

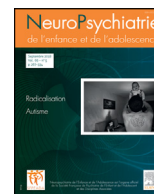


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Dispositifs groupaux dans l'accompagnement des enfants transgenres et/ou en questionnement à l'endroit de leur identité de genre : revue de la littérature et expérience d'un dispositif innovant



Groups in the support of children who are transgender or questioning their gender identity: A review of the literature and presentation of an innovative group

N. Rabain^{a,*}, A. Vachez-Gatecel^{b,c}, N. Mendes^b, D. Cohen^{b,d}, J. Brunelle^b, F. Poirier^{a,b}, J. Wielart^{b,e}, A. Condat^{b,f}

^a EA 3522, Centre de recherches psychanalyse médecine et société (CRPMS), UFR IHSS, université de Paris, 75013 Paris, France

^b Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Sorbonne université, AP-HP, Paris, France

^c Faculté médecine, institut de formation en psychomotricité, Sorbonne Université, Paris, France

^d CNRS UMR 7222 « Institut des Systèmes Intelligents et Robotiques », Sorbonne université, Paris, France

^e COD.A.L.I. (CODage Audition Langage Intégration), Fondation Léopold Bellan, SAFEP, SSEFS, 75015 Paris, France

^f UR14 « Santé et droits sexuels et reproductifs », Ined, 93322 Aubervilliers cedex, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Enfants transgenres
Groupe thérapeutique
Psychomotricité
Revue de la littérature
Transidentité

RÉSUMÉ

Les transidentités sont l'objet d'un intérêt clinique croissant tant en France qu'à l'étranger. La majorité des formes chez l'enfant pré-pubère ne donnera pas lieu à une demande de transition au moment de l'adolescence ou de l'âge adulte. Ce n'est pas le cas des formes chez l'adolescent·e qui sont plus stables et aboutissent le plus souvent à une demande de transition de genre. Les modalités de prise en charge des enfants et adolescent·e·s transgenres – et/ou en questionnement – sont partagées et font l'objet de mises à jour et de recommandations par certaines sociétés internationales. Néanmoins, la place des interventions groupales reste imprécise. Nous proposons dans cet article d'en faire la revue de la littérature en distinguant les groupes chez l'enfant, chez l'adolescent·e et leurs parents. Nous présenterons également un dispositif novateur qui repose sur deux groupes mono-générationnels successifs. Le premier se donne pour objectif d'accompagner des enfants de 7 à 11 ans, dont l'identité de genre n'est pas congruente à leur genre d'assignation à la naissance, par le biais d'une médiation assurée par une équipe pluridisciplinaire utilisant le jeu du « faire semblant ». Le second réunit leurs parents afin d'aborder des questionnements relatifs aux transidentités dans une perspective de soutien plutôt que de guidance parentale.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Trans identities are increasingly a focus of interest in France and throughout the world. Most forms of trans identity in the prepubescent child will not give rise to a demand for transitioning in adolescence or adulthood. This is not the case for the forms occurring in adolescents, which are more stable and most often will lead to a demand for gender transitioning. Treatment modes for transgender children and adolescents – or are questioning their gender identity – are collaborative and subject to updates and recommendations from certain international societies. Nevertheless, the precise role of group interventions remains to be defined. This article will review the literature, distinguishing the groups that work with the child, the adolescent, and the parents. It will also present an innovative treatment arrangement based on two mono-generational groups that meet successively. The purpose of the first group is to support children aged 7 to 11 years whose gender identity is not congruent with the gender

Keywords:

Psychomotricity
Review of the literature
Therapeutic group
Transgender children
Trans identity

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nrabain@hotmail.com (N. Rabain).

they were assigned at birth, means of the mediation of a multidisciplinary team using a game of “let’s pretend”. The second group brings their parents together to address trans identity issues from a perspective of support rather than of parental guidance.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les personnes transgenres éprouvent une inadéquation entre leur identité de genre et le sexe qui leur a été assigné à la naissance. Peu à peu depuis les années 2000 et avec l’apport de la communauté LGBTQIA+, les professionnel-le-s de santé dans le champ des transidentités s’accordent pour considérer qu’être transgenre, binaire ou non-binaire n’est pas une pathologie, mais une construction singulière de l’identité lorsque chacun-e, au cours de son développement, construit son identité de manière singulière. À ce sujet, les recommandations de la WPATH ont entériné dès 2012 que le vécu transidentitaire relève d’une question de diversité et non de pathologie [1].

Les transitions, sociale et/ou médicale voire médico-chirurgicale, sont des choix positifs qui vont contribuer à réduire le décalage entre le corps réel, l’image du corps et la dimension sociale, de sorte que les personnes transgenres puissent s’épanouir et accéder à la santé telle que définie par l’OMS : « Un état de bien-être complet, physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ou d’infirmité » [2]. De ce qu’elles peuvent mener à une prise en charge médicale et/ou chirurgicale, les transidentités sont répertoriées en tant que diagnostic dans le DSM-5 sous le nom de « dysphorie de genre » [3] et en tant que condition relative à la santé sexuelle dans la CIM-11 sous le nom d’« incongruence de genre » [4].

Les transidentités font l’objet d’un intérêt clinique croissant tant en France qu’à l’étranger. Depuis quelques années, on observe une augmentation des questionnements transidentitaires avant la puberté. La majorité des formes chez l’enfant pré-pubère ne donneront pas lieu à une demande de transition au moment de l’adolescence ou de l’âge adulte [5–8]. Ce n’est pas le cas des formes chez l’adolescent-e qui sont plus stables et aboutissent le plus souvent à une demande de transition de genre [9]. Même si les transidentités en tant que telles ne sont plus considérées comme un trouble psychiatrique ni ne relèvent d’une dimension pathologique, de nombreux enfants et adolescent-e-s concerné-e-s par les questionnements transidentitaires présentent une vulnérabilité élevée à développer une pathologie psychiatrique. Ainsi, le risque suicidaire est multiplié par dix selon l’OMS [10].

Aujourd’hui, certains enfants font savoir à leurs parents non pas seulement qu’iels auraient préféré naître dans le sexe biologique opposé au leur, mais plutôt que leur sexe biologique ne correspond pas à leur vécu de leur identité de genre. Autrement dit : « Je suis un garçon dans un corps de fille » ou à l’inverse, « Je suis une fille dans un corps de garçon », entend-on de plus en plus fréquemment, ou encore « je suis une fille qui a un pénis, même si je sais que c’est très très rare » et parfois « je ne suis ni fille ni garçon ». Face à cette nouvelle population, nombreux-ses sont les professionnel-le-s qui reconnaissent ne pas être suffisamment formé-e-s [11]. Comment accueillir les problématiques transidentitaires chez des enfants pré-pubères, qu’iels se présentent comme binaires ou non-binaires¹ ? Quelle place accorder aux questionnements relatifs à leur corps à l’approche de l’apparition des

caractères sexuels secondaires ? De quelle manière accompagner leurs parents ? Comment aider ces derniers à élaborer leurs propres angoisses et leurs potentiels mouvements projectifs ? Est-il préférable de les recevoir *avec* ou *sans* leurs enfants ? Si les modalités de prise en charge font l’objet de mises à jour et de recommandations par certaines sociétés internationales [5,12–14], la place des interventions groupales reste imprécise.

Dans cet article, nous proposons de faire la revue de la littérature des groupes thérapeutiques proposés dans l’accompagnement des enfants transgenres et/ou en questionnement, en distinguant les groupes chez l’enfant, chez l’adolescent-e et leurs parents. Nous présenterons également un dispositif novateur qui repose sur deux groupes mono-générationnels successifs. Nous avons mis en place ce dispositif au sein de la Consultation *Identité Sexuée*, d’un service hospitalo-universitaire de coordination régionale. Nous précisons le cadre et le fonctionnement des groupes que nous avons constitués à l’intention d’enfants qui présentent une identification transgenre et/ou un questionnement à l’endroit de leur identité de genre et de leurs parents. À partir de nos premières observations, nous verrons ensuite comment le corps peut constituer une voie d’accès privilégiée à l’exploration de l’identité de genre, et ce, plus particulièrement avant la période pubertaire. Enfin, nous amorcerons un dialogue interdisciplinaire afin de montrer les complémentarités d’une perspective psychodynamique et d’un abord psychomoteur. Il s’agira en d’autres termes de faire dialoguer deux angles de vue distincts d’un même enfant et de ses parents afin d’aborder de manière originale les questionnements transidentitaires soulevés à cette occasion.

Pour ce faire, nous aurons ici recours à l’écriture inclusive. Cet usage pourrait être perçu comme un choix social voire politique. Or, il s’agit pour nous en premier lieu d’une démarche inclusive vis-à-vis des personnes concernées qui nous liront. En outre, il est question de rendre compte, dans la forme, à la fois de la diversité des discours énoncés par les jeunes que nous recevons et de notre démarche clinique qui consiste à accueillir chaque personne dans sa singularité subjective.

En outre, nous avons établi un glossaire afin de faciliter la lecture de cet article à celles et ceux qui ne seraient pas suffisamment familiarisé-e-s avec le sujet traité [15].

2. Glossaire

2.1. Dysphorie de genre

La dysphorie de genre renvoie à toute la complexité de la perception des personnes transgenres en France et de ce qui vient légitimer les droits, notamment de remboursement de frais de santé, associés à un accompagnement médico-psychologique d’affirmation de genre. En effet, le terme renvoie aussi bien à un diagnostic utilisé par le milieu médical (« dysphorie de genre » selon le DSM-5 [3] et « incongruence de genre » selon la CIM-11 [4]) selon une grille de critères pour caractériser la transidentité d’une personne qu’il n’est décorrélé de cette dimension diagnostique et banalisé dans le discours des personnes transgenres pour décrire une situation d’inconfort liée à l’écart qu’il peut y avoir entre l’identité de genre assignée à la naissance et l’identité de genre actuellement vécue (et éventuellement exprimée). Cet

¹ Les enfants dits non-binaires sont ceux qui ne se sentent ni tout à fait garçon ni tout à fait fille, ou encore à la fois garçon et fille.

inconfort peut se manifester par rapport à l'image corporelle et/ou par rapport aux interactions sociales.

2.2. Genre

Historiquement, le développement de la notion de genre est à considérer au regard d'une analyse des rapports de domination au sein de la société, notamment au travers de la lorgnette du genre. D'un point de vue sociologique, il induit une analyse du genre et des rôles de genre.

2.3. Identité de genre

L'identité de genre qualifie le positionnement d'être-au-monde d'une personne sous le prisme du genre. Elle renvoie à un processus psychique complexe d'appropriation d'une identité de genre « assignée à la naissance », féminine ou masculine qui comprend différents aspects dont la perception des caractères sexués externes et le sens qui y est mis sur le plan familial et culturel. Elle inclut différents paramètres (anatomique, social, subjectif et biologique) dont l'articulation dépend de chacun.e et aboutit à multitude de combinaisons possibles. L'identité de genre « vécue » peut s'inscrire sur différents spectres : un spectre féminin et/ou un spectre masculin et/ou un spectre non-binaire.

2.4. Mégender

De l'anglais « *misgender* », le « mégender » désigne le fait d'utiliser des pronoms et/ou accords pour désigner une personne et qui ne correspondent pas à ceux que cette dernière utiliserait pour se qualifier.

2.5. Non-binaire

La non-binarité désigne le fait de se définir ni homme ni femme, c'est-à-dire, sur un *continuum* entre homme et femme ou au-delà de la notion de genre.

2.6. Non-conformité de genre

La non-conformité de genre désigne le fait de se vivre d'une façon différente que celle qui est attendue de l'identité de genre assignée à la naissance. Elle renvoie à tout écart par rapport aux normes de genre culturellement situées et peut concerner aussi bien l'identité de genre au sens large, que les comportements et attitudes, les tenues vestimentaires ou encore l'orientation sexuelle.

2.7. Sexe

Dans son sens commun, le « sexe » renvoie au biologique et à une bipartition sociale des corps et des identités. L'utilisation de ce terme est le plus souvent utilisé dans le discours juridique et a des implications sur le discours social. Si le développement de la notion de genre a permis de déplacer un discours essentialisant de l'identité et des rôles de genre, il est plus juste de considérer un entremêlement du « sexe » et du « genre » dans la construction de l'identité de genre.

2.8. Transgenre

Ce terme désigne le fait de se définir d'une identité de genre différente de celle assignée à la naissance. Cette identité de genre peut être féminine, masculine ou non-binaire. Etant donné la multiplicité des modes d'énonciation identitaire et des besoins qui s'y associent, on parle de transidentités au pluriel.

2.9. Transition

Une « transition » (ou « transitionner ») renvoie au besoin d'effectuer une transition sociale et/ou des changements juridiques (changement de prénom.s et éventuellement de la mention de sexe à l'état civil) et/ou des changements corporels (hormonothérapie et/ou acte.s chirurgical/aux) pour parvenir à un mieux-être psychique. Ses formes peuvent être multiples et dépendre des besoins de chacun.e.

3. Méthodes

3.1. Revue de la littérature des prises en charge groupales dans les transidentités avant la puberté

Nous avons interrogé les principales bases de données médicales et psychologiques (*Medline*, *Psychinfo* et *Google Scholar*) avec les mots clés suivants : « *child or adolescent* », « *group* » et « *gender dysphoria* ». Nous avons ainsi colligé 10 articles décrivant des propositions de groupe thérapeutique, dont 5 spécifiquement pour les enfants et adolescent.e.s transgenres et leurs familles. À ces articles s'ajoutent deux revues de littérature sur les dispositifs de groupe à destination d'un public transgenre. Dans chaque article, nous avons extrait les auteurs, l'année, le *setting*, le nombre d'enfants inclus et les principes techniques retenus pour l'animation des groupes.

4. Résultats

4.1. Revue de la littérature

La littérature sur les groupes psychothérapeutiques auprès de la population trans adulte ou enfant est très limitée. Notre revue de la littérature illustre l'évolution des pratiques depuis les années 70. On remarque l'absence d'étude française dans la recension de la littérature. Néanmoins, plusieurs sont anciennes. Cela montre l'intérêt précoce des professionnel.le.s dans l'accompagnement des situations de non-conformité de genre, ou de transidentité. Les plus anciens articles nous amènent en 1973 avec Richard Green et Marielle Fuller [16]. Le dispositif était alors centré sur la prise en charge de jeunes enfants (ayant entre 4 et 9 ans). La publication de cette première pratique offre une description clinique du procédé employé très précis, et nous permet de repérer un format de prise en charge que nous qualifierions aujourd'hui de traitement de « conversion »² [17]. La proposition était faite de séparer les enfants (uniquement des jeunes assignés garçons) de leurs parents, ainsi que de séparer les parents en deux groupes non mixtes. L'objectif était de réduire chez l'enfant toutes expressions de genre opposées au genre assigné à la naissance, et de demander aux parents d'en faire de même. De plus, il était demandé aux mères de se mettre en retrait de l'éducation de l'enfant, et aux pères de prendre une place plus importante, en accentuant les stéréotypes de genre attendus aux fonctions paternelles. Les résultats de ce traitement soulignent une meilleure conformité des normes de genre et l'arrêt de l'affirmation d'appartenir à l'autre genre. Cependant, il n'est pas interrogé le possible biais que constitue le traitement lui-même, qui empêcherait l'enfant de pouvoir continuer à exprimer sincèrement ce qu'il ressent, et donc de n'avoir possiblement pas résolu ses interrogations quant à son vécu identitaire. Ce même auteur a plus tard publié les données concernant l'évolution de jeunes enfants

² À l'origine, une thérapie de conversion consistait à « hétérosexualiser » toute personne qui n'était pas exclusivement hétérosexuelle. Par extension, il s'agit aujourd'hui d'un ensemble de traitements qui visent à faire disparaître toute expression de genre différente du genre assigné, notamment chez une personne qui présenterait des questionnements transidentitaires.

présentant une non-conformité de genre [16] et il a souligné le peu d'évolution vers une transidentité (80 % des 66 assignés garçons ayant une incongruence de genre ont évolué vers une homosexualité).

En regardant chronologiquement les publications, on constate une évolution quant à l'usage et aux objectifs de ces groupes. Les premiers groupes s'inscrivent d'abord comme traitement curatif à l'incongruence de genre, et comme outil diagnostique et d'observation clinique [18–20]. À partir de 1991, il est plus clairement énoncé que l'objectif n'est pas de modifier les comportements attribués au genre non assigné à la naissance, et que les objectifs thérapeutiques du groupe sont individualisés [21]. Mais le repositionnement clinique majeur apparaît en 2002. Rosenberg [23] propose alors un groupe parent et deux groupes d'enfants (distinct par âge). Dans son dispositif, le thérapeute a un positionnement actif en partant du postulat que toutes les tentatives qui vont dans le sens de réduire les comportements de genre attribués au genre non assigné de l'enfant ne font qu'augmenter le vécu dysphorique. Il se situe ainsi comme autorisant, et parfois facilitant l'expression de genre exprimée par l'enfant. Ce postulat est explicitement opposé à celui proposé par Green en 1973 [16]. Rosenberg [23] constate une amélioration de l'anxiété et des troubles du comportement à l'école. Cette position se rapproche de ce qui est aujourd'hui appelé « affirmative therapy » [27] et qui souligne son intérêt, notamment pour des raisons culturelles, de démontrer une attitude positive vis-à-vis des personnes LGBTQ+. Cette conduite permettrait de renforcer la résilience, de favoriser l'adaptation et de réduire le vécu de confrontation à des obstacles que la population transgenre et de genre non conforme rencontre fréquemment [27]. Les recommandations de l'*American counseling association* propose une section spécifique au dispositif de groupe [29], qu'il semble pertinent de respecter pour les thérapeutes les ayant appliqués [22]. Les dispositions demandées dans ces recommandations entrent en concordance avec les facteurs thérapeutiques, développés entre autres par Yalom, dans les prises en charge psychothérapeutiques de groupe quelle qu'en soit la thématique à savoir : installer l'espoir, l'universalité, la transmission d'informations, l'altruisme, la reconstitution de la dynamique des relations déterminantes, la socialisation, le comportement imitatif, l'apprentissage interpersonnel, la cohésion, la catharsis et les influences existentielles [27,30]. Il est de plus important de souligner que la référence théorique du dispositif de groupe, tel que proposé par Yalom, constitue une base de référence pour presque la moitié des articles de la littérature [19,21,22,25].

Réduire l'isolement social est l'un des objectifs principal des publications les plus récentes. Le dispositif de groupe, pour les enfants et adolescent-e-s, semble permettre une amélioration de leur estime de soi et une réduction de la sévérité des troubles co-occurrents, notamment l'anxiété. Les progrès sont aussi sensibles quant à leurs capacités d'adaptation face à l'environnement social et scolaire [23,24]. Les groupes proposés aux parents s'inscrivent principalement dans l'idée que l'amélioration du vécu des parents aura un impact positif auprès des enfants [24–26].

Les principales études discutées sont présentées dans le [Tableau 1](#).

4.2. Description du dispositif d'accompagnement en groupe mis en place dans une consultation régionale d'Île-de-France pour des enfants présentant une identification transgenre et/ou un questionnement à l'endroit de leur identité de genre

4.2.1. Conception et organisation générale

Depuis 2014, le Service de Pédopsychiatrie de l'hôpital de la *Pitié-Salpêtrière* offre une consultation spécialisée dans l'évaluation clinique et l'accompagnement des enfants et des adolescent-e-s qui présentent un questionnement transidentitaire [9]. En 2017, devant les demandes croissantes et les expériences d'offre de soins

en groupe rapportées à l'étranger, l'équipe met en place un dispositif groupal qui réunit des enfants de sept à onze ans qui présentent une identification et/ou un questionnement transidentitaire. Il est d'emblée opté pour des groupes dits « ouverts », c'est-à-dire que de nouveaux arrivant-e-s – principalement de Paris et sa banlieue – peuvent être inclus-e-s au fil du temps. Afin de distinguer les problématiques de génération et, dans certains cas, la porosité des questionnements ou des problématiques entre les enfants et leurs parents, nous choisissons de séparer ces deux générations, ce qui permettra également d'éviter le risque de confrontations infécondes entre elles, tout en favorisant une plus grande liberté d'expression de chacun-e.

À l'issue d'une première année à visée exploratoire et à un rythme trimestriel, les jeunes patients manifestent leur désir de poursuivre le groupe à condition que la fréquence des séances soit augmentée : de quatre séances annuelles à l'origine, le groupe deviendra alors mensuel. Tout comme le cadre des groupes à visée thérapeutique, celui des enfants et celui de leurs parents répondent à cinq critères mis en exergue par de nombreux auteurs [30] dont, en France, Racamier [31] :

- un lieu fixe de l'institution ;
- un temps fixe : pour les enfants, 45 minutes de groupe suivies de 45 min de « goûter ludique » ; pour leurs parents, 45 minutes de groupe (pendant le « goûter ludique » des enfants) ;
- un nombre substantiel de familles (au moins 6) ainsi qu'une permanence des intervenant-e-s ; en l'occurrence, 4 clinicien-ne-s présent-e-s dans les deux groupes (une pédopsychiatre, deux psychologues clinicien-ne-s et une psychomotricienne) ainsi que deux stagiaires en psychomotricité (qui n'accompagnent que les enfants, d'abord dans le groupe, puis au « goûter ludique ») ;
- trois règles fondamentales : d'abord, la règle de confidentialité : « Tout ce qui est dit dans le groupe devra y rester » ; ensuite, la règle de bienveillance : « Nous écouter les un-e-s les autres sans jugement » ; enfin, la règle de libre association pour le groupe des parents : « Demander la parole lorsque l'on en ressent le besoin ou l'envie et attendre son tour avant de s'exprimer » ;
- une attention portée aux « effets de seuil », c'est-à-dire, à ce qui se situe entre le dedans et le dehors du groupe, ou encore à ce qui se joue lorsque la séance démarre ou s'achève. Dans ces moments intermédiaires, quelques rituels de début et de fin de séance ont été mis en place [32].

Pour le groupe des enfants, nous avons opté pour un dispositif subdivisé en deux temps : d'abord le groupe à médiations ; puis, un « goûter ludique » coordonné par les deux stagiaires en psychomotricité, pendant que les parents sont à leur tour réunis. À la suite de l'année exploratoire, nous abandonnons les médiations initiales – en l'occurrence, le *Pictionary* et le jeu du *Qui suis-je ?* – en faveur d'une médiation corporelle : le « jeu du faire semblant ». Ce jeu repose, entre autres jalons théoriques, sur des travaux réalisés par des psychomotricien-ne-s qui placent la médiation corporelle au centre du dispositif [33]. Les enfants ont à leur disposition des déguisements en vue de mettre en scène un scénario co-construit avec les clinicien-ne-s. Si ce dispositif évoque à certains égards celui du psychodrame [34], il s'en distingue néanmoins sur le déroulement de la séance, la scansion des scènes et leurs interprétations : pas de meneur de jeu ici, mais trois clinicien-ne-s qui sont acteur-e-s tandis que les trois autres restent spectateur-e-s ; pas de scansion à l'acmé d'une émotion ou lors d'un moment hautement significatif : la psychomotricienne interrompt le jeu scénique lorsque le scénario arrive à son terme. Enfin, pas d'interprétation directe *stricto sensu* mais une discussion au cours de laquelle les commentaires des thérapeutes visent à relancer l'associativité des jeunes participants.

Tableau 1
Études décrivant l'utilisation de groupes de soutien ou de soins dans les incongruences de genre chez l'adulte et l'enfant.

Auteur, année	Design	Participants	Objectifs	Évaluation du dispositif	Principaux résultats	Commentaires
Population adulte Lothstein, 1979 [18]	Groupe ouvert, 2 ans	n = 13 17–45 ans Assigné-e-s garçons	Approfondir l'évaluation et le traitement	Descriptions cliniques	Chirurgie effectuée ou prévue : 7 Abandon du projet de transition : 4 Poursuite de l'attente pour la chirurgie : 2	Faible désir des personnes à participer à ce groupe Place du dispositif dans la décision de la chirurgie
Althof et Keller, 1980 [19]	Groupe fermé Séances de 1h–1h30	n = 9 21–56 ans 6 assigné-e-s garçon 3 assigné-e-s fille	Sensibiliser les patient-e-s sur leurs présentations et l'effet sur les autres en multipliant les épreuves de réalité, de jugement, et différer les expressions impulsives	50 sessions enregistrées	Réduire sentiment d'isolement Intérêt d'un groupe « hétérogène » vis-à-vis du parcours de transition (pré- et post chirurgie de réassignation) Intérêt d'un binôme de thérapeutes mixte homme/femme	Sans être explicitée, la présentation des résultats laisse entendre qu'éviter la chirurgie de réassignation est un objectif
Keller et al., 1982 [20]	Groupe ouvert 1 ×/semaine Durée 4 ans	n = 28 18–56 ans 21 assigné-e-s garçons 7 assigné-e-s filles	Visée diagnostique (mieux comprendre l'évolution) Démontrer l'effet positif des groupes psychothérapeutiques	Entretiens cliniques, Questionnaires patient-e/therapeute Lettres, conversations téléphoniques, Discours des participant-e-s sur d'autres participant-e-s Notes des 200 sessions	8 poursuites de la transition 8 réductions des troubles psychopathologiques 11 non-évolutions vers une chirurgie de réassignation 1 décompensation psychotique	Les participant-e-s sont présentés comme ayant des psychopathologies diverses (schizoïde, obsessionnel, narcissique, hystérique, borderline) à l'exception d'un seul Tou-te-s avaient des histoires de vies difficiles (telles que des violences familiales)
Stermac et al., 1991 [21]	Adultes, Groupe ouvert, 1 ×/semaine Durée 2 ans	n = NP Uniquement assigné-e garçon ayant une attirance sexuelle pour les hommes	Objectifs différents selon chacun-e. Le groupe n'a pas pour objectif de modifier le sentiment ou l'expression de genre	Descriptions cliniques	Thèmes évoqués lors des sessions : (1) Chirurgie de réassignation ; (2) le double mode de vie ; (3) préserver les relations ; (4) l'isolement social	Volonté de groupe homogène Emprunt du contexte sociétal de l'époque
Heck et al., 2013 [22]	Adulte, Groupe fermé, 1 ×/semaine Séances de 1h30	n = 18 18–45 ans. 3 assigné-e-s filles 15 assigné-e-s garçons	Objectifs individuels mais souvent isolement social. Si transition : lisibilité sociale ; amélioration de la confiance en soi ; gestions et expressions des émotions ; coming out	Descriptions cliniques	Importance d'instaurer un climat sécuritaire Tendance de certain-e-s membres à avancer plus rapidement sur leur objectif Pour d'autres, difficulté à arrêter le groupe	Souligne l'importance du respect de l' <i>American counseling association competencies for counseling with transgender clients – Section D</i>
Briggs et al. [28]	Adulte Groupe fermé 10 séances 1 ×/semaine 90 mins	n = 7 participant-e-s de 18 ans et plus	Soutenir l'équilibre psychique face aux enjeux : d'anxiété, de dépression et de discrimination. Axe sur leurs capacités de résilience	Auto-questionnaires aux participant-e-s avant la première séance et à la fin de la dernière	Réduction des symptômes dépressifs et somatiques Amélioration du degré de satisfaction de vie.	L'évaluation post-sessions fait suite aux attentats d'Orlando, ce qui a pu influencer l'état psychique des participant-e-s (i.e. anxiété, sentiment de sécurité)
Populations enfants, adolescents et parents Green, 1973 [16]	Groupe enfants + Groupe mère/père Groupe fermé 1 ×/semaine 1 h	n = 7 Assigné-e-s garçon 4–9 ans	Réduire les comportements non conformes au genre assigné à la naissance	Enregistrement des sessions des groupes parents Descriptions cliniques	Réductions de l'habillement dans l'autre genre ; des gestuelles et intonations vocales féminines ; de choix de jeux féminin ; et de l'expression du désir d'être une fille.	Peu de précision dans les résultats. Possible biais inhérent au traitement lui-même

Tableau 1 (Continued)

Auteur, année	Design	Participants	Objectifs	Évaluation du dispositif	Principaux résultats	Commentaires
Rosenberg, 2002 [23]	1 groupe parents 2 groupes enfants (selon l'âge)	n = 14 5–17 ans 10 assigné-e-s garçon 2 assigné-e-s fille	Acceptation ; soutien ; estime de soi ; information ; éducation	Descriptions cliniques	L'auteur observe une réduction des troubles co-occurrents à type d'anxiété et de difficultés comportementales à l'école.	
Menvielle, Tuerk, 2002 [24]	1 groupe parent Ouvert, 1×/mois Durée : 1h30 3 ans	n = 12 couples Enfants de 3 à 11 ans	Aider les parents à être plus soutenant envers leurs enfants Ne pas changer le comportement des enfants Maximiser les possibilités d'adaptations des enfants	Descriptions cliniques	Une amélioration pour les enfants dans le domaine de l'adaptation à long terme, de l'estime de soi et de l'intégration sociale	A souligné une surreprésentation d'enfants adopté-e-s parmi la cohorte (50 %)
di Ceglie, et Thümmel, 2006 [25]	Parents, Groupe fermé, 6 sessions	n = 10 participant-e-s 5 mères, 2 couples 1 tante	Permettre aux parents de se soutenir mutuellement ; Comprendre l'identité de genre dans le contexte du développement global de l'enfant ou de l'adolescent-e ; Trouver les moyens de gérer les problèmes que rencontrent les enfants ; Permettre aux parents d'accepter les incertitudes concernant la finalité du développement de l'identité de genre	Descriptions des sessions de groupe Auto-questionnaire aux participant-e-s à la fin de la dernière session	Effet pour les parents avec réduction du sentiment d'isolement, amélioration de la compréhension sur le développement de l'identité de genre	Approche psychodynamique sans interprétation mais en soulignant les émotions qui circulent. Dimension psychoéducatrice aussi présente
Menvielle, Rodnan, 2011 [26]	Parents et adolescents, Groupe ouvert (participation minimum demandée de 3 mois), Durée 2 ans	n = 23 familles 13–21 ans médiane = 16 14 assigné-e-s filles 9 assigné-e-s garçon	Prolonger l'observation clinique Observer les interactions des parents et enfants avec d'autres Partager préoccupation et expérience Soutient par les pairs	Descriptions cliniques	Permet d'aborder des sujets non abordés par certain-e-s participant-e-s (et amenés par d'autres membres) Étayage mutuel des parents sur l'acceptation, les moyens de faire face aux défis rencontrés, la mise en avant de leurs solutions, et le développement de leur compétence	
Briggs et al. [28]	10 sessions de groupes 1×/semaine 90 mins	n = 7 participant-e-s de 18 ans et plus	Soutenir l'équilibre psychique des personnes transgenres et/ou non-conformes plus souvent confrontées à des enjeux d'anxiété, de dépression et de discrimination en améliorant leurs capacités de résilience	Auto-questionnaires aux participant-e-s avant la première session et à la fin de la dernière session	Montre une réduction des symptômes dépressifs et somatiques entre l'évaluation pré-sessions et l'évaluation post-sessions, ainsi qu'une certaine amélioration du degré de satisfaction de vie.	L'évaluation post-sessions fait suite aux attentats d'Orlando, ce qui a pu influencer l'état psychique des participant-e-s (i.e. anxiété, sentiment de sécurité)

NP : non précisé.

Pour le groupe des parents, ceux-ci sont réunis et accompagnés dans leurs questionnements et, pour certains, leurs angoisses parentales liées à la transidentité de leur enfant. Précisons ici que nous nous positionnons dans une perspective de soutien et d'information plutôt que de guidance parentale [30]. En effet, dès la première rencontre avec les participant-e-s, nous précisons que nos objectifs consistent à accompagner leurs enfants dans la construction de leur identité à distance de toute forme de stéréotypes. Autrement dit, que nos groupes ne visent ni à convaincre de la pertinence d'une transition, ni à s'en tenir coûte que coûte à distance. Notre approche favorise par ailleurs une discussion sur les problématiques récurrentes rencontrées par les enfants transidentitaires et leurs parents concernant leurs relations familiales, leur adaptation sociale, notamment les problèmes liés aux expériences de discrimination et de rejet, qu'ils apparaissent en milieu scolaire, dans la vie de quartier ou encore au sein de la famille élargie.

Enfin, un temps d'élaboration et de reprise regroupe les intervenant-e-s après les deux groupes. Si les commentaires des cothérapeutes portent en partie sur les échanges verbaux, ces derniers tiennent également compte d'un ensemble de données issues du langage corporel. Pour saisir ce en quoi consistent les mises en scène de soi à travers une mise en scènes du corps, il conviendra d'approfondir les enjeux et les perspectives du *jeu du faire semblant* à partir des travaux des psychomotricien-ne-s.

4.2.2. Le jeu du faire semblant, une médiation corporelle

Le jeu du faire semblant s'appuie sur la capacité même du sujet à jouer, sans aucun enjeu. Il s'agit d'un travail de transposition où vont s'animer les affects, les sentiments, les émotions réelles du sujet dans une situation fictive par le biais de la prise de rôle. Le jeu va se nourrir à la fois des aspects sensori-toniques – éléments de la réalité du corps – et des investissements imaginaires du sujet, en lien avec l'activité de pensée et de représentation. Travail combinatoire entre le corps et la psyché, entre la parole et le geste, qui met au travail tous les aspects psychomoteurs.

Dans ce groupe, le jeu du faire semblant est co-animé par plusieurs soignant-e-s : la psychomotricienne et les stagiaires en psychomotricité s'engagent dans le jeu avec les jeunes. À chaque séance, un-e soignant-e restera observateur-e et scribe, et deux autres soignants sont observateur-e-s. Ils sont garants de la réalité, en dehors du jeu et sensiblement présent-e-s. Les espaces de jeu et d'observation sont différenciés et matérialisés pour éviter toutes les confusions entre l'espace imaginaire et l'espace réel.

Le dispositif clinique se déroule en plusieurs temps :

- temps de regroupement où chacun-e essaie de se remémorer et de narrer l'histoire jouée à la séance précédente ;
- temps où s'élabore une histoire co-construite par les différent-e-s protagonistes. Les soignant-e-s demandent aux jeunes des précisions quant au scénario afin que l'histoire comprenne un début, un déroulé et une fin. Chaque « acteur-e » choisit un nom pour son personnage. Le scribe prend des notes ;
- temps où les espaces sont délimités matériellement par des cordes, des cloisons en carton, etc. Temps où chacun-e se choisit un déguisement. Chaque joueu-r-se devient un-e autre qu'iel-même ;
- temps du jeu. En s'appuyant sur l'engagement corporel, l'histoire est jouée, représentée, permettant ainsi une mise à distance par extériorisation et favorisant l'intégration du sens de ce qui s'y déploie. À la fin de l'histoire jouée, la psychomotricienne demande à chacun-e si l'histoire est terminée ;
- temps où chacun-e retire son déguisement pour revenir dans la réalité et nous rangeons le matériel tou-te-s ensemble ;
- temps de parole qui réunit tous les participant-e-s, jeunes et professionnel-le-s afin d'évoquer les éprouvés de chacun-e.

Élaborer une histoire signifie bien réunir les différents éléments de celle-ci pour la rendre compréhensible. C'est faire appel à ses représentations pour servir l'imaginaire tout en reliant les idées, articuler les liens logiques, composer avec les sphères spatio-temporelles, la personnalité des personnages et leurs comportements en lien avec le récit. Ce cheminement constitue une mise en forme de la pensée avant que le corps, dans sa visée expressive et communicative, serve de support à l'histoire.

Si de manière générale, le jeu permet de relier la pulsion à des représentations, le jeu du faire semblant permet plus spécifiquement une meilleure association des représentations aux affects, dans la mesure où ce dispositif mobilise avant tout les émotions [33]. La figuration incarnée via le personnage va permettre au-à la jeune de saisir et élaborer la situation fictive qu'iel est en train de vivre. La mise en corps lui permet d'exprimer une émotion à travers le jeu mais en gardant la notion de faire semblant pour de vrai ; il n'est pas question dans un jeu de bagarre de porter le coup mais d'en traduire la gestuelle et les émotions avec le corps.

Dans cette médiation, le travail des émotions est essentiel, le jeune « fait naître l'émotion dans son corps, il n'est pas envahi par son surgissement, il la convoque. » [35]. Il mobilise des ressources corporelles et psychiques qu'il prête à son personnage mais qui sont bien les siennes. Ainsi, la sensori-motricité confère une plus-value de présence, pour la personne elle-même, ses partenaires ainsi que pour les observateur-e-s. Par le mouvement, iel puise dans une mémoire corporelle qui peut s'actualiser dans l'ici et maintenant du jeu et prendre d'éventuels nouveaux chemins élaboratifs. Le tonus sert de support à la modulation sensorielle qui éveille l'affect en lien avec la représentation, comme le soutient la théorie de l'étagage *princeps* de S. Robert-Ouvray [36].

4.3. Proposition d'accompagnement en groupe dans une consultation régionale pour des enfants présentant une identification transgenre et/ou un questionnement à l'endroit de leur identité de genre

Comme pour Rosenberg [23], c'est la demande des enfants et des parents reçus dans le cadre de la Consultation *Identité Sexuée* du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Pitié-Salpêtrière qui est à l'origine de la création d'un tel dispositif groupal. Cette consultation – ouverte en 2013 et qui s'est développée depuis 2017 – accueille les enfants et adolescent-e-s qui s'identifient transgenres ou qui se questionnent sur leur identité de genre. Cette consultation reçoit chaque année environ 150 enfants et adolescent-e-s âgé-e-s de 3 à 20 ans. La prise en charge qui y est proposée s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire dans une perspective d'exploration et d'affirmation de l'identité de genre individualisée en fonction de chaque situation. Très vite, des parents et des enfants ont exprimé leur sentiment d'isolement social et leur souhait de pouvoir partager leur expérience avec d'autres personnes concernées. Au moment de la création de ce dispositif, il n'existait pas en France de groupe d'auto-support associatif qui proposât un accueil groupal des enfants pré-pubères et de leurs familles. Depuis de tels accueils se sont créés dans le milieu associatif et l'information sur ces groupes d'auto-support est communiquée aux familles qui consultent dans le cadre de notre consultation hospitalière. Certaines familles choisissent d'avoir recours à l'un ou à l'autre dispositif, associatif ou hospitalier, souvent aux deux qui leurs semblent complémentaires. À ce jour, 6 enfants pré-pubères et leurs familles ont été accueillis au sein de notre dispositif groupal à la Consultation *Identité Sexuée* sur une durée de trois ans.

4.3.1. Le jeu du faire semblant comme organisateur de l'accompagnement groupal

Au cours de la première année, les mouvements d'inhibition sont nombreux chez les enfants du groupe, notamment au début des séances. Les recours au *Pictionary* et au jeu du « *Qui suis-je ?* » conduisent à l'émergence de considérations sur les aliments préférés des uns et des autres ou sur leurs activités extra-scolaires. Au-delà de ces propos somme toute assez banals, aucun questionnement transidentitaire n'apparaît. Au départ, il est donc surtout question de fédérer le groupe et de renforcer l'alliance thérapeutique. Au fil du temps, les jeunes finissent par se familiariser avec le cadre et font même savoir à leurs parents que venir au groupe leur plaît au point de vouloir poursuivre l'année suivante si la fréquence des séances est doublée.

La seconde année du groupe des enfants s'inaugure par la mise en place du jeu du faire semblant qui favorise l'émergence de nouvelles questions. La délimitation de l'espace en deux zones permet de dissocier la scène de la réalité et l'espace dédié à l'imaginaire. De la même manière, le recours à un tunnel – matérialisé par un accessoire en plastique que les enfants prennent plaisir à traverser – permet le passage d'une époque à une autre. De sorte qu'émergent de multiples scénarios inscrits dans d'autres époques (l'Antiquité ou l'an 7000) et dans des lieux très variés tels que d'autres planètes, voire d'autres galaxies. Les changements de lieu et d'époque sont fédérateurs et permettent probablement de mettre de côté des questions plus déstabilisantes.

4.3.2. Le groupe des parents

Alors que le groupe des enfants évolue progressivement vers des scénarios de plus en plus riches et variés, le groupe des parents se caractérise par de grandes divergences entre les participants. Tandis que les plus réfractaires quittent le groupe après quelques séances, d'autres, toujours présents aujourd'hui, évoquent régulièrement leurs angoisses. Certains iront jusqu'à fondre en larmes, ce qui ne s'est jamais produit dans le groupe des enfants. L'éventail des positionnements parentaux est assez large : certains soutiennent leur enfant sans condition ; d'autres, au contraire, persistent à employer le prénom et le genre de naissance. Entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires sont envisageables.

Au bout d'un an, les parents les plus assidus constituent un noyau dur. Parmi eux, une mère a pris l'habitude de revenir sur ce qui a constitué pour elle un détonateur, dès lors qu'un nouveau parent est inclus dans le groupe. Il s'agit, en l'occurrence, de sa rencontre avec une mère et sa fille transgenre dans la salle d'attente d'un service hospitalier : « *La gamine semblait heureuse et épanouie. J'ai découvert complètement 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 douce qui était bien plus avancée que moi dans l'acceptation, et ça m'a apaisée. Ça m'a permis de changer complètement d'avis sur les enfants trans'. Donc, ne vous inquiétez pas ! J'imagine tout à fait ce que vous pouvez ressentir. Je suis passée par là moi aussi. Maintenant, ça ne pourra aller qu'en s'arrangeant. . . ».*

4.3.3. Illustrations cliniques

Afin d'illustrer notre propos, nous avons pris le parti de présenter plus en détails les deux enfants du groupe les plus dissemblables : *Camille*³, un enfant transgenre, non-binaire, âgé de 9 ans. Il est né garçon et demande à être genré au masculin. Lorsqu'il est « mégenré » par inadvertance par un-e thérapeute, il rougit et déclare être « *un garçon aux cheveux longs* ». *Simba*, née fille, est quant à lui un garçon transgenre binaire de 10 ans qui demande à être

genré au masculin. Il présente une dyslexie-dysorthographe qui l'a amené à redoubler une classe.

Camille est d'emblée dans la séduction vis-à-vis des adultes. Sa curiosité intellectuelle et sa créativité surprennent et impressionnent : « *Je souhaite jouer le rôle d'un "Garant et Défenseur Planétaire des huit Systèmes" – "GRPS" – en l'an 7000, c'est-à-dire quand l'humanité aura réglé tous les problèmes "de pollution" de la planète* ». *Simba*, de son côté, préfère se cantonner de séance en séance au rôle de Lionel Messi. De manière récurrente, les scénarios, quels qu'ils soient, consistent en la rencontre de plusieurs univers distincts, souvent avec l'aide des thérapeutes. Les enfants prennent tous un certain temps avant d'entrer dans la peau de leur personnage.

Ce n'est qu'une fois les enveloppes du groupe consolidées que la créativité des enfants s'affirme et que leurs personnages font preuve d'une meilleure aisance à jouer. Lors d'une séance où *Simba* tire des buts, *Camille* s'empare spontanément d'un téléphone portable pour prendre des « selfies » et les poster sur *Instagram*, ce qui donne lieu à une « rencontre de stars ». Ces dernières partagent leur admiration réciproque et se lient d'amitié avant de s'inscrire ensemble dans une démarche militante vis-à-vis du réchauffement climatique : « *Les hommes détruisent notre planète qui se réchauffe et certaines espèces risquent de disparaître* ». Au fil du temps, les déguisements se diversifient : *Simba* s'empare du maillot de joueur de football ainsi que des gants de boxe alors que *Camille* empile trois chapeaux (de clown, de pirate et de princesse). Il rencontre ce jour-là des difficultés à attribuer un prénom à son personnage qu'il finira par appeler « *Personne* ». S'agit-il d'une ruse inspirée de l'*Odyssée* ? Est-il question d'une allusion aux « personnes » transgenres non-binaires qui peuvent se sentir à la fois homme (pirate), femme (princesse) et clown (non genré) ?

Lors de la dernière année, on observe un renforcement des capacités associatives des participants et de leur capacité à tolérer les points de vue différents des leurs. À l'occasion d'un scénario sur la guerre, des définitions complémentaires sont données : pour *Simba*, « *La guerre, c'est pour tuer des gens !* » alors que selon *Camille*, « *. . . c'est pour gagner un territoire* ». Le scénario du jour se construit ainsi : *Simba* joue le rôle d'un colonel byzantin qui veut envahir l'Angleterre et *Camille*, celui d'un médecin londonien au chapeau melon. *Simba* gagne Londres en sous-marin. Il tient à mettre en prison la Reine d'Angleterre lui-même et à lui voler sa couronne. Le médecin interprété par *Camille* est pour sa part en retrait : « *Désolé, je n'ai plus de cachet* », répond-il à la Reine qui l'appelle à son secours. Dans une séquence ultérieure, *Camille* réapparaît : « *Je reviens d'Hawaï et je vous ai amené des cachets. Mais, je repars en vacances. Ça fait un an et demi que je n'ai pas pris de congés !* ». Lorsque l'histoire touche à sa fin, *Simba* commente le jeu de *Camille* : « *Tu les as complètement lâchés !* ». « *Non, proteste Camille, je leur ai donné des cachets, parce que ça fait dix ans que je suis fonctionnaire. . . ».* Rappelons ici que *Camille* a désormais dix ans et que cela fait justement un an et demi que le groupe a commencé. Très assidu, il n'a pratiquement raté aucune séance.

La mère de *Camille* insiste pour sa part sur l'établissement scolaire « hyper-ouvert » dans lequel elle a inscrit son fils : « *Cet été, à la plage, beaucoup d'adultes le dévisageaient à cause de son maillot de bain à froufrous ; c'était humiliant pour lui. Alors que dans sa nouvelle école, ça se passe très bien parce qu'il est accepté comme il est* ». Cependant, elle regrette que son enfant reste discret sur son identité de genre avec elle : « *Il a développé une sorte de pudeur autour de ces questions. D'ailleurs, quand il pleure, il prétend avoir une poussière dans l'œil. D'après moi, il redoute énormément la puberté car il dit ne pas vouloir avoir une "tête carrée" et l'apparition des poils l'angoisse. . . Camille est au courant de l'existence des bloqueurs de puberté mais ne souhaite pas en parler ; il fait comme si cela n'allait pas arriver. . . ».*

³ Les prénoms ont tous été modifiés (en respectant leur caractère épique quand tel était le cas).

Le père de Simba évoque à son tour l'école où seuls les enseignants ont été mis au courant de la transidentité de son fils. Ils auraient accepté sans poser de question. Simba se rend donc aux toilettes des garçons, sans être victime de remarques désobligeantes. Son père évoque le souhait de l'opération très présente chez son fils et évoque « *la prothèse qu'ils ont fabriquée ensemble* » afin que son enfant « *se sente garçon* ». La fabrication d'un ersatz de pénis en cire serait l'occasion, d'après le père, d'évoquer des moments de complicité avec son fils sur le ton de l'humour. Il relève cependant que parfois, le matin, quand le réveil sonne, son fils vomit.

En fin de groupe, la question de la puberté des enfants, devenus pour certains pré-adolescents, est envisagée. À ce sujet, la mère de Camille souligne que son fils souhaite qu'un bloqueur de puberté soit mis en place. Elle précise en outre qu'il parle désormais de ses réactions émotionnelles à une psychologue scolaire, mais plus avec elle. Elle note par ailleurs qu'auparavant, il était davantage dans les stéréotypes du féminin, ce qui est beaucoup moins le cas aujourd'hui : « *Avec sa psychiatre, la notion de "non-binarité" a été abordée déjà deux fois* ».

Le père de Simba nous informe que son fils veut entrer dans la Marine, ce qui nécessiterait de bons résultats scolaires : « À notre grande surprise, ses notes ont augmenté et surtout, il a une bien meilleure confiance en lui. Pendant les dernières vacances, quand des jeunes du village lui ont posé des questions "pour comprendre mais pas pour se moquer", Simba leur a répondu : "Avant, j'étais une fille mais maintenant, je suis un garçon." et ils ont joué au foot ensemble pendant deux semaines sans aucun problème. Sinon, on va débiter la testostérone dès que possible. En attendant, Simba continue ses exercices de muscu' dans sa chambre. Et bientôt, je parie qu'il se servira de mon rasoir ! ».

5. Discussion

Comme souligné par notre revue de littérature, notre choix de proposer un groupe enfant, en parallèle d'un groupe parent, présente l'intérêt de mutualiser les bénéfices obtenus auprès des enfants – réduire l'isolement social et les troubles co-occurents lorsqu'ils sont présents – et auprès des parents – permettre l'élaboration d'un travail d'ajustement aux situations que rencontrent leurs enfants. Quant au caractère innovant de notre dispositif, il porte sur deux aspects : une approche multidisciplinaire et l'usage d'une médiation corporelle.

Pédopsychiatrie, psychologie clinique et psychomotricité constituent en effet trois référentiels théorico-cliniques sur lesquels reposent nos groupes et les analyses qui en découlent. Ce choix délibéré émane d'un écueil que nous avons rencontré au début du groupe d'enfants dont la parole nous semblait alors superficielle et peu incarnée : « *J'aime les frites et le poulet !* », proclamait Camille. « *Et moi, le steak et la purée !* », rétorquait Simba, en fin de première année. À cette époque, il était rare de recueillir des paroles autres que banales. L'abord des questionnements identitaires nous paraissait alors évité et contourné. Sans doute fallait-il aussi que l'enveloppe groupale s'épaississe [30,37,38]. Autre élément notoire : le corps des enfants nous semblait assez figé, contrairement à d'autres groupes constitués d'enfants du même âge. À plusieurs reprises, nous nous sommes senti-e-s démuni-e-s et avons réfléchi à changer la médiation qui nous semblait alors insuffisamment mobilisatrice, notamment d'un point de vue corporel.

L'introduction du jeu du faire semblant a radicalement changé la donne en ce qu'il a permis une relance de l'activité fantasmatique des participant-e-s tout en nuancant leur système défensif. En outre, il nous est apparu que l'abord psychomoteur permettait aux clinicien-ne-s un dégageant partiel – et absolument

nécessaire – du questionnement transidentitaire afin de pouvoir aborder le groupe comme un groupe d'enfants *lambda* [39]. En tant que coordinateur-e-s et cothérapeutes, nous avons en effet tenté de nous positionner tels des spécialistes des groupes thérapeutiques plutôt qu'en tant qu'experts en matière de questionnements transidentitaires, c'est-à-dire sans parti pris et sans anticipation d'un quelconque résultat. Notre seul choix concernant le positionnement du de la clinicien-ne face à la clinique transidentitaire aura été de genrer les enfants accueillis tel qu'ils le souhaitaient. Rappelons ici qu'avoir une position positive de l'affirmation de genre est préconisé par les professionnel-le-s de la santé ayant une expérience de ces situations [22].

À partir de notre expérience groupale qui repose sur six situations cliniques, nous avons choisi d'évoquer le parcours des deux enfants les plus dissemblables à nos yeux : *Camille* et *Simba*. *Camille* présente au tout départ un fonctionnement très défensif avec de nombreux recours à l'intellectualisation sur fond de langage adúl-tomorphe. Lorsque le jeu du faire semblant est introduit, *Camille* passe désormais par le corps et sort de sa neutralité en laissant transparaître de premiers affects. Il peut désormais évoquer sa transidentité non-binaire et les difficultés sociales qui en découlent. Des mouvements agressifs émergent dans la foulée, par exemple lorsqu'il refuse de venir en aide à la Reine d'Angleterre alors qu'il joue le rôle d'un médecin londonien. Tout se passe comme si *Camille* avait appris à tenir plus à distance les angoisses de ses parents, et plus particulièrement celles de sa mère. Depuis peu, cette dernière traque régulièrement toute trace de pollutions nocturnes dans les draps de son fils. La notion de pollution est très présente dans le matériel clinique déposé par *Camille*, qui fait souvent allusion à l'environnement, au besoin de le préserver « en polluant moins, afin d'éviter l'extinction des espèces les plus vulnérables ». Le réchauffement climatique et le risque de franchir un point de non-retour évoquent aussi l'éclosion pubertaire, tout autant irréversible et crainte par *Camille*.

Au sujet de *Simba*, il arrive au groupe hypotonique, quasi-avachi sur sa chaise, avec un tableau franc d'inhibition. Prendre la parole est pour lui particulièrement difficile. Toutefois, au fil du temps, il se revitalise en s'appuyant sur de nombreux supports identificateurs masculins sportifs. Même si son accès à l'imaginaire reste assez empêché, il bénéficie de la dimension étayante offerte par le groupe. Progressivement, *Simba* s'affranchit de ses supports identificateurs, particulièrement proches de la réalité, et apprend à jouer en prenant du plaisir devant le regard des autres, comme l'indique le scénario de la guerre de l'Empire byzantin contre Londres. En colonel de l'armée byzantine, il rebondit, commente le jeu des autres membres du groupe, souvent avec justesse, ce qui indique une évolution significative de ses capacités à être en lien.

En ce qui concerne les questionnements *transidentitaires*, il est fort mal aisé pour les enfants dans nos sociétés de s'exprimer à ce sujet. Aussi l'inhibition et l'a-conflitualité constituent-elles initialement des mécanismes de défense prévalents, comme si « rester transparent » était devenu un réflexe [40]. Avec l'introduction du jeu du faire semblant dans le dispositif, le groupe devient alors un espace de subjectivation par le mouvement et il est désormais possible pour les enfants de prendre appui sur l'identité d'un personnage flexible : un robot, un personnage imaginaire, une star, comme la chanteuse en tournée mondiale jouée par *Camille* et le joueur de football célèbre interprété par *Simba*. Ces supports identificateurs dont l'élection est favorisée par le jeu, entraînent un double engagement, corporel et psychique, bien plus authentique. On observe ici une renégociation du clivage corps-psyché, récurrent chez nombre d'enfants *transidentitaires* qui différencient, d'après notre expérience, leur corps biologique en devenir pubère de celui qu'ils auraient idéalement souhaité avoir.

D'un point de vue groupal, les séances ont ainsi favorisé un assouplissement et une désinhibition progressive des

participant-e-s qui ont pris de plus en plus de plaisir à jouer. Au fil du temps, les séances sont devenues ludiques alors qu'au départ, nous restions cantonné-e-s à des scénarii qui avaient lieu « *dans un pays lointain et inconnu et à des années lumières...* ». Progressivement, il aura été question d'aider les enfants à investir le groupe en tant qu'espace commun, en travaillant à la mise en relation des uns avec les autres. Ce travail de mise en liens évoque aussi celui du corps et de la psyché ainsi que les ponts entre la vie à l'extérieur du groupe, potentiellement hostile, et celle à l'intérieur du groupe, où les conflits se voient élaborés dans un lieu sécurisant. Pour ce faire, les premières séances ont consisté en la genèse d'un espace de rencontre par l'introduction d'un tunnel symbolisant la naissance (ou plutôt une renaissance possible) dans un lieu investi comme suffisamment sécurisant. Aussi des scénarii plus complexes et plus riches ont-ils pu naître. En parallèle, un assouplissement du système de défense a été observé chez Camille et chez Simba. Camille a en effet abandonné l'hyper-intellectualisation du début du groupe. Il s'habille désormais de manière hybride et accepte mieux son corps. Il est moins défendu dans ses propos et moins dans la démonstration. Ses histoires sont plus ludiques et témoignent d'une activité fantasmatique en mouvement avec une non-binarité davantage assumée, qui correspond à la façon dont il se présente physiquement. En somme, son unité psycho-corporelle est devenue bien plus cohérente qu'en début de prise en charge. Quant à Simba, il est sorti d'une inhibition inaugurale importante pour trouver sa place en tant que garçon passionné par le sport et capable de remonter la pente d'un point de vue scolaire. Ses capacités à se projeter dans l'avenir se sont renforcées au même titre que sa compréhension du monde extérieur.

Qu'en est-il du groupe des parents ? Il permet l'abord de questions qu'il serait peu souhaitable d'évoquer en présence des enfants et contribue, par là même, à une meilleure différenciation entre les générations. Soulignons que ce dispositif en deux temps n'a pas empêché l'apparition en miroir de thématiques communes, comme la question des bloqueurs de puberté évoqués par Camille, puis par sa mère dans le groupe des adultes. La mise en scène de soi par le corps des enfants ne renverrait-elle pas, par moments, à des questionnements actuels chez leurs parents ? Aussi, la frontière entre les générations nous semble-t-elle d'autant plus importante à garantir que certains parents peuvent évoquer leurs propres angoisses concernant la puberté émergente de leur enfant.

Le groupe d'adultes se caractérise, au départ, par une certaine méfiance. Cependant, les séances conduisent rapidement à une meilleure coopération dès lors que les participants perçoivent que nous ne souhaitons les influencer ni dans le sens de la transition de leur enfant, ni dans l'idée de l'éviter à tout prix. L'ambivalence des premières séances s'estompe donc progressivement au profit d'un espace de discussion plus sécurisé, ce qui permet l'évocation de différents problèmes récurrents parmi lesquels le douloureux « deuil de l'enfant qu'ils avaient rêvé ». L'élaboration de cette question en groupe constitue non seulement un traitement des angoisses qui en découlent, mais leur permet également de trouver un meilleur positionnement face à leur enfant, ce qui est essentiel en matière de prévention des risques de co-occurrences. Rappelons ici qu'il existe une recrudescence de signes d'anxiété et de dépression quelques années plus tard chez les adolescent-e-s transgenres [41]. Pour ces raisons, nos groupes d'enfants transidentitaires relèvent, entre autres, d'une approche préventive. En effet, la stigmatisation liée au genre multiplie par cinq le risque de développer un syndrome dépressif par rapport à la population générale des adolescent-e-s [42]. D'où l'importance d'apporter un soutien médical et psychologique à la fois aux mineur-e-s transgenres et à leurs parents. En d'autres termes, aider les parents à élaborer leur point de vue et à mieux gérer leurs propres angoisses constitue un avantage significatif pour leur enfant. Soulignons toutefois que ces angoisses parentales sont corrélées à des risques

tout à fait réels que leur enfant soit molesté-e, agressé-e ou encore stigmatisé-e [43].

En plus de lutter contre une tendance à l'isolement, les séances permettent un renfort des jeux identificatoires. En effet, des mouvements d'identifications et de contre-identifications entre les parents les plus ancien-ne-s et les nouve-ux-lles arrivant-e-s engendrent une revalorisation narcissique mutuelle : les vétérans du groupe identifient chez les nouve-ux-lles membres la détresse qu'ils ont jadis vécue. De ce fait, iels se représentent mieux tout le chemin qu'ils ont parcouru. En retour, les nouve-ux-lles participant-e-s repèrent chez ces parents davantage expérimenté-e-s, un degré d'angoisse moindre, ce qui les rassure et leur donne espoir. Ce mouvement d'investissements réciproques entre participant-e-s d'un groupe est une constante dans les groupes autogérés [30]. Ce soulagement favorise la réduction des tensions au sein de la famille et aide ainsi à éviter toute perturbation supplémentaire dans les relations familiales. Ces remaniements des un-e-s face aux autres occasionnent une nouvelle impulsion et un réajustement de certains positionnements parentaux restés jusqu'alors figés [44].

6. Conclusion

Dans nos groupes, l'activité fantasmatique est relancée par la mise en scène de scénarii co-construits en groupe. Tout se passe comme si un glissement de l'imaginaire vers le réel pouvait enfin avoir lieu : « *Quand on joue, on fait "pour de faux"* », a besoin de préciser un enfant. Ce qu'a montré Winnicott [45], c'est un autre rapport à la symbolisation. Il est un temps premier où la symbolisation ne s'oppose pas à la mise en acte mais bien au contraire, la soutient. Il existe un temps intermédiaire où les processus psychiques, pour pouvoir se déployer, ont besoin d'objets concrets, de motricité corporelle afin d'offrir la possibilité de rendre perceptible l'activité représentative. Ainsi, Simba à plusieurs reprises, a eu besoin d'aller voir et toucher les déguisements et autres accessoires pour créer son personnage dans le jeu. La médiation en ce sens est assez proche des jeux intersubjectifs, elle nécessite la présence effective d'un autre sujet qui par sa disponibilité créative va permettre de relancer chez l'enfant ses capacités de symbolisation. Pour Camille, au fil des séances, les accessoires lui permettaient de créer des personnages incarnés alors que lors du premier tour de parole avant le jeu, il pouvait se montrer très défensif.

Dans sa *Phénoménologie de la perception*, Merleau-Ponty soutient ceci : « Notre corps n'est pas seulement un espace expressif parmi tous les autres... , il est l'origine de tous les autres, le mouvement même d'expression, ce qui projette au-dehors les significations en leur donnant un lieu, ce qui fait qu'elles se mettent à exister comme des choses, sous nos mains, sous nos yeux » [46]. Le concept d'*embodiment* ou de cognition incarnée concernant l'implication du corps dans la formation de émotions permet d'établir des liens entre corps et cognition. La cognition prendrait ses racines dans les systèmes sensorimoteurs. La cognition incarnée considère que l'esprit doit être compris dans le contexte de son corps (sensorimoteur) et de l'interaction de ce dernier avec l'environnement [47,48].

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 enfants transgenres et leurs parents pourront utiliser pour construire leurs propres représentations. Autrement dit, notre dispositif groupal permet aux enfants transidentitaires et à leurs parents de raviver leur associativité psychique tout en sortant d'une certaine forme d'isolement. La mise en scène de soi par le corps, favorisée par le dispositif du jeu du faire semblant, engendre de nombreuses transformations parmi lesquelles un gain d'authenticité et

un assouplissement des mécanismes de défenses donnant lieu à une désinhibition progressive des participant-e-s.

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 des enfants. D'autre part, il contribue à rendre davantage imperméable la frontière intergénérationnelle. Enfin, aider les parents à élaborer leur point de vue et à mieux gérer leurs propres angoisses – certes souvent corrélées à des risques tout à fait réels de stigmatisation et d'agression de leur enfant – constitue un avantage significatif pour leur enfant. En plus de lutter contre une tendance à l'isolement, les séances permettent un renfort des jeux identificatoires ainsi qu'une revalorisation narcissique mutuelle dans un mouvement d'investissements réciproques entre les participant-e-s.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care, 7th version; 2012. www.wpath.org.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization; 1948 [WWW document, n.d., WHO. URL : <https://www.globalhealthrights.org/instrument/constitution-of-the-world-health-organization-who/>, accessed 15.02.21].
- [3] American Psychiatric Association, American Psychiatric Association (Éd.). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
- [4] Organisation Mondiale de la Santé (OMS)/World Health Organization (WHO). 11^{ème} édition de la Classification Internationale statistique des Maladies et problèmes relatifs à la santé (CIM-11); 2019 [WWW document, n.d., WHO. URL: <https://icd.who.int/en>, accessed 15.02.21].
- [5] Martinerie L, Condat A, Bargiacchi A, Bremont-Weill C, De Vries M, Hannema SE. Approach to the management of children and adolescents with Gender Dysphoria. *Eur J Endocrinol* 2018;37(3):1–49.
- [6] Shumer DE, Nokoff NJ, Spack NP. Advances in the care of transgender children and adolescents. *Adv Pediatr* 2016;63:79–101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>.
- [7] Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Dev Psychol* 2008;44:34–45. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>.
- [8] Wallien MSC, Quilty LC, Steensma TD, Singh D, Lambert SL, Leroux A, et al. Cross-national replication of the gender identity interview for children. *J Pers Assess* 2009;91:545–52. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890903228463>.
- [9] Condat A, Bekhaled F, Mendes N, Lagrange C, Mathivon C, Cohen D. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : histoire française et vignettes cliniques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64:7–15.
- [10] Bernard M, Wathelet M, Pilo J, Leroy C, Medjkane F. Identité de genre et psychiatrie. *Adolescence* 2019;37(1):111–23.
- [11] Schweinschwaller H. Comment les internes sont-ils formés à la dysphorie de genre ? [Mémoire pour l'option du DES de pédopsychiatrie]. Paris: Université de Paris; 2020.
- [12] de Vries ALC, Klink D, Cohen-Kettenis PT. What the primary care pediatrician needs to know about gender incongruence and gender dysphoria in children and adolescents. *Pediatr Clin N Am* 2016;63:1121–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.011>.
- [13] American Psychological Association. Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *Am Psychol* 2015;70:832–64. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>.
- [14] Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017;102:3869–903. <http://dx.doi.org/10.1210/10.1210/jc.2017-01658>.
- [15] Poirier F. Non-binarité chez les jeunes adultes. Élaboration d'un savoir autour des énonciations non-binaires et perspectives pour la compréhension de l'identité de genre chez tout.e un.e chacun.e (thèse de doctorat). Université de Paris, laboratoire CRPMS; 2021. ED 450.
- [16] Green R, Fuller M. Group therapy with feminine boys and their parents. *Int J Group Psychother* 1973;23(1):54–68.
- [17] Dickey LM, Loewy MI. Group work with transgender clients. *J Spec Gr Work* 2010;35(3):236–45.
- [18] Lothstein LM. Group therapy with gender-dysphoric patients. *Am J Psychother* 1979;33(1):67–81.
- [19] Althof SE, Keller AC. Group therapy with gender identity patients. *Int J Group Psychother* 1980;30(4):481–9.
- [20] Keller AC, Althof SE, Lothstein LM. Group therapy with gender-identity patients. A four-year study. *Am J Psychother* 1982;36(2):223–8.
- [21] Stermac L, Blanchard R, Clemmensen LH, Dickey R. Group therapy for gender-dysphoric heterosexual men. *J Sex Marital Ther* 1991;17(4):252–8.
- [22] Heck NC, Croot LC, Robohm JS. Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Prof Psychol Res Pract* 2013;46(1):30–6.
- [23] Rosenberg M. Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(5):619–21.
- [24] Menvielle EJ, Tuerk C. A Support group for parents of gender-nonconforming boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(8):1010–3. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200208000-00021>.
- [25] Di Ceglie D, Thümmel EC. An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006;11(3):387–96.
- [26] Menvielle EJ, Rodnan LA. A therapeutic group for parents of transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011;20(4):733–43.
- [27] Heck NC. Group psychotherapy with transgender and gender nonconforming adults: evidence-based practice applications. *Psychiatr Clin North Am* 2017;40(1):157–75.
- [28] Briggs PC, Hayes S, Changaris M. Somatic experiencing[®] informed therapeutic group for the care and treatment of biopsychosocial effects upon a gender diverse identity. *Front Psychiatry* 2018;9:53. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2018.00053>.
- [29] Burnes TR, Singh AA, Harper AJ, Harper B. American Counseling Association competencies for counseling with transgender clients. *J LGBT Issues Couns* 2010;4:135–9.
- [30] Yalom I, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy (1970). New York: Basic Books; 2005.
- [31] Racamier P-C. L'esprit des soins – le cadre. Paris: Éditions du CPGF; 2002.
- [32] Rabain N. Les adolescent-e-s transgenres et leurs parents. Abord groupal de la transition. *Recherches en psychanalyse* 2020;30(2):140–6.
- [33] Villain J, Gazon V. Jeu dramatique. Colloque L'expressivité du corps organisé par l'AFPUP et l'Université d'Évora ; 17 novembre 2018. Paris, France.
- [34] Rabain J-F, Franceschini-Mandel A, Tetre C, Tyberg de Gunzburg E. Apport du psychodrame psychanalytique dans le traitement d'une adolescente état-limite suivie en hôpital de jour. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2016;64(8):529–38.
- [35] Giromini F. Le concept d'expressivité du corps. Colloque L'expressivité du corps organisé par l'AFPUP et l'Université d'Évora ; 17 novembre 2018. Paris, France.
- [36] Robert-Ouvray S. Intégration motrice et développement psychique. Paris: Desclée de Brouwer; 1993.
- [37] Anzieu D. Le groupe et l'inconscient – L'imaginaire groupal (1975). Paris: Dunod; 1999.
- [38] Anzieu D. 1985. Le Moi-peau. Paris: Dunod; 1995.
- [39] De Vries AL, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex* 2012;59(3):301–20.
- [40] Tishelman A, Neumann-Mascia A. Gender-Related Trauma. In: Keo-Meier C, Ehrensaft D, editors. *The Gender Affirmative Model, An Interdisciplinary Approach to Supporting Transgender and Gender Expansive Children*. Washington, D.C.: American Psychological Association Ed.; 2018. p. 85–100.
- [41] Bernard M, Wathelet M, Pilo J, Leroy C, Medjkane F. Identité de genre et psychiatrie. *Adolescence* 2019;1(1):111–23.
- [42] Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläljärvi M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther* 2018;9:31–41.
- [43] Condat A, Allouch A, Rabain N. Accompagnement des mineur-e-s transgenres et de leurs parents. Manifestations et clinique de l'angoisse. Entretien avec Agnès Condat. *Tracés* 2020;38:155–71.
- [44] Rabain N. Pourquoi la psychanalyse multifamiliale ? *Enfances & Psy* 2018;79:32–9.
- [45] Winnicott DW. 1971. Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 1975.
- [46] Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 1945. p. 171.
- [47] Gallagher S. How the body shapes the mind. London: Oxford University Press; 2005.
- [48] Weigmann K. Does intelligence require a body? *EMBO reports* 2013; 2012. p. 1066–9.