junkie*. Paris: Grasset; 2008.
- [28] Bard P. *Mon neveu Jeanne*. Paris: Loco; 2015.