The Regretters

Arnaud Alessandrin

Introduction – Un.e seul.e regrette et tou.te.s sont suspecté.e.s [1]

En 2010, un film documentaire de Marcus Lindeen revient sur le parcours de deux personnes suédoises après leurs transitions. À leurs manières, toutes deux expriment, face caméra, dans un dispositif intime et sobre, un regret, l'idée d'une erreur. Elles se réunissent ainsi pour la première fois et vont parler de leur vie, entre elles, face à face, mais aussi face au public évidemment, qui découvre ce thème présent dans la littérature mais peu abordé sinon. Le film *The Regretters* a remporté le prix Europa du meilleur documentaire à Berlin en 2010, le prix de l'Académie suédoise (Guldbagge) pour le meilleur documentaire suédois 2011 et a, en outre, été présenté dans plusieurs festivals internationaux, et également été projeté au musée d'Art moderne de New York et au Centre national d'art contemporain de Moscou. Mikael a été opéré au milieu des années 1990, dans sa cinquantième année, alors qu'Orlando 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, par 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. Mickael 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.

1. Tout au long de ce texte, des traductions d'articles médicaux vont utiliser des termes pathologisants. Il convient de les lire avec un esprit critique.

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 transitions 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 onze ans de mariage à un homme, qui ne présume 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 dans son genre et ne pas se contenter de croire, et ce depuis l'enfance, que 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 un premier temps il s'agit, à partir d'une revue de la littérature, de vérifier ce qui est dit lorsqu'est employée la notion de regret. Plus pragmatiquement, et dans un second temps, nous observerons que cette notion plane sur les protocoles médicaux français 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 sensationnalisme [2].

2. 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.

1 La potentialité du regret

Comme outil de tri, les protocoles de santé ont mis en avant des éléments de sélections 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 (Foerster, 2008) 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. » (1967.)

Mais ce regret évoqué l'est souvent sur le registre de la potentialité : peu de personnes regrettent et vont le regretter 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 ». 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 *regrettes* de façon résiduelle (Rauschfleish, 1998 ; Goreen, 2011).

Le Conseil de l'Europe lui-même, dans un texte intitulé *Transsexualisme, médecine et loi*, reviendra sur cette dimension :

> « La bibliographie reprenant les études d'évaluation précoces présente [...] des résultats négatifs comme de profonds regrets post-opératoires [...]. 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 [3]. » (P. 38.)

Il en va de même pour les profesionnel.le.s 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 post-opératoires. Selon la SOFECT 95 % des personnes passées dans leurs protocoles ne regrettent pas la THC (5 % concernent les résultats de l'opération). La SOFECT ne note qu'une seule demande de « retour au sexe de naissance [4] »

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 pourraient 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

3. Soit moins de 2 %.
4. http ://www.sofect.fr/diu.html.

> par cette opération le regrette. [...] 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 ? » (2011.)

Ce qui retient notre attention 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), 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 regrets, comme celle de consentement, se situe toujours dans un espace assez flou du point de vue sensible (Marzano, 2006).

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 (Grafeille, 2011 ; Cordier et Chiland, 2001, 2000). 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 mises en place afin d'éprouver la « bonne volonté » des patient.e.s 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 pas les préconisations internationales de la WPATH (Word Profesionnal 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 » « transsexuel.le.s » qui semble donc perdurer, cette sélection s'abat encore sur les personnes en transition. C'est pourquoi, nous pourrons nous interroger sur les conséquences d'une telle imposition. En effet, si les parcours de soins sont vécus comme maltraitants (Meidani et Alessandrin, 2017), 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 ? (Alessandrin, 2014). À l'inverse d'une considération éthique qui individualiserait les suivis, des auteurs comme Eldh (1997) ou Pfafflin et Junge (1992) préconisent un diagnostic différentiel approfondi pour tou.te.s les patient.e.s. Stig-Eric Olsson, en 2006, sur la base d'un cas unique, vient réaffirmer la nécessité de strictement suivre les protocoles de soins.

> « 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 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. » (P. 501.)

Le passage d'un cas à la sur-psychiatrisation de l'ensemble des transidentités est ici parfaitement éclairé.

2 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.

> « 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 risques identifiés indiquent la nécessité d'efforts substantiels pour soutenir les familles et les amis proches des candidats à la réaffectation sexuelle. » (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 (Rauchfleisch *et al.*, 1998).

C'est ainsi que nous pourrions tenter de redimensionner la notion de regret : que revêt-elle si elle ne correspond pas complétement, voire pas du tout, à la volonté de « revenir en arrière », « d'être comme on était avant ». Dans une ancienne publicité de Renault pour la marque de 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). 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. Mais plus qu'un nouvel « avant / après », les doubles 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 :

> « 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 œstrogènes 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. » (P. 187.)

Si la lecture des termes médicaux est particulièrement difficile, notons que ce sont les techniques d'opération jugées insatisfaisantes et qui inaugurent une lecture de la notion de regrets qui glisse parfois du côté des sensations physiques et de la réalisation chirurgicale insatisfaisante. Le lien entre santé sexuelle, satisfaction post-opération 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 et sur les femmes transsexuelles éprouvant des sentiments de regret plus tard manquent généralement. » (Weyers, 2009.)

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 (2002) :

> « 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 (technique chirurgicales, stérilité, acceptation sociale etc.) interroge fortement la centralité de la psychiatrie dans cet arsenal diagnostic pensé comme protecteur, mais bien souvent vécu comme violentant par les patient.e.s eux-/elles-mêmes.

Conclusion

En conclusion, on soulignera que peu de texte portent sur une critique de cette notion de regret dans la clinique du changement de sexe, à l'exception 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 la notion de regret. Ces travaux philosophiques ont eu peu d'impact sur la façon de penser la notion de regret dans la clinique du changement de genre. C'est donc peut-être du côté du droit qu'il s'agit de se pencher afin d'envisager non seulement des modalités de prise en charge des transitions multiples mais plus encore des modalités de suivi des transitions uniques en dehors des cadres de la suspicion psychiatrique du regret.

Bibliographie

Alessandrin Arnaud, « Santé psychiatrique : le principe de précaution est-il un principe éthique ? », *Ethique et Santé*, vol. 11, n° 1, p. 43-50, 2014.

Bard Patrick, *Mon neveu Jeanne*, Paris, Loco éd., 2015.

Benjamin Harry, « New aspect of the transsexual phenomenon », *The Journal of Sex Research*, vol. , n° 2, p. 135-144, 1967.

Chiland Colette, Cordier Bernard, « Transsexualisme », *Encyclopédie médicochirurgicale*, Elsevier, p. 11, 2000.

Cordier Bernard, Chiland Colette, Gallarda Thierry (2001), Le transsexualisme, proposition d'un protocole malgré quelques divergences, in *Ann. Méd. Psychol.*, n° 159, p. 190-195.

Eldh Jan, Berg Agnes et Gustafsson Maria, « Long Term Follow up After Sex Reassignment Surgery », *Scand. Journal of plastic reconstruction surgery*, vol. 31, n° 1, 1997, p. 39-45.

Foerster Maxime, *Histoire des transsexuels en France*, H&0, 2008.

Gooren Louis, « *Care of transsexual persons* », *New England Journal of Medicine*, 2011, n° 364, p. 1251-1257.

Grafeille Nadine, « Prise en charge du transsexualisme : l'exemple bordelais », in *La transidentité : du changement individuel aux débats de société*, Alessandrin Arnaud (dir.), Paris, L'harmattan, 2011, p. 39-51.

Jacques Jillian, « Retrotranslations of post-transsexuality, notions of regret », *Journal of Visual Culture*, 2007, vol. 6, n° 1, p. 77-90.

Laden Mikael *et al.*, « Factors predictive of regret in sex reassignment », *Acta psychiatrica scandavina*, vol. 97, n° 4, April 1998, p. 284-289.

Lawrence Anne, « Factors Associated with Satisfaction or Regret Following Male-to-Female Sex Reassignment Surgery », *Archives of Sexual Behavior*, 2003, vol. 32, n° 4, p. 299-315.

Lindelma Georges, Korlin Daniel, « Long-term follow-up of "sex change" in 13 male-to-female transsexuals. », *Archives of Sexual Behavior*. 1986, vol. 15, n° 3, pp : 187-210.

Marzano Marcela, *Je consens donc je suis*, Parsi, PUF, 2006.

Meidani Anastasia, Aessandrin Arnaud. « Cancers et transidentités : une nouvelle "population à risques" ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, n° 1, p. 41-63. 2017.

Rauchfleisch Ulrich *et al.*, « Results of long-term follow-up of transsexual patients », *Der Nervenarzt*, vol. 69, n° 9, p. 799-805, 1998.

Olsson Stig-Eric, « Regret after Sex Reassignment Surgery in a Male-to-Female Transsexual : A Long-Term Follow-Up », *Archives of Sexual Behavior*, vol. 35, n° 4, p. 501-506, 2006.

Sutter (de) Petra, *et al.*, « The Desire to have Children and the Preservation of Fertility in Transsexual Women : A Survey », *Internationa Journal of transgenderism*, vol. 6, n° 3, 2002.

Weyers Steven, « Long-term Assessment of the Physical, Mental, and Sexual Health among Transsexual Women », *Journal of sexual medicine*, vol. 6, n° 3, 2009.