



HAL
open science

Dynamique transférentielle dans un groupe d'adolescents en questionnement transidentitaire

Nicolas Rabain

► **To cite this version:**

Nicolas Rabain. Dynamique transférentielle dans un groupe d'adolescents en questionnement transidentitaire. Qui suis-je?! Identité et identification, Mar 2022, Paris, France. hal-03776876

HAL Id: hal-03776876

<https://hal.science/hal-03776876>

Submitted on 14 Sep 2022

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.

Avant de commencer, quelques précisions d'ordre lexical... Nous différencierons les termes de « sexe », de « genre » et d'« orientation sexuelle » de la manière suivante :

- Le *sexe* est une donnée biologique constante : XX pour les femmes et XY pour les hommes. [Nous ne parlerons pas ici des formes d'intersexuation telles que les affections liées aux anomalies du chromosome X : Syndromes de Turner et de Klinefelter].
- Le *genre* est lié au masculin et au féminin. Il correspond à l'auxiliaire « être » : lorsqu'on situe son genre du même côté que son sexe, on est cisgenre, c'est la grande majorité. Quand on situe son genre à l'opposé de son sexe, on est transgenre. À l'opposition entre les personnes cis' et les personnes trans', s'ajoute une distinction entre les personnes binaires (soit masculines, soit féminines) et les personnes non-binaires, c'est-à-dire ni totalement masculine, ni totalement féminine. Ce large spectre renvoie au terme anglo-saxon « gender fluid » (fluidité de genre) lié à la réalité externe. Il ne s'agit pas de la bisexualité psychique qui implique quant à elle la réalité interne.
- L'*orientation sexuelle* qui n'a à voir ni avec le sexe ni avec le genre. Elle correspond à l'auxiliaire « avoir », étant lié à un choix d'objet : hétéro-, homo- et bisexuel, pour les orientations sexuelles les plus classiques auxquelles on ajoutera pan-sexuel, sapio-sexuel et a-sexuel. Bien entendu, cette liste est loin d'être exhaustive...

Nous présenterons ici un abord groupal des questionnements trans-identitaires à l'adolescence à partir d'une expérience clinique à la Salpêtrière où nous avons mis en place un groupe de parole à l'attention d'adolescents transgenres avec les Docteurs Julie Brunelle et Agnès Condat dans le service de pédopsychiatrie du Pr David Cohen. En plus de permettre à ces adolescents de sortir d'une certaine forme d'isolement, nous tenterons de montrer comment ce dispositif renforce l'associativité et la conflictualité des participants tout en relançant les processus de subjectivation. Par ailleurs, nous nous interrogerons sur les

mouvements transférentiels observés dans ce type de groupes thérapeutiques orientés par la psychanalyse.

En 2017, David Cohen m'a sollicité en tant que « groupaliste » pour créer un dispositif original à l'attention de mineur.e.s transgenres avec deux pédopsychiatres de son service : les Dr Agnès Condat et Julie Brunelle. Après quelques mois de réflexion, nous avons mis en place un groupe à médiation corporelle pour les enfants de 7 à 11 ans qui présentaient des questionnements transidentitaires ; et d'autre part, un groupe de parole pour les ados transgenres qui va de pair avec un autre groupe de parole pour leurs parents.

Avant les premières séances, je me suis documenté sur les transidentités, car totalement béotien en la matière. J'ai appris que la « dysphorie de genre » n'était plus considérée comme un trouble psychiatrique. J'ai lu différentes études qui montraient une forte corrélation entre questionnements transidentitaires et comorbidités psychiatriques. Selon l'OMS, le risque suicidaire serait dix fois plus élevé que dans la population générale (Bernard, Wathelet *et al.*, 2019). Ces données m'ont poussé à me renseigner le plus possible, de peur de blesser un patient par inadvertance ou de commettre quelque autre impair. Comment saurai-je, si telle personne souhaite être genrée au masculin ou au féminin ? Quel pourrait être l'impact d'une erreur sur le choix du pronom ? Et si la différence entre une personne binaire et une personne non-binaire n'était pas assez claire pour moi ? Devrai-je avoir recours au nouveau pronom « iel » lorsque je ferai référence à une personne non-binaire ? Ces doutes suscitaient en moi une certaine anxiété qui m'a conduit à interroger quelques collègues issus d'autres institutions de soin. Nombre de psychiatres et de psychologues cliniciens étaient tout aussi perdus que moi. Certains m'ont recommandé d'avoir recours au prénom d'origine des patients ainsi qu'au pronom correspondant au genre qu'il leur avait été assigné à la naissance, même après un changement d'état civil. Le refus d'utiliser le nouveau prénom n'est pas un acte neutre ; il relève d'un phénomène de résistance du côté du clinicien. Maintenir une position analytique me semblait primordial, en écoutant des expériences singulières sans préjugés.

Dès le départ, nous optons pour deux groupes de parole : un premier pour les adolescents âgés de 13 à 19 ans puis, dans la foulée, un autre, exclusivement pour leurs parents. Tous les deux mois, nous réunissons ainsi une dizaine de adolescents, relevant des registres névrotique et psychotique ou présentant des problématiques limites, dans un groupe « ouvert », c'est-à-dire qui inclue de nouveaux membres en cours de route. Les familles concernées peuvent être socialement défavorisées ou au contraire plutôt bourgeoises. Certaines vivent à Paris ou en banlieue parisienne ; d'autres viennent de province, ou encore de villages situés en zone rurale. L'assiduité est grande, même pour les participants qui

doivent traverser le pays ; car aujourd'hui, il est encore impossible de trouver un groupe de parole pour adolescents transgenres dans un hôpital public, en dehors de Paris ou de quelques grandes villes.

Questionnements transidentitaires vus par les adolescents

Dans le groupe de parole des adolescents, lors de la première séance, chaque participant se présente avec son nouveau prénom, son âge, sa classe, et parfois ses hobbies. Chacun précise s'il souhaite être « genré » au masculin ou au féminin. À mesure que les patients déclinent leur identité, ma crainte de les « mégenrer » (c'est-à-dire de me tromper de genre) s'estompe. Nous formulons les règles habituelles : confidentialité des échanges, assiduité, comment se signaler avant de prendre la parole, et nous indiquons la règle d'association libre.

Les premiers thèmes abordés concernent l'hostilité de l'environnement des adolescents, notamment à l'école, dans leur quartier, voire dans leur propre famille. Est également évoqué le regard des personnes qui ne sont pas transgenres : « *Je déteste quand les cisgenres nous "essentialisent" ; d'ailleurs, il y en a plein qui osent nous demander ce qu'on a entre les jambes ! Nous, on n'aurait jamais l'idée de poser des questions pareilles...* ». Camille évoque un souvenir traumatique : « *J'ai été harcelé par mon médecin scolaire... Il a décidé que ma transition sociale ne serait pas possible. Du coup, il a fait une annonce à tous les professeurs et à tous les élèves de mon lycée en leur rappelant que j'étais une fille à la naissance, que j'avais menti et qu'il fallait m'appeler par mon "dead-name" [prénom de naissance]* ». Écœurés et indignés, les adolescents du groupe applaudissent Camille, pour le soutenir.

Ces premières questions contribuent à fédérer le groupe, tout comme les problèmes que posent les vestiaires non mixtes, notamment à la piscine : « *L'intimité, c'est important, mais ce n'est pas gagné avec les cis' !* ». Cette affirmation prend des allures d'avertissement vis-à-vis des cothérapeutes cisgenres que nous sommes : « *Ne nous regardez pas comme si nous étions des bêtes de foire !* ». Côté contre-transfert, ces situations sont loin de nous laisser indifférents : nos mouvements d'empathie s'alternent avec une préoccupation, voire une inquiétude qui fait écho à celle des parents de nos patients. Ces préoccupations sont en partie liées aux risques élevés de harcèlement et d'agressions encourus par les personnes transgenres : 100% des adolescents trans' seront harcelé.e.s au collège, 2/3 penseront au suicide et 1/3 fera au moins une TS. Les temps « post-groupe » nous permettent d'amorcer l'élaboration nos propres ressentis contre-transférentiels car les expériences évoquées conduisent certains cliniciens à la fascination ou à l'effroi. Il s'agit aussi de repérer nos

mouvements d'hostilité, d'élaborer la haine dans le contre-transfert au sens où l'entend Winnicott (1947), afin de ne pas contourner les questionnements transidentitaires, ni de négliger la souffrance induite par certaines représentations corporelles. Les patients comptent en effet sur notre aide pour mieux se représenter psychiquement et poursuivre l'élaboration leur quête identitaire.

Lorsque les soignants ne se sentent pas suffisamment à l'aise, les adolescents transgenres risquent de revivre des situations traumatisantes ou de se sentir de nouveau rejetés. Les cliniciens doivent être conscients de leurs propres limites et les élaborer ; ou alors, renoncer à prendre en charge ce type de patients et les ré-adresser. *Primum non nocere*.

Rapidement, les adolescents transgenres évoquent le travail pédagogique qu'ils ont dû entreprendre avec leurs parents. Ils ne tarderont pas à en faire de même avec nous. Parfois, nous avons eu l'impression de devenir les élèves de nos propres patients qui mettent régulièrement à jour leurs connaissances grâce aux réseaux sociaux et aux blogs d'adolescents transgenres. Sans compter le savoir qui provient de leur propre corps et de leurs propres expériences. Au-delà du champ lexical spécifique, il nous reste à nous familiariser avec les différentes prises en charge multidisciplinaires et toutes les étapes à envisager dans le cadre d'une transition : d'abord sociale, puis hormonale, puis éventuellement chirurgicale.

Ainsi, les patients évoquent d'emblée des expériences extrêmement douloureuses, telles qu'être publiquement mégenré, ou encore nommé par leur prénom d'origine. D'après leurs récits, l'hostilité semble siéger à l'extérieur de notre groupe alors qu'au-dedans, ils se sentiraient davantage en sécurité. Car avec nous, c'est eux qui choisissent quel prénom et quel pronom utiliser. Ce choix n'a pas été sans susciter de vives critiques autour de nous, critiques face auxquelles nous nous sommes sentis impuissants, ostracisés et insuffisamment soutenus par certains de nos collègues. Nous avons bien entendu identifié que ces ressentis étaient en miroir par rapport au sentiment de rejet vécu par les adolescents transgenres.

Comment la dynamique groupale a-t-elle évolué ? Une fois sortis de leur isolement, les participants sortent du silence en évoquant leur parcours, non sans une certaine fierté. Le groupe de parole induit une revalorisation narcissique significative. Les co-thérapeutes sont d'abord investis comme de bonnes imagos parentales, permettant un renfort des capacités associatives des adolescents. Tout se passe comme s'il s'agissait d'un second *coming-out*, cette fois-ci à l'abri de tout regard hostile ou de tout commentaire désobligeant. Ces manifestations de respect et d'attention envers tous les membres du groupe rappellent le phénomène d'« illusion de groupe » tel que défini par Didier Anzieu (1991, p. 362-363) : a-conflictualité et sentiment d'autosuffisance cohabitent comme si tous les modèles nécessaires

étaient retrouvés à travers la diversité du matériel apporté par les participants. Le dispositif est rapidement érigé en tant qu'objet libidinal auquel les cliniciens et « *les participants s'adressent [...] nommément [...] dans le discours. [Ils] rapportent "au groupe" ce qu'ils ont ressenti "au niveau du groupe"* » (1975, p. 186). À mesure que s'édifie l'enveloppe groupale, une frontière entre un intérieur bon et un extérieur hostile se matérialise. Aussi, le clivage entre bon et mauvais n'est-il pas à l'intérieur du groupe, mais entre le groupe et l'extérieur : « *Les pulsions libidinales sont concentrées sur l'objet groupe ; les pulsions destructrices, clivées des précédentes, sont projetées sur [...] un groupe extérieur* » (1991, p. 363).

Cependant, une fois les enveloppes psychiques du groupe consolidées, les avis entre les participants se mettent à diverger, ce qui va de pair avec un renfort des capacités à s'opposer les uns aux autres et, par là même, avec une relance de leur conflictualité interne : faut-il ou non militer ? Certains rejettent le style « caricatural » des militants LGBT là où d'autres s'enthousiasment pour la Gay Pride. Tout comme le milieu communautaire et les réseaux sociaux, le groupe de parole renforce lui aussi le jeu des identifications et des contre-identifications grâce à une grande variété de supports identificatoires, les participants étant pour certains binaires, et pour d'autres pas. La génération *gender-fluid* considère l'identité de genre avec souplesse et promeut un large éventail des possibles, en faisant l'éloge de l'hybridité. Il en va de même pour la question des orientations sexuelles, devenues innombrables : bi, hétéro curieux, polyamoureux, a-sexuel, pan-sexuel, androgyno-sexuel, andro-sexuel¹, gyné-sexuel, sapio-sexuel ; autant de catégories dont le nombre ne cesse de croître.

La tonalité des échanges et l'ambiance qui caractérisent les séances relèvent le plus souvent de l'humour et de l'autodérision – mécanismes de défense névrotiques – même, et surtout, quand il s'agit de situations douloureuses. Rares sont les séances sans éclats de rire. Les co-thérapeutes, eux-mêmes, ont parfois du mal à garder leur sérieux. Dans ces moments d'effervescence et de surenchère, les adolescents s'apparentent à des humoristes. Faire rire leur est essentiel, notamment pour lutter contre leur dépressivité. Rappelons ici que le syndrome anxio-dépressif est la comorbidité la plus commune chez les adolescents transgenres.

D'un point de vue temporel, il est à noter qu'un certain décalage existe entre le vécu du jeune et celui de ses parents (Condat *et al.*, 2020) : lorsqu'un ado fait son *coming-out*

¹ C'est-à-dire susceptible de tomber sous le charme d'un homme, mais également de la part masculine d'une femme. Son pendant féminin est « gynésexuel ».

trans', il souhaite le plus souvent transitionner ; peut-être a-t-il même songé à une hormonothérapie... Il s'est probablement déjà renseigné sur internet ou auprès de ses interlocuteurs trans' ; aussi, au moment du *coming out*, il peut s'attendre à ce que ses parents réagissent immédiatement. Or, ces derniers n'ont aucune représentation de ce en quoi consiste une transition hormonale et ne peuvent pas prendre position rapidement. Comment réagissent-ils alors ? Comment sont élaborés les questionnements transidentitaires au sein du groupe de parole des parents ?

Questionnements transidentitaires vus par les parents

Accompagner les parents dans l'intérêt de leur enfant est essentiel, compte tenu de l'influence du positionnement parental sur le parcours de transition des adolescents transgenres. Il s'agira alors de les conduire à sortir d'un abord souvent normatif et stéréotypé des transidentités. L'élaboration des craintes parentales et la prise en compte du principe de réalité – par exemple, ne pas nier les nombreux risques encourus par les personnes transgenres – les amènent à être plus à même de protéger leur enfant.

Comme pour celui des adolescents, le groupe de parole des parents repose sur le principe de libre association et permet aux parents de sortir d'une certaine forme d'isolement. L'éventail de leurs positionnements est large : certains soutiennent leur enfant de manière inconditionnelle : « *Je suis à fond derrière ma fille depuis que j'ai compris que sa transition était pour elle vitale. J'ai tout fait pour accélérer les procédures de changement d'état civil* », affirme la mère de Frédérique. « *En France, faut compter des années avant d'être opérée. Du coup, j'accompagne ma fille en Thaïlande pour ses dix-huit ans. Vivement la chirurgie pour que sa "dysphorie" s'atténue !* ». D'autres parents, au contraire, s'opposeront à toute forme de transition : « *Je n'utiliserai jamais son nouveau prénom ! Ma fille restera toujours une fille !* ». Entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles. Ces réactions parentales hostiles renvoient à celles de nos collègues insuffisamment informés, notamment en ce qui concerne la dénomination et le choix des pronoms masculins ou féminins.

Les inquiétudes concernant le corps des adolescents transgenres sont également récurrentes : quelles suites post-opératoires ? Comment évaluer le risque d'échec ? « *Et s'il voulait faire marche arrière plus tard ?* ». Les chirurgies de réassignation transforment du jour au lendemain et sont irréversibles. Quant aux hormonothérapies dont les résultats apparaissent progressivement, elles génèrent des angoisses tout aussi perceptibles : « *A-t-on suffisamment de recul sur les effets indésirables des bloqueurs de puberté ou des hormones sur les os ?* ».

Plus à distance du soma, la question du « deuil de l'enfant » tel qu'imaginé par ses parents revient fréquemment, souvent avec les mêmes étapes : « *D'abord, elle s'est coupé les cheveux ; ensuite, son prénom de naissance a disparu du livret de famille ; puis, il a commencé la testostérone ; et bientôt, ça sera la mammectomie. Je pensais avoir fait le deuil de ma fille. Mais là, depuis qu'il ne veut pas conserver ses ovocytes, je suis défaite... Je ne serai donc jamais grand-mère !* », se lamente la mère de Louison. « *Peut-être, répond le père de Daniel, mais au moins, vous ne perdrez pas votre fils. Le mien en était à sa quatrième tentative de suicide. Depuis qu'on le genre au masculin, il revit !* ». Dans de nombreux cas, soutenir la transition de son enfant mineur de manière significative le risque suicidaire.

Les thèmes du suicide et de la survie des enfants conduisent à aborder le « deuil de l'enfant » qu'ils avaient rêvé, question qui concerne par ailleurs tout parent. Ce point renvoie aux travaux de Serge Lebovici qui ont permis de distinguer trois types d'enfants qui coexistent dans le psychisme de la mère. D'abord, l'*enfant* qui interagit avec elle en « *exhibant ses compétences* » (Lebovici, Stoléru, 1983, p. 366) : c'est l'*enfant de la réalité*. Ensuite, l'*enfant imaginaire* qui se rattache au désir de grossesse ainsi qu'au désir d'enfant. Il est le fruit de l'union entre les géniteurs et apparaît donc dans les projections parentales autour des préoccupations immédiates ainsi que des projets d'avenir qui concernent le bébé, ce pour quoi il devra être « *à la hauteur des ambitions familiales* » (Lebovici, 1998, p. 79). C'est cet enfant imaginaire qui est le plus concerné par la question du deuil auquel les parents s'estiment confrontés. Vient enfin l'*enfant fantasmatique* qui est lié non plus au désir de grossesse mais à celui de maternité ainsi qu'à « *l'organisation œdipienne des fantasmes de la mère et du deuil de ses objets œdipiens* » (Lebovici, Stoléru, 1983, p. 365). Étroitement lié aux racines infantiles du désir d'enfant chez la mère, il représente l'enfant issu de la relation incestueuse fantasmée avec le père.

À partir du *coming out* de leurs enfants, les parents du groupe évoquent le chemin qu'ils ont parcouru eux-mêmes : « *L'annonce a eu pour moi la violence d'une bombe atomique ; mais finalement, ce n'est rien comparé à notre peur des tentatives de suicide* ». Un autre père : « *Frédérique n'aimait pas les robes. Je pensais qu'elle serait lesbienne, mais pas transgenre ; en plus, je ne savais même pas ce que c'était à l'époque !* ». Alors, quel détonateur ? Pour la mère de Maëlle, c'est la rencontre dans la salle d'attente d'une mère et de sa fille trans' : « *La gamine était épanouie. J'ai appris par hasard qu'elle était transgenre, malgré son apparence totalement ordinaire, se souvient-elle. Ensuite, j'ai parlé de transidentité avec sa mère, une femme sereine et plus avancée que moi ; ça m'a apaisée* ». Aucun parent n'en est au même stade. Les plus réfractaires ont quitté le groupe. D'autres

restent pour accueillir les nouveaux participants et leur venir en aide. Au-delà de la revalorisation narcissique occasionnée par l'exercice, on les imagine identifier chez les nouveaux membres du groupe leur propre détresse jadis éprouvée et par conséquent, tout le chemin parcouru depuis lors.

Ainsi, le groupe des parents aura été caractérisé par une méfiance initiale avec la crainte que l'on convainque leur enfant de s'orienter vers une transition de genre. Puis, face aux expériences des autres familles, de nouveaux questionnements auront pu émerger, favorisant la diminution des positionnements transphobes défensifs des premières séances. Le groupe de parole des parents aura également contribué à renforcer la frontière entre les générations avant de réunir les deux groupes en une assemblée dite « multifamiliale » en fin d'année scolaire.

Qu'est-ce qu'un groupe multifamilial ?

Il s'agit d'un dispositif fondé dans les années 1960 par le psychanalyste argentin García Badaracco (1989). Encore méconnu en France, il consiste à rassembler des patients, tous accompagnés de leurs parents, et qui partagent une souffrance qui entraîne de graves perturbations de l'équilibre familial². Ce dispositif thérapeutique est héritier de la *psychothérapie institutionnelle*, tout en présentant une orientation *psychanalytique* et *systémique*. Ces deux derniers champs se complètent sans s'attaquer puisqu'au contact de la psychanalyse, l'orientation systémique perd sa tendance à négliger le singulier et qu'en retour, la psychanalyse est enrichie en considérant ce qui se passe au niveau des interactions familiales.

En assemblée multifamiliale, personne ne se coupe la parole. Les parents sont impressionnés et émus de voir leur propre enfant s'exprimer en public. L'évocation de sujets douloureux est facilitée par la présence des autres participants : « *Depuis que j'ai fait mon coming-out, dit Ron, ma mère et moi avons été rejetés par notre famille... On s'est mis à se disputer tous les jours elles et moi, à cause du stress ! Parfois, j'ai eu envie de fuguer et de ne jamais revenir... Mais ça fait quelques mois qu'on se reparle et ça va mieux !* ». « *Le groupe a été d'un grand soutien pour nous deux !* », ajoute sa mère.

La psychanalyse multifamiliale élargit l'offre identificatoire et génère une dynamique transférentielle spécifique, proche de celle du psychodrame psychanalytique dans la mesure

² Les groupes multifamiliaux ont pour vocation de réunir « [...] entre deux et vingt familles pour échanger sur leurs histoires, leurs expériences et leurs émotions. Les séances peuvent durer d'une heure à deux heures et demie, selon le nombre de participants, les types de pathologies et la culture institutionnelle. La communication est coordonnée par un groupe de co-thérapeutes formés aux techniques de psychothérapie individuelle, de groupe et familiale ». (Mandelbaum, 2009, p. 9, traduction personnelle).

où le transfert est également « diffracté ». Les faisceaux transférentiels se dispersent sur différents participants. Un transfert dit « vertical » est dirigé vers les co-thérapeutes là où un transfert dit « horizontal » concerne les adolescents ou leurs parents. Les mouvements transférentiels peuvent aussi intéresser le groupe en tant qu'objet à part entière, c'est-à-dire comme objet d'investissements pulsionnels (Anzieu, 1975, p. 190 ; Rabain, 2016, pp. 321-322).

Lors de cette séance multifamiliale, la mère de Freddy prend la parole. Freddy est né fille mais souhaite être considéré comme un garçon : « *Ma fille doit comprendre que c'est catastrophique pour des parents d'avoir à s'occuper d'un enfant trans'. J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans mon rôle de mère. C'est extrêmement douloureux pour moi ! Et Freddy ne s'en rend pas compte !* » Les adolescents sont outrés par ces propos ; ils se soutiennent les uns les autres par des regards discrets et complices, sans dire un mot. Le père de Joe réagit immédiatement : « *Peut-être que la douleur que vous ressentez est grande, Madame, mais comparée à celle de Freddy... Ma propre fille a fait quatre tentatives de suicide ! Parler de ma propre douleur devant elle serait vraiment indécent. C'est peut-être difficile pour nous, mais ça l'est tellement plus pour eux !* ».

Les adolescents sont émus d'entendre un adulte cisgenre les défendre. Quant aux adolescents eux-mêmes, ils attendront leur prochain groupe de parole mono-générationnel pour réagir : « *Je pensais que mes parents étaient atroces, mais depuis que j'ai vu la mère de Freddy... Ils sont en or !* », lance Michaël en riant.

Quels cliniciens les adolescents transgenres rencontrent-ils ? À la Salpêtrière, endocrinologues, pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens et biologistes de la reproduction ; autant de corps de métiers réunis mensuellement avec des éthiciens dans le cadre de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) afin d'envisager les meilleurs traitements pour les cas les plus complexes. Pour chaque patient, on se demandera s'il est ou non opportun de prescrire un bloqueur de puberté ou une hormonothérapie ? Quand et comment le mettre en place, ou pourquoi y renoncer. Soulignons ici qu'avant d'aboutir à une décision collégiale, les réflexions durent plusieurs mois voire plusieurs années (Rabain, 2021). Dans le privé en revanche, certains médecins prescrivent une hormonothérapie dès la première consultation. Les jeunes patients savent très bien où et comment trouver les traitements. S'ils viennent à l'hôpital, c'est que leur motivation est autre et qu'un travail d'élaboration autour de leurs questionnements trans-identitaires reste envisageable, à la fois pour eux et souvent pour leurs parents.

Quelques mots pour conclure

Dans le groupe des adolescents plus que dans celui des parents, les premières séances ont été caractérisées par l'évitement de toute forme de désorganisation initiale, telles que décrites par Bion (1961) puis Anzieu (1975) : résurgence d'angoisses archaïques ; fantasmes de destruction, d'abandon ou d'éclatement. Car d'entrée de jeu, ce dispositif génère un phénomène d'illusion groupale où les mouvements identificatoires et les relations « en miroir » sont prévalentes, au même titre qu'une a-conflictualité, une euphorie et un sentiment d'autosuffisance. Autrement dit, les premières tensions peinent souvent à se manifester. C'est seulement une fois les enveloppes groupales consolidées que de premières oppositions apparaissent et permettent un renfort des capacités associatives des participants.

Dans les groupes multifamiliaux, les récits des parents favorisent le renfort de la conflictualité psychique des adolescents, ce qui donne une nouvelle impulsion au processus de subjectivation, processus qui nécessite un incontournable « *choc des armes* » entre les deux générations (Winnicott, 1971, p. 200). Cette « *confrontation entre les générations* » (Kancyper, 2018) est une condition nécessaire mais non suffisante à la subjectivation car tout conflit, aussi douloureux soit-il, n'est pas toujours à l'origine de remaniements fructueux. Si la confrontation des adolescents avec leurs parents peut donner lieu à un renfort du processus de subjectivation, il arrive qu'au contraire, certains conflits particulièrement bruyants ne contribuent pas à une plus grande autonomie. Autre cas de figure tout aussi stérile : lorsque les adolescents et leurs parents évitent les conflits, ce qu'on appelle prosaïquement l'absence de confrontation.

Or, les cothérapeutes ont entre autres fonctions celle de permettre l'élaboration des conflits tels qu'ils apparaissent dans l'ici et maintenant des séances multifamiliales. Ce focus sur les conflits réels permet une relance de la conflictualité des participants. Si la confrontation entre les générations est fatalement *douloureuse*, elle n'en reste pas moins *nécessaire* en ce qu'elle favorise le développement de la subjectivité de l'individu, tout en le préservant d'éventuelles aliénations.

Ainsi, qu'il s'agisse du groupe des enfants ou de celui des parents, l'un de nos principaux objectifs consiste à favoriser l'émergence de tout un panel de représentations et de signifiants que les adolescents transgenres et leurs parents pourront utiliser pour construire leurs propres représentations. Autrement dit, notre dispositif groupal permet à ses membres de raviver leur associativité psychique tout en sortant d'une certaine forme d'isolement. La mise

en récits de soi favorisée par le dispositif engendre chez les participants de nombreuses transformations parmi lesquelles un assouplissement des mécanismes de défenses donnant lieu à une désinhibition progressive.

Le groupe des parents a pour sa part une double utilité : il permet l'abord de questions qu'il serait peu souhaitable d'évoquer en présence de leurs enfants. D'autre part, il contribue à rendre davantage imperméable la frontière intergénérationnelle. En somme, en plus de lutter contre une tendance à l'isolement, notre dispositif permet un renfort des jeux identificatoires ainsi qu'une revalorisation narcissique mutuelle dans un mouvement d'investissements réciproques entre les participants.

Nicolas Rabain

Le 20 mars 2022

Bibliographie

- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient – L'imaginaire groupal*. Paris, Dunod, 1999.
- Anzieu, D. (1991). Illusion groupale, in Doron, R et Parot F. (Eds.). *Dictionnaire de psychologie* (362-363). Paris, PUF, 2^{ème} édition, 2007.
- Bernard, M., Wathélet, M. *et al.* (2019). Identité de genre et psychiatrie, *Adolescence*, t. 37, 1, 111-123.
- Bion W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris, PUF, 1965.
- Condat, A., Allouch, A. & Rabain, N. (2020). Accompagnement des mineur·e·s transgenres et de leurs parents. Manifestations et clinique de l'angoisse, *Tracés*, t. 38, 155-171.
- García Badaracco, J. E. (1989). *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar*. Madrid, Ed. Tecnipublicaciones.
- Kancyper, L. (2018). *La confrontation entre les générations – Étude psychanalytique*. Paris, L'Harmattan.
- Lebovici, S. & Stoléru, S. (1983). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste – Les interactions précoces*. Paris, Bayard. 2003.
- Lebovici, S. (1998). *L'arbre de vie – Éléments de la psychopathologie du bébé*. Paris, Érès, 2009.
- Mandelbaum, E. (2009). El grupo 'GMF' como agente terapéutico y de prevención, *Revista Actualidad psicológica – número Intervenciones clínicas no tradicionales*, 9-11.
- Rabain, N., Bourvis, N. & Cohen, D. (2016). Les groupes analytiques multifamiliaux pour adolescents, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 64, 5, 317-323.
- Rabain, N. (2021). Why Multi-Family Groups for Transgender Adolescents and their Parents?, *Frontiers in Sociology*, vol. 5, en ligne.
- Winnicott D. W. (1947). « La haine dans le contre-transfert », *De la Pédiatrie à la Psychanalyse* [1958]. Paris, Payot, 1969, pp. 72-82.
- Winnicott D. W. (1971). « Concepts actuels du développement de l'adolescent : leurs conséquences quant à l'éducation », *Jeu et Réalité*. Paris, Gallimard, 1975, p. 190-207.