

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PRATIQUES CONTEMPORAINES EN PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE
AUPRÈS DES ADOLESCENT·ES EN QUESTIONNEMENT DE GENRE : UN EXAMEN DE
LA PORTÉE

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CAROLINE POIRIER

DÉCEMBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév. 12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de recherche, Marie-Alexia Allard, pour son accompagnement attentif, sa rigueur intellectuelle et la bienveillance avec laquelle elle a guidé cette recherche. Nous avons relevé le défi de repenser et de restructurer en profondeur le travail initial, autour d'un sujet complexe et épineux, exigeant à la fois rigueur et sensibilité clinique. Sa confiance, ses conseils éclairés et ses relectures minutieuses ont été déterminants dans l'aboutissement de ce projet.

Je remercie également Cynthia Lisée, bibliothécaire, dont la précieuse collaboration a grandement facilité la mise en place de la stratégie de recherche documentaire. Grâce à son aide, une étape qui me semblait laborieuse s'est révélée plus claire et plus sereine.

Ma reconnaissance va aussi aux membres du jury, les professeurs Alexandre L'Archevêque et Louis Brunet, pour le temps consacré à l'évaluation de ce travail. Leurs commentaires approfondis ont permis de consolider la démarche méthodologique et d'enrichir la réflexion menée dans cet essai.

Je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à Yohan Émond, mon superviseur clinique, pour son engagement indéfectible. Sa générosité et la justesse de son regard clinique ont nourri la réflexivité essentielle au développement de ma posture professionnelle, notamment dans le travail auprès des adolescent·es.

Sur un plan plus personnel, je remercie mes collègues et pair·es, en particulier Alexandra, Catherine, Gabrielle et Horia, avec qui j'ai traversé les étapes les plus exigeantes de ce parcours doctoral. Leur écoute et nos échanges empreints de solidarité ont été précieux dans les périodes plus difficiles. Enfin, j'exprime ma profonde reconnaissance à mes ami·es et à mes proches, patients et compréhensifs, dont les encouragements et les rires partagés m'ont offert des instants de ressourcement essentiels dans cette aventure intellectuelle et humaine.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	ix
GLOSSAIRE	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CADRE CONCEPTUEL ET PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Le genre face à la psychanalyse : tensions conceptuelles et héritages historiques	3
1.2 Du médical au juridique : évolutions des prises en charge	5
1.2.1 XIX ^e -XX ^e siècle : médicalisation et premières interventions	5
1.2.2 Années 1970–2020 : institutionnalisation et classifications	7
1.2.3 Années 2000 : popularisation de l’approche transaffirmative	8
1.2.4 Années 1970–2025 en contexte québécois : réformes juridiques et contexte clinique.	8
1.3 Adolescence et genre : reconfigurations cliniques contemporaines	10
1.4 L’adolescence : un temps de remaniements psychiques et identificatoires	11
1.5 Entre clinique et institutions : controverses et réajustements	12
1.5.1 L’approche transaffirmative : entre reconnaissance identitaire et risques de médicalisation précoce	12
1.5.2 La posture exploratoire : entre vigilance clinique et risques de pathologisation.	14
1.6 Des clinicien·nes préparé·es à la complexité clinique ? Enjeux de formation et de transmission	16
1.7 Une démarche cartographique au service de la clinique	16
1.8 Objectifs et questions de recherche	17
CHAPITRE 2 MÉTHODE	18
2.1 Stratégie de recherche documentaire	18
2.2 Critères d’inclusion et d’exclusion :	20
2.2.1 Critère d’inclusion.	20
2.2.2 Critères d’exclusion.	21
2.3 Processus de sélection des études	21

2.4 Extraction de données	22
2.5 Analyse des données	23
CHAPITRE 3 RÉSULTATS.....	25
3.1 Caractéristiques générales du corpus	27
3.1.1 Population.....	27
3.1.2 Concept.....	28
3.1.3 Contexte.....	29
3.2 Résultats de l'analyse thématique	34
3.2.1 Partie 1- Les souffrances chez les adolescent·es en questionnement de genre.	34
Thème 1 - Souffrances liées au corps sexué.....	37
Thème 2 - Souffrances liées aux conflits identificatoires	40
Thème 3 - Souffrances liées aux violences et à la rupture des liens sociaux	45
Thème 4 - Souffrances liée aux expériences relationnelles précoces et aux enjeux familiaux dans le parcours de genre	52
Thème 5 - Souffrances liés à des troubles co-occurents et aux passages à l'acte auto- agressifs	58
Thème 6 - Souffrances liées aux soins médicaux et psychologiques.....	62
3.2.1. Partie 2- Les interventions auprès des adolescent·es en questionnement de genre.....	65
Thème 1 - Mettre en place des interventions psychothérapeutiques et interdisciplinaires adaptées aux enjeux cliniques complexes de l'adolescence et du genre	68
Thème 2 - Soutenir le travail psychique par un cadre structurant et une posture analytique ouverte	72
Thème 3 - Élaborer les enjeux psychiques familiaux et intergénérationnels	80
Thème 4 - Travailler les vulnérabilités psychiques et les conflits liés aux troubles co- occurents	85
Thème 5 - Contenir les angoisses pubertaires et élaborer le rejet du corps sexué	90
Thème 6 - Favoriser l'élaboration des positions identificatoires : entre conflits intrapyschiques, normes sociales et transmissions familiales	93
Thème 7 - Élaborer les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles dans la relation thérapeutique	101
CHAPITRE 4 DISCUSSION.....	108
4.1 Synthèse intégrative	108
4.1.1 Reconnaissance et adresse de la souffrance psychique	109
4.1.2 Posture clinique et cadre thérapeutique	110
4.1.3 Élaboration des positions identificatoires et des conflits intrapsychiques	111
4.1.4 Temporalité clinique et accès aux soins médicaux.....	112
4.1.5 Travail auprès des familles	112
4.1.6 Dynamiques transférentielles et contre-transférentielles.....	113
4.1.7 Conclusion de la synthèse intégrative	114
4.2 Mise en perspective critique.....	115

4.2.1 Les psychanalystes face à leurs propres impensés : tensions critiques sur le traitement du genre.....	116
4.2.2 Diversité des positions psychanalytiques face à la pluralité des genres.....	118
4.3 Clivages géographiques et générationnels	121
4.3.1 Europe versus Amérique du Nord	121
4.3.2 Analystes seniors versus les jeunes générations.....	122
4.3.3 Effets sur la clinique actuelle	122
4.4 Implications cliniques et pour la formation.....	123
4.5 Limites de l'étude, zones d'ombre	124
4.6 Ouverture vers des pistes de recherche futurs	125
CONCLUSION	126
ANNEXE A STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	130
ANNEXE B SÉLECTION DES ÉTUDES	132
ANNEXE C EXTRACTION DES DONNÉES	133
ANNEXE D PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ARTICLES ET DES CAS CLINIQUES INCLUS	136
RÉFÉRENCES.....	145

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 Diagramme de flux PRISMA pour la sélection des études	26
Figure 3.2 Répartition des participant·es selon le sexe à la naissance dans les études recensées..	28
Figure 3.3 Répartition géographique des publications analysées	29
Figure 3.5 Arbre thématique représentant les six thèmes et sous-thèmes de l'analyse de la souffrance des adolescent·es	36
Figure 3.6 Répartition des troubles co-occurents dans les 56 articles du corpus	59
Figure 3.7 Manifestations auto-agressives recensées dans le corpus étudié : idéations suicidaires, tentatives de suicide et automutilations.....	61
Figure 3.8 Arbre thématique représentant les sept thèmes et sous-thèmes de l'analyse de l'intervention auprès des adolescent.es	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Caractéristiques principales des 56 articles inclus.	31
Tableau 2 (Annexe A) Détails de la recherche documentaire.....	130
Tableau 3 (annexe B) Grille de sélection des études	132
Tableau 4 (Annexe C) Exemples d'utilisation de la grille d'extraction des données	133
Tableau 5 (Annexe D1) Résumé descriptif des 56 articles inclus.....	136
Tableau 6 (Annexe D2) Caractéristiques cliniques et démographiques des cas inclus	142

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA : American Psychiatric Association

BPC : British Psychoanalytic Council

CPATH : Canadian Professional Association for Transgender Health

DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th edition

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition

GETA : Gender Exploratory Therapy Association

GIDS : Gender Identity Development Service (Royaume-Uni)

JBİ : Joanna Briggs Institute (Australie)

LGBTQ+ : Lesbiennes, gais, bisexuel·les, trans et queer, ainsi que d'autres identités sexuelles et de genre

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PRISMA-ScR : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews

WPATH : World Professional Association for Transgender Health

RÉSUMÉ

Cet essai doctoral propose un examen de la portée des pratiques contemporaines en psychothérapie psychodynamique auprès d'adolescent·es en questionnement de genre, à partir des publications de clinicien·nes et chercheur·ses directement engagé·es auprès de cette population. Le concept de genre, introduit par les sciences sociales, met à l'épreuve les repères psychanalytiques classiques et révèle des tensions épistémologiques particulièrement sensibles à l'adolescence, période de remaniements identificatoires où s'articulent subjectivation et interrogations de genre. Un corpus de 56 travaux publiés entre 2018 et 2025 a fait l'objet d'une analyse thématique, permettant de cartographier et d'examiner les pratiques. Deux axes structurent les résultats : la manière dont la souffrance psychique des adolescent·es est pensée et comprise et les interventions psychodynamiques mobilisées pour les accompagner. Un socle partagé se dégage des travaux analysés, marqué par la reconnaissance de l'intensité de la souffrance, par l'importance d'un cadre thérapeutique contenant et par l'attention portée à une temporalité adaptée à la singularité des parcours des adolescent·es. La majorité des auteur·es recensé·es adoptent une posture non normative et réflexive, s'appuyant sur une position de non-savoir et un travail constant sur les résonances transféro-contre-transférentielles. Des divergences apparaissent toutefois concernant la place du diagnostic, la souplesse du dispositif, l'articulation entre temps psychique et la temporalité médicale, ainsi que le rôle des familles dans le suivi du·de la jeune. L'essai met ainsi en lumière un champ où coexistent réaffirmation de repères classiques et évolution vers des pratiques plus souples et intégratives, ouvrant des pistes cliniques et formatives pour l'accompagnement psychodynamique des jeunes en questionnement de genre.

Mots clés : Adolescence ; Questionnement de genre ; Souffrance psychique ; Interventions psychodynamiques ; Psychanalyse ; Examen de la portée.

ABSTRACT

This doctoral essay presents a scoping review of contemporary psychodynamic psychotherapy practices with adolescents exploring questions of gender, based on the writings of clinicians directly engaged with this population. The concept of gender, introduced by the social sciences, challenges classical psychoanalytic frameworks and brings to light epistemological tensions that are particularly salient during adolescence, a period of identificatory reconfiguration in which processes of subjectivation intersect with gender inquiry. A corpus of 56 studies published between 2018 and 2025 was thematically analyzed to map and critically examine current practices. Two main axes structure the results: the ways in which adolescents' psychic suffering is conceptualized and understood, and the psychodynamic interventions mobilized to support them. A shared foundation emerges across the analyzed works, characterized by recognition of the intensity of psychic pain, the importance of a containing therapeutic frame, and attention to a temporality adapted to the singularity of each adolescent's trajectory. Most authors adopt a non-normative and reflexive stance, grounded in clinician self-reflection, expressed through the adoption of a position of not-knowing and ongoing work on transference-countertransference resonances. Divergences nonetheless arise regarding the place of diagnosis, the flexibility of the therapeutic setting, the articulation between psychic time and medical temporality, and the role of families in the therapeutic process. The essay thus illuminates a field in which the reaffirmation of classical reference points coexists with a movement toward more flexible and integrative approaches, opening clinical and pedagogical perspectives for psychodynamic work with adolescents exploring questions of gender.

Keywords: Adolescence; Gender questioning; Psychological suffering; Psychodynamic interventions; Psychoanalysis; Scoping review.

GLOSSAIRE

Le présent glossaire vise à clarifier les principaux termes mobilisés dans cet essai. Les définitions reposent principalement sur deux références complémentaires. La première, Poirier et al. (2019), situe les notions dans une perspective psychanalytique. La seconde, Coleman et al. (2022), auteur·es du *Standards of Care* (WPATH, version 8), constitue une ressource de référence à l'échelle internationale et propose un cadre terminologique reconnu. Certaines entrées sont ponctuellement enrichies par d'autres sources afin d'en préciser les définitions.

Affirmation de genre : processus de reconnaissance ou de validation de l'identité de genre d'une personne. Elle peut être sociale, psychologique, médicale ou juridique. Ce terme est parfois préféré à celui de « transition » et s'emploie également comme adjectif (par ex. : soins d'affirmation de genre) (Coleman et al., 2022).

Binarité de genre : conception selon laquelle il n'existe que deux genres, homme et femme, auxquels chacun·e doit s'identifier de manière exclusive. Cette conception implique aussi l'équivalence entre homme et mâle d'un côté, femme et femelle de l'autre (Coleman et al., 2022).

Cisgenre : se dit des personnes dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance. Le terme est apparu en contrepoint de « trans » afin de nommer explicitement la position majoritaire et éviter de la considérer comme allant de soi (Coleman et al., 2022).

Détransition : retour partiel ou complet vers le genre associé au sexe assigné à la naissance, ou vers une autre identité de genre. Elle peut être sociale, médicale ou juridique et résulte de raisons diverses (personnelles, familiales, sociales ou médicales) (Coleman et al., 2022).

Diversité de genre : terme utilisé pour désigner les personnes dont l'identité et/ou l'expression de genre diffèrent des attentes sociales et culturelles associées au sexe assigné à la naissance. Il inclut, parmi de nombreuses identités culturellement diverses, celles qui s'identifient comme non binaires, de genre expansif, de genre non conforme, ainsi que d'autres qui ne se reconnaissent pas comme cisgenres (Coleman et al., 2022).

Dysphorie de genre : détresse psychique liée à la discordance entre l'identité de genre d'une personne et le sexe assigné à la naissance, incluant parfois les rôles sociaux et les caractères sexuels associés. Dans le DSM-5, il s'agit d'un diagnostic clinique, mais toutes les personnes trans n'en font pas l'expérience (APA, 2013 ; Poirier et al., 2019).

Expression de genre : manière dont une personne manifeste son genre dans la vie quotidienne et dans un contexte culturel donné, à travers l'apparence, les vêtements, la coiffure, la voix, les gestes, les noms ou les comportements. Cette expression peut ou non correspondre à l'identité de genre (Coleman et al., 2022).

Identité de genre : expérience intime et profonde du genre auquel une personne se reconnaît appartenir. Elle se construit à l'intersection de l'autoperception, de l'image renvoyée par autrui et des inscriptions symboliques et sociales (Poirier et al., 2019).

Intersexe : désigne des personnes nées avec des caractéristiques sexuelles ou reproductives (chromosomiques, gonadiques, hormonales ou anatomiques) qui ne correspondent pas strictement aux définitions binaires traditionnelles de mâle ou de femelle (Coleman et al., 2022). Historiquement, ces situations étaient désignées sous le terme d'« hermaphrodisme », aujourd'hui considéré comme inadéquat, dans la mesure où les personnes intersexes ne présentent pas « deux sexes » au sein d'un même corps, mais une diversité de configurations intermédiaires du développement sexuel (Bastien Charlebois, Dagenais et Gosselin, 2015).

Mégender : de l'anglais *misgender*. Le « mégender » désigne le fait de se tromper dans les pronoms et/ou accords lorsque l'on s'adresse à une personne, que ce soit intentionnellement ou par erreur (Forno, 2025).

Non-binaire : catégorie parapluie regroupant des identités de genre vécues comme en dehors de la binarité homme/femme. Ces identités se définissent par leur pluralité et leur refus de se conformer aux normes culturelles dominantes. On y retrouve plusieurs vécus distincts (Poirier et al., 2019) :

- **Agender** : vécu de rejet ou d'absence d'appartenance à un genre.
- **Asexuel** : absence durable d'attraction sexuelle envers autrui, reconnue comme une orientation sexuelle et pouvant constituer une identité sexuelle (de Oliveira et al., 2020).
- **Bi-genre** : identification simultanée aux deux genres, masculin et féminin.
- **Pan-genre** : identification englobant l'ensemble des possibles de genre, au-delà des catégories établies.
- **Fluide de genre** : oscillation entre différents genres, en fonction des moments, des contextes ou des expériences subjectives.
- **Queer de genre** : positionnement critique et subversif vis-à-vis des normes de genre, mettant en question la binarité et les classifications fixes.
- **Bispirituel** : terme issu des cultures autochtones nord-américaines, désignant des personnes reconnues comme portant à la fois des attributs masculins et féminins, souvent investies d'un rôle social ou spirituel particulier.

Psychanalyse : La psychanalyse désigne une théorie générale du fonctionnement psychique visant à rendre compte des processus normaux et pathologiques à partir d'une élaboration métapsychologique (Roussillon, 2001). Elle correspond également à une méthode clinique spécifique, la cure-type, fondée sur un dispositif particulier et une technique propre (Roussillon, 2001). Elle se caractérise par un travail auto-métathéorique permanent, lui permettant de réfléchir à ses propres fondements et de constituer un référentiel central pour les pratiques d'inspiration psychanalytique (Roussillon, 2001). Dans cet essai, le terme psychanalyse est utilisé pour référer au cadre théorique, aux concepts et aux débats propres à la psychanalyse en tant que champ disciplinaire.

Psychodynamique : Les psychothérapies psychodynamiques désignent des pratiques thérapeutiques inspirées de la psychanalyse, fondées sur des processus tels que le transfert, la répétition, la conflictualité et la symbolisation (Roussillon, 2001). Elles correspondent à une transposition des principes psychanalytiques hors du dispositif de la cure-type (Roussillon, 2001). Elles sont pratiquées dans divers contextes cliniques, notamment en milieu institutionnel, où la cure-type n'est pas réalisable (Pucheu-Paillet, 2020). Dans cet essai, le terme psychodynamique est

principalement employé pour désigner les interventions psychothérapeutiques décrites dans le corpus, celles-ci relevant de pratiques psychodynamiques au sens large (p. ex. milieu hospitalier, dispositifs groupaux).

Queer : terme issu de l'anglais, initialement injurieux (« étrange », « bizarre »). Réapproprié à partir des années 1990, il désigne aujourd'hui un mouvement politique et culturel qui revendique la pluralité des identités et des sexualités non normatives. En contexte francophone, « queer » renvoie souvent à la communauté LGBTQI+ dans son ensemble, tandis que « genderqueer » insiste davantage sur la subversion autour du genre (Martin, 2017).

Sexe : renvoie aux caractéristiques chromosomiques, anatomiques et hormonales par lesquelles une personne peut être désigné mâle ou femelle à la naissance (Poirier et al., 2019).

Trans/transgenre : le terme « trans » désigne de manière inclusive toute personne dont l'identité ou l'expression de genre diffère du sexe assigné à la naissance. Il recouvre les expériences parfois distinguées par les termes « transsexuel·le », « transgenre » ou « non-binaire ». Le mot « transgenre » reste utilisé dans certains contextes académiques et historiques, mais « trans » est aujourd'hui privilégié pour son caractère plus englobant et moins pathologisant (Coleman et al., 2022 ; Poirier et al., 2019).

Transition : processus par lequel une personne ajuste son expression de genre pour la rendre conforme à son identité. Elle peut être sociale (nom, pronom, vêtements), médicale (hormonothérapie, chirurgie) ou juridique (changement d'état civil). Une même personne peut effectuer plusieurs transitions au cours de sa vie (Coleman et al., 2022).

Transphobie : attitudes, croyances ou comportements négatifs envers les personnes trans ou de genre divers. Elle peut être manifeste (violences, discriminations), institutionnelle (protocoles ou lois) ou intériorisée, lorsqu'une personne trans intériorise la stigmatisation et développe un sentiment de honte (Coleman et al., 2022 ; Krikorian, 2003). Le terme est ici utilisé dans son acception socio-clinique et institutionnelle et ne renvoie pas au concept de « phobie » au sens psychanalytique.

Transphobie intériorisée : intériorisation du ciscentrisme et de la transphobie dans l'estime de soi et les représentations qu'une personne trans a d'elle-même. Elle peut se manifester par des tentatives de répression des ressentis trans et s'accompagne souvent de haine de soi, avec un impact important sur la santé mentale (Forno, 2025).

INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, de plus en plus de personnes trans s'identifient comme non-binaires ou de genre neutre et occupent une place croissante dans l'espace public (Forno, 2025 ; Medico, 2019 ; Richards, 2016). Porté activement par les jeunes générations, ce mouvement social et culturel a contribué à transformer les représentations du corps et de l'identité (Stryker, 2017 ; Zimman, 2020). La mobilisation des groupes militants et la médiatisation accrue des réalités vécus par les personnes issues de la diversité de genre ont contribué à une évolution progressive des sphères juridiques, éducatives et médicales, afin de mieux respecter leurs droits et libertés (Caze, 2023). Ces avancées ont également modifié les conditions d'accès aux soins et les formes de reconnaissance accordées, qui demeurent toutefois inégalement réparties selon les contextes géographiques (Reisner et al., 2016 ; Winter et al., 2016).

Au cœur de ces mutations, la manière dont chacun·e se définit et s'identifie à un genre demeure un enjeu central, traversé de tensions sociales, politiques et cliniques (Stryker, 2017). À l'adolescence, moment charnière de la construction psychique marqué par d'intenses remaniements corporels et identificatoires, ces enjeux acquièrent une intensité particulière (Nicolas et d'Allondans, 2023). Les demandes formulées par les jeunes autour du genre interrogent en profondeur les modalités de réponse des institutions de soin et engagent, chez les clinicien·nes, des réflexions parfois vives quant à la place accordée à la subjectivité, à la temporalité du travail psychique et aux effets de la reconnaissance sociale sur le processus thérapeutique (Forno, 2025).

Dans ce contexte, les approches psychothérapeutiques d'orientation psychodynamique sont sollicitées, voire mises à l'épreuve, par des demandes nouvelles, parfois pressantes, qui viennent ébranler des repères théoriques et cliniques longtemps tenus pour stables (Posadas, 2023). Des tensions apparaissent entre différents courants professionnels, concernant les modalités d'accompagnement à privilégier, la place à accorder au discours du·de la jeune ou encore le rôle du clinicien·ne face aux demandes de transition (Bufnoir, 2016). Ces débats s'inscrivent dans un paysage en recomposition, où les positions tendent parfois à se polariser entre la défense de pratiques établies et l'adaptation aux subjectivités émergentes (Saketopoulou, 2020.)

Le présent essai s'inscrit dans une démarche d'examen de la portée visant à explorer les pratiques psychodynamiques contemporaines auprès des adolescent·es en questionnement de genre. Comme l'ont montré Arksey et O'Malley (2005) puis le Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020), cette méthode permet de cartographier de manière systématique les savoirs existants dans des domaines complexes et encore peu étudiés. Elle offre un cadre rigoureux pour évaluer l'étendue et la diversité des travaux disponibles, tout en identifiant les zones de recherche insuffisamment documentées. Ce choix s'avère d'autant plus justifié qu'aucun examen de la portée à ce jour ne s'est spécifiquement penchée sur ce champ de pratiques.

CHAPITRE 1

CADRE CONCEPTUEL ET PROBLÉMATIQUE

Pour situer les résultats de cet examen de la portée, il importe de préciser le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit la réflexion.

1.1 Le genre face à la psychanalyse : tensions conceptuelles et héritages historiques

La notion de genre, telle qu'elle s'est affirmée au croisement des sciences humaines et médicales au XX^e siècle, entretient depuis ses origines un rapport complexe avec la psychanalyse, oscillant entre reprises théoriques et controverses (Marchand, 2024). Retracer quelques jalons fondateurs permet d'éclairer les tensions qui traversent encore aujourd'hui le champ analytique.

Dans les années 1950, le psychologue John Money, en collaboration avec les endocrinologues Joan et John Hampson, mène des travaux auprès d'enfants présentant des variations du développement sexuel, aujourd'hui qualifiées d'intersexuations (Gill-Peterson, 2018 ; Trapin, 2005). Inspiré par le béhaviorisme, il avance que l'apprentissage précoce des rôles sociaux détermine la formation de l'identité masculine ou féminine, minimisant le poids de la biologie (Castel, 2003 ; Fassin, 2008). Castel (2003) décrit cette théorie comme une « machine de guerre anti-psychanalytique » (p. 69), tant elle substitue aux déterminants psychiques et biologiques la primauté de l'acquis social.

Dans les premières cliniques du genre aux États-Unis, Money élabore des protocoles pour les enfants dont le sexe est jugé ambigu, combinant réassignations chirurgicales et hormonales précoces avec un accompagnement parental destiné à consolider le « rôle de genre » assigné à l'enfant (Castel, 2003 ; Gill-Peterson, 2018). Plus tard, face à des adolescent·es en difficulté avec le sexe attribué, il formule l'hypothèse d'une « imprégnation cérébrale sexuante » (Castel, 2008, paragr. 29), réintroduisant ainsi des déterminants biologiques dans la compréhension des identifications.

Milton Diamond, psychologue et sexologue américain, s'oppose à la théorie du genre psychosocial défendue par John Money et affirme la prééminence des facteurs biologiques et généto-endocriniens dans la construction de l'identité de genre (Marchand, 2012). Il s'appuie son

argumentation sur l'affaire David Reimer, un garçon canadien réassigné fille après un accident chirurgical et élevé comme « Brenda ». Celui-ci reprit une identité masculine à l'adolescence avant de mettre fin à ses jours à l'âge adulte (Murphy, 2006). Ce cas, que Money avait initialement présenté comme un succès, illustre pour Fassin (2008) les dérives possibles de « l'empire médical du genre » (p. 377) et questionne la légitimité des interventions imposées précocement.

Dans les années 1960, le psychiatre et psychanalyste américain Robert J. Stoller reprend la distinction sexe/genre proposée par Money, mais l'inscrit dans une perspective psychanalytique (Laplanche 2003 ; Marchand 2025). Dans *Sex and Gender* (1968), il introduit l'expression « identité de genre » pour désigner le sentiment subjectif d'appartenance à un sexe, distinct de l'orientation sexuelle. Étudiant des patients sans anomalie biologique mais présentant une discordance entre sexe anatomique et genre ressenti, il situe le « noyau de l'identité de genre » (Laplanche, 2003, p.157) à l'articulation de facteurs biologiques, relationnels et psychiques précoces, notamment l'identification primaire à la mère, la séparation-individuation et la bisexualité psychique (Chiland, 2004 ; Trapin, 2005). Dès leur parution, ses travaux suscitent un vif débat dans le champ psychanalytique et font l'objet de critiques récurrentes (Linhares, 2010). Ses postulats relatifs à la symbiose, à l'identification sexuelle primaire, à l'existence d'une phase a-confliktuelle et à la place attribuée à l'activité psychique de l'enfant sont jugés par certaines auteur·es comme réducteurs ou ambigus (Chiland, 2011 ; Flavigny, 2012 ; Laplanche, 2003). Par exemple, Chiland (2004) lui reproche de considérer l'enfant comme passif dans la construction de sa propre identité et de négliger le rôle de ses fantasmes. Malgré les critiques, son apport a marqué durablement la pensée psychanalytique (Linhares, 2010) et sociale (Labarge-Huot, 2020).

Dans les années 1970 et 1980, la réflexion sur le genre se déplace et s'élargit sous l'influence recherches ethnologiques (Gill-Peterson, 2018). Les travaux ethnologiques, à partir de sociétés où les divisions sexuées des tâches sont inversées ou incluent des statuts tiers, mettent en évidence la pluralité des configurations sociales (Chiland, 2004 ; Fajnwaks, 2017). L'exemple des berdaches, hommes amérindiens investissant un statut social féminin à la suite d'une révélation spirituelle, illustre l'existence, dans certaines communautés, d'un troisième sexe social reconnu (Chiland, 2011 ; Marchand, 2012). De leur côté, les études féministes anglophones popularisent la distinction entre sexe biologique et genre socialement construit, tout en débattant de leur rôle respectif dans la hiérarchisation des sexes (Jami, 2008 ; Löwy et Rouch, 2003). Elles opposent ainsi perspectives

essentialistes et dénaturalistes (Dejours, 2015), cette dernière étant emblématiquement formulée par Simone de Beauvoir : « On ne naît pas femme, on le devient » (1949/1976, p.7).

En contrepoint, les théories féministes et queer des années 1990, notamment celles de Butler (1990, 2004), envisagent le genre comme un construit social performatif. Dans *Trouble dans le genre* (1990), Butler engage un dialogue critique avec la psychanalyse pour déconstruire l'idée d'une identité de genre donnée (Jami, 2008). S'appuyant sur Freud (*Deuil et mélancolie*, 1917 ; *Le moi et le ça*, 1923), elle élabore la notion de « mélancolie de genre », selon laquelle la perte précoce de l'objet d'amour de même sexe, imposée par le tabou de l'homosexualité, structure à la fois le genre et le désir (Butler, 2004). Elle rejette ainsi l'idée de prédispositions féminines ou masculines innées, qu'elle considère comme des effets des normes culturelles. Cette perspective a toutefois été critiquée dans le corpus psychanalytique, en raison d'une conception du genre jugée imprécise (Trapin, 2005), de la minimisation de l'identification primaire et d'une lecture de la mélancolie considérée comme peu compatible avec la clinique (Marchand, 2012). Selon ce dernier, Butler entretient une relation ambivalente avec l'approche psychanalytique. Elle poursuit certains de ses travaux en dialogue avec des analystes, tout en formulant, dans ses écrits en gender studies, des critiques récurrentes à l'égard de cette approche.

Ces débats montrent combien la notion de genre a constamment mis à l'épreuve les repères psychanalytiques, en confrontant déterminismes biologiques, assignations sociales et dynamiques psychiques. Ils révèlent aussi que, loin de se stabiliser, les définitions du genre n'ont cessé de se reconfigurer au fil des controverses scientifiques, des critiques féministes et des apports queer, laissant la psychanalyse aux prises avec des questionnements persistants et souvent déstabilisants.

1.2 Du médical au juridique : évolutions des prises en charge

Si l'évolution du terme identité de genre éclaire les débats conceptuels et théoriques, les transformations médicales, institutionnelles et juridiques en constituent l'autre versant, tout aussi déterminant dans l'histoire des prises en charge. Elles ont profondément marqué les parcours de soins et orienté la manière dont les cliniciens accueillent aujourd'hui les demandes liées au genre.

1.2.1 XIX^e-XX^e siècle : médicalisation et premières interventions. Le XIX^e siècle, selon Le Mens (2006) s'est intéressé principalement à l'hermaphrodisme et à l'ambiguïté sexuelle. Dès 1842, les

récits médicaux rapportent des découvertes, parfois faites fortuitement lors d'un examen général, parfois à la suite de soupçons exprimés par les patient·es. Dans ces situations, le médecin décidait de l'attribution d'un sexe, ce qui pouvait entraîner un reclassement et bouleverser le statut social, comme lorsqu'une femme élevée comme telle se voyait reclassée comme homme (Le Mens, 2006). Alors que le XIX^e siècle s'était surtout centré sur le diagnostic et l'assignation sociale des personnes présentant une ambiguïté sexuelle, le début du XX^e siècle marque un tournant avec les premières interventions chirurgicales. Aux États-Unis, des chirurgiens plastiques et des urologues opèrent des patient·es qualifié·es d'hermaphrodites lorsque l'anomalie génitale est jugée visible (Forno, 2025). L'essor de l'endocrinologie dans les années 1930 introduit ensuite les traitements hormonaux (Gill-Peterson, 2018). Parallèlement, certains patient·es expriment un désir de transformation corporelle sans anomalies génitales. Leurs demandes, alors classées parmi les « pathologies sexuelles » (homosexualité, travestisme, perversions), sont parfois interprétées comme des manifestations psychotiques par les rares psychanalystes américains de l'époque (Czermak, 2012).

En Europe, dans les années 1920, le médecin et sexologue Magnus Hirschfeld développe en Allemagne un accompagnement médical et chirurgical pour des personnes travesties souhaitant vivre dans un corps conforme à leur expression de genre. Il distingue soigneusement hermaphrodisme, homosexualité et transvestisme, mais ses travaux, peu diffusés aux États-Unis, restent limités à l'espace germanophone (Gill-Peterson, 2018). Quelques décennies plus tard, l'endocrinologue Harry Benjamin, formé en Allemagne puis installé aux États-Unis, reprend certains de ces questionnements en les articulant aux avancées endocrinologiques (Dubois, 2008). Entre 1930 et 1950, il combine approches hormonales et sexologiques et, en 1953, popularise le terme « transsexualisme » à travers le cas de Christine Jorgensen, qu'il définit comme la conviction intime d'appartenir au sexe opposé, associée à un désir de modifications corporelles (Czermak, 2012 ; Marchand, 2012).

La première clinique d'identité de genre est inaugurée en 1966 au Johns Hopkins Hospital (Baltimore, États-Unis), dans la continuité des travaux de Harry Benjamin et de John Money. Elle réunit psychiatres, endocrinologues, chirurgiens et psychologues travaillant en collaboration à l'élaboration de protocoles cliniques (Gill-Peterson, 2018). À la même époque, Stoller fonde à l'université de Californie une clinique de l'identité de genre. Il critique ce qu'il perçoit comme une

obsession médicale à réduire le transsexualisme à des protocoles endocrinologiques et chirurgicaux et plaide pour une approche psychothérapeutique de ces parcours (Dubois, 2008).

1.2.2 Années 1970–2020 : institutionnalisation et classifications. À partir des années 1970, l'accès à la chirurgie de réassignation est progressivement encadré par des protocoles médicaux exigeant une expérience de vie d'au moins deux ans dans le genre souhaité (Dubois, 2008). Cette exigence, inspirée notamment des travaux de John Money (Castel, 2003), trouve un relais dans la nosographie psychiatrique avec l'inclusion du transsexualisme dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III, 1980), publié par l'American Psychiatric Association (APA). Dans cette version, le transsexualisme est classé parmi les « troubles psychosexuels » (Alessandrin, 2014 ; Forno, 2025) et est défini comme une inadéquation persistante entre le sexe à la naissance et l'identité sexuelle ressentie, dont il constitue la forme extrême (Marchand, Pelladeau et Pommier, 2015). Dubois (2008) considère plutôt que cette conception reprend en grande partie la définition du genre proposée par Stoller, articulant corps sexué, identité psychique et rôles sociaux.

Les révisions du DSM-IV (1994) et du DSM-IV-TR (2004) redéfinissent les troubles de l'identité de genre en adoptant une approche plus dimensionnelle (De la Sablonnière-Plourde, 2021 ; Dubois, 2008). Le terme de transsexualisme est supprimé, car il ne permettait pas de rendre compte de la diversité des parcours observés dans les cliniques spécialisées (Gil-Peterson, 2018). Certains individus souhaitaient transformer leur corps, d'autres privilégiaient l'adoption de rôles sociaux différents (Dubois, 2008). Le trouble est alors envisagé comme un continuum, mais il demeure inscrit dans le registre pathologique (Alessandrin, 2014).

Avec le DSM-5 (2013), le diagnostic prend le nom de « dysphorie de genre » (De la Sablonnière-Plourde, 2021). Ce changement terminologique vise à réduire la stigmatisation en déplaçant l'accent de l'identité de genre elle-même vers la souffrance liée à l'inadéquation ressentie entre genre vécu et sexe (Forno, 2025). Contrairement au DSM-IV, qui présentait le trouble comme une catégorie identitaire pathologique, le DSM-5 met davantage l'accent sur l'expérience subjective de détresse et sur ses implications cliniques, tout en conservant des critères diagnostiques précis (Forno, 2025 ; Marchand, Pelladeau et Pommier, 2015).

Par ailleurs, le terme « transgenre » apparaît dès les années 1970 dans certains milieux militants et universitaires, avant de s'imposer dans les années 1990-2000 comme une catégorie englobante moins pathologisante que le « transsexualisme » (Cotton, Sansfaçon et CourFey, 2024). Ce décalage entre la terminologie sociale et les classifications psychiatriques illustre la tension persistante entre savoirs cliniques et mobilisations communautaires.

1.2.3 Années 2000 : popularisation de l'approche transaffirmative. L'approche transaffirmative peut être définie comme « toute intervention qui soutient le développement de l'identité affirmée de la personne, plutôt qu'une intervention qui tente de la modifier. » (Pullen Sansfaçon, 2015, p. 94). Inspirée dès les années 1990 par le « Dutch protocol », qui préconise pour les adolescent·es trans un accompagnement graduel allant des bloqueurs pubertaires aux hormones à partir de 16 ans, puis à la chirurgie à l'âge adulte, elle s'impose progressivement comme un modèle moins pathologisant (Biggs, 2023). La diffusion de cette orientation connaît un tournant en 2008 avec la parution de *The Transgender Child: A Handbook for Families and Professionals* qui promeut une vision non binaire du genre et valorise l'autodétermination (Pullen Sansfaçon et Medico, 2021). Une première formalisation académique est proposée aux États-Unis par Hidalgo et al. (2013) à travers le Gender Affirmative Model qui en clarifie les principes fondateurs. Parallèlement, la World Professional Association for Transgender Health intègre progressivement cette approche dans ses *Standards of Care* (2011, 2022) (Bosse et al., 2022 ; Shumer, Nokoff et Spack, 2016). Au Canada, l'approche transaffirmative s'est concrétisée par la création de l'Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre (CPATH). Elle encadre aujourd'hui les pratiques médicales et sociales auprès des personnes trans (Pullen Sansfaçon et Medico, 2021).

1.2.4 Années 1970–2025 en contexte québécois : réformes juridiques et contexte clinique. Au Québec, dès 1977, le modèle médical encadrant le « changement de sexe » reposait sur l'exigence d'une chirurgie de réassignation sexuelle (Labarge-Huot, 2020). Cette condition limitait l'accès aux démarches de transition légale à un nombre restreint de personnes transsexuelles. À partir des années 2000, cette obligation est progressivement remise en question, tant sur le plan juridique qu'institutionnel. La jurisprudence canadienne a d'abord statué que l'exigence chirurgicale pouvait constituer une forme de discrimination (Lecomte, 2024), tandis qu'au niveau international, le

Conseil de l'Europe (2010) et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture (2013) ont dénoncé cette condition comme une atteinte aux droits fondamentaux.

Ces débats se traduisent dès 2012 par des évolutions concrètes. Le Tribunal des droits de la personne de l'Ontario invalide l'obligation de chirurgie pour les démarches administratives (De la Sablonnière-Plourde, 2021), alors que l'Argentine adopte la même année une loi pionnière reconnaissant le droit à l'autodétermination de genre sans intervention médicale obligatoire. Au Québec, le dépôt du *Plan de la revendication trans* en 2012 marque une étape importante dans ce processus (Labarge-Huot, 2020 ; Lecomte, 2024). Remis au ministre de la Justice par le Conseil québécois des gais et lesbiennes, ce document propose d'adapter la politique publique aux besoins des personnes trans (Sauvé, 2015). Il met en avant deux mesures centrales, l'inclusion de l'identité et de l'expression de genre dans la Charte québécoise des droits et libertés de la personne et l'abolition de l'exigence chirurgicale (De la Sablonnière-Plourde, 2021).

Ces propositions donnent lieu à plusieurs consultations publiques entre 2013 et 2016 qui réunissent des expertises variées, militantes, juridiques, médicales et psychologiques (Labarge-Huot, 2020). L'ensemble des contributions converge vers la nécessité de faciliter les démarches administratives, de reconnaître la transition des mineur·es et de lutter contre la discrimination (Sauvé, 2015). Ces processus consultatifs conduisent à une série de réformes majeures. En 2013, l'obligation de chirurgie est retirée, suivie en 2015 de l'adoption d'un nouveau règlement permettant le changement de sexe légal et de nom sans intervention médicale (De la Sablonnière-Plourde, 2021 ; Lecomte, 2024). Enfin, en 2016, les mineur·es obtiennent la possibilité de modifier leur identité légale, tandis que l'identité et l'expression de genre sont explicitement intégrées aux motifs de discrimination interdits dans la Charte des droits et libertés de la personne en 2018 (Ashley, 2020 ; Lecomte, 2024).

Plus récemment, la Cour supérieure invalide en 2021 l'obligation faite aux mineur·es de fournir une lettre médicale pour changer la mention de sexe (Cotton, Sansfaçon et Courcy, 2024). Le projet de loi 2 introduit parallèlement la possibilité d'inscrire un marqueur féminin, masculin ou non binaire sur les documents officiels (Éditeur officiel du Québec, 2022). Ces évolutions s'accompagnent d'un élargissement de l'accès aux bloqueurs pubertaires dès 10-12 ans, à

l'hormonothérapie à l'adolescence et à certaines chirurgies dès 16 ans, à l'exception des interventions génitales réservées à la majorité (Lévesque et al., 2024).

L'ensemble de ces réformes trace le contexte dans lequel se déploient les cliniques contemporaines. Reste à interroger la spécificité de la clinique auprès des adolescent·es, qui fera l'objet de la section suivante.

1.3 Adolescence et genre : reconfigurations cliniques contemporaines

Les données épidémiologiques et cliniques confirment une croissance sans précédent du nombre d'adolescent·es s'identifiant comme transgenre ou non binaire. Cette tendance a notamment été documentée au Royaume-Uni (Bell, 2020 ; Marchiano, 2021), en Australie (Clarke et Amos, 2024), en France (Forno, 2025), en Finlande (Kaltiala-Heino et al., 2018) et au Canada (Medico, 2019 ; Zucker, 2019). Le Gender Identity Development Service (GIDS), principale clinique britannique spécialisée dans l'accompagnement des questions de genre et centre de référence pour le regroupement international des données, rapporte une augmentation de ses prises en charge, passées de 150 en 2010 à plus de 2700 en 2019-2020 (Croix, 2022). Les changements observés ne concernent pas uniquement le volume des demandes, ils touchent également le profil des jeunes, transformant ainsi les figures contemporaines du malaise adolescent (Madison et al., 2015). Alors que les premières sollicitations provenaient majoritairement de garçons, ce sont désormais surtout des adolescentes qui se présentent en consultation. Selon certaines sources, elles représenteraient au moins 70 % des jeunes engagé·es dans une démarche de transition (Athéa, 2023 ; Habib, 2021 ; Marchiano, 2021).

Les classifications contemporaines, pour leur part, contribuent à effacer la spécificité de l'adolescence en rapprochant ses critères de ceux de l'âge adulte. Le DSM-5, définit en effet la dysphorie de genre selon des critères très proches pour les adolescent·es et pour les adultes. S'il distingue encore l'adolescence de l'enfance, le manuel n'introduit aucune différenciation significative entre adolescent·es et adultes, ni dans la formulation diagnostique, ni dans les recommandations cliniques qui l'accompagnent (Marchand, 2019). Une telle homogénéisation tend à invisibiliser les enjeux propres à l'adolescence, qu'il s'agisse des remaniements identificatoires ou du travail d'intégration du corps sexué dans l'image de soi. Les souffrances liées

au genre sont alors parfois lues à travers une grille clinique qui ne rend pas pleinement compte de leur complexité subjective.

Cette réduction nosographique des spécificités adolescentes rend nécessaire de rappeler, même brièvement, l'ampleur des remaniements psychiques et identificatoires propres à cette période. Leur compréhension requiert l'apport incontournable des théories psychanalytiques.

1.4 L'adolescence : un temps de remaniements psychiques et identificatoires

Selon Freud (1905), la puberté marque le passage d'une sexualité infantile autoérotique à une sexualité organisée par le primat génital, soutenue par la conjonction des courants tendre et sensuel. Ce remaniement implique un déplacement des pulsions narcissiques vers un choix d'objet extérieur, rendu possible par la reviviscence des représentations œdipiennes et la reconstruction de la scène primitive dans le cadre pubertaire (Gutton, 1991). Ces processus s'accompagnent d'une perte de la toute-puissance infantile, vécue comme une blessure narcissique (Cahn, 2002), et d'une confrontation à un corps sexué dont l'irruption peut susciter honte, excitation ou étrangeté (Anzieu, 1985 ; Gutton, 1991). Lorsque cette intégration échoue, une rupture du lien au corps peut s'installer, marquée par le rejet des caractères sexuels et une disjonction entre image de soi et image corporelle (Laufer et Laufer, 1989).

Ces bouleversements fragilisent l'assise narcissique et réactivent les tensions entre Moi, Surmoi et Idéal du Moi, tout en ouvrant un espace de réorganisation identificatoire (Blos, 1980 ; Cahn, 2002 ; Gutton, 1991). Pris dans cette conflictualité, l'adolescent·e doit renoncer à ses anciens repères pour investir de nouveaux modèles, dans un mouvement souvent tâtonnant, ambivalent et régressif. Ce processus peut prendre la forme d'un « changement catastrophique » au sens de Bion (1982), c'est-à-dire l'émergence de nouveaux organisateurs psychiques à travers des expériences émotionnelles transformatrices.

C'est dans ce contexte de bouleversements psychiques et identificatoires que les questionnements de genre à l'adolescence mettent au premier plan des dilemmes cliniques et des réajustements institutionnels qui nourrissent aujourd'hui de vives controverses.

1.5 Entre clinique et institutions : controverses et réajustements

La pratique clinique auprès des adolescent·es en questionnement de genre se structure aujourd'hui autour de deux orientations principales, qui diffèrent autant par leur conception du soin que par leurs modalités concrètes d'accompagnement.

1.5.1 L'approche transaffirmative : entre reconnaissance identitaire et risques de médicalisation précoce. Le modèle transaffirmatif considère les variations de genre comme non pathologiques et valorise la pluralité des trajectoires identitaires (Hidalgo et al., 2013 ; Keio-Meier et Ehrensaft, 2018). Il ouvre un espace où l'adolescent·e peut explorer et construire une identité de genre vécue comme authentique à travers des interventions concrètes telles que le choix du prénom, l'usage des pronoms, le style vestimentaire ou la présentation sociale (Ehrensaft, 2021 ; Pullen Sansfaçon et Medico, 2021). Dans cette perspective, le·la clinicien·ne est invité·e à soutenir la résilience de genre, à accompagner les familles et à favoriser l'inclusion scolaire et sociale. L'objectif est d'accéder à une « santé de genre », définie comme la possibilité de vivre dans son genre propre, reconnu par soi-même et soutenu par l'environnement (Keio-Meier et Ehrensaft, 2018).

Ce modèle a permis d'élargir le champ de reconnaissance et de réduire la pathologisation des vécus trans, mais il suscite des polémiques. Plusieurs clinicien·nes, parents et chercheur·ses redoutent une application trop uniforme de l'approche transaffirmative, qui risquerait de négliger la diversité des parcours développementaux et la complexité du vécu subjectif (Clarke et Amos, 2024 ; Jenn, 2024 ; Zucker, 2019). Ces critiques rejoignent la crainte d'une médicalisation précoce de la souffrance liée au genre, opérée sans élaboration psychique préalable (Bell, 2020).

Les traitements médicaux cristallisent particulièrement ces débats (Harris et al., 2019). Si les bloqueurs de puberté sont présentés comme réversibles, plusieurs recherches soulignent des effets durables : persistance de certaines modifications corporelles (Miroshnychenko et al., 2025), réduction de la fertilité (Cheng et al., 2019 ; Stock et al., 2023), impossibilité d'allaiter (Gribble, Bewley et Dahlen, 2023), atrophie vaginale (Krakowsky et al., 2022) ou encore diminution de la densité osseuse (Ma et al., 2022 ; Vlot et al., 2017). D'autres études relèvent également des troubles psychiques associés à ces traitements (Delgado-Ruiz et Romanos, 2019). Les chirurgies de réassignation exposent elles aussi à des risques importants, comme l'attestent les taux élevés de

complications après phalloplastie (Wang et al., 2022) ou vaginoplastie (Bustos et al., 2021). Enfin, des incertitudes demeurent quant à la réversibilité des altérations histologiques observées après usage prolongé de testostérone ou d'œstrogènes, bien que des cas de restauration de la spermatogenèse ou de grossesses réussies aient été rapportés (De Roo et al., 2025).

Pour autant, certaines études récentes viennent nuancer ces critiques. Wright et al. (2024) montrent que les hormonothérapies peuvent améliorer le fonctionnement psychique et réduire la détresse liée au genre, à condition que les transformations corporelles soient vécues comme cohérentes avec le projet identitaire du jeune. Par ailleurs, certaines données indiquent que les effets hormonaux ne sont pas uniformément irréversibles, comme en témoignent des cas documentés de restauration de la fertilité ou de grossesses réussies (De Roo et al., 2025).

L'efficacité de ces interventions apparaît hétérogène, dépendant autant de leur alignement avec la trajectoire subjective que de leur impact somatique. Wright et al. (2024) rappellent que le risque de regret demeure une préoccupation, tout en soulignant que le seul recours au soutien psychologique ne garantit pas nécessairement des bénéfices équivalents. La médiatisation des récits de détransition (Littman, 2021 ; Vandebussche, 2022) et la multiplication des litiges pour faute médicale (Clarke et Amos, 2024) ont renforcé les appels à la prudence. Les résultats cliniques restent contrastés, en partie en raison de la fréquence élevée des troubles psychiques concomitants (Abbruzzese et al., 2023 ; Cantor, 2019).

Ces débats cliniques se répercutent dans des réajustements institutionnels contrastés. En Europe du Nord, la Finlande (2020) et la Suède (2022) ont restreint l'accès aux bloqueurs de puberté et donné la priorité à la psychothérapie, invoquant le principe de précaution et la nécessité d'évaluations plus rigoureuses (Elkadi et al., 2023 ; Stolk et al., 2023). En Amérique du Nord, certaines provinces canadiennes et plusieurs États américains ont adopté des lois limitant les transitions médicales pour les mineur·es (Cotton et al., 2025). L'adoption de certaines politiques publiques illustre cette tendance, par exemple en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick où l'usage d'un prénom ou d'un pronom choisi à l'école requiert désormais l'accord parental (Coletta, 2023 ; Compaoré, 2023). En Alberta, les interventions médicales sont soumises à des restrictions spécifiques (Cotton et al., 2025).

1.5.2 La posture exploratoire : entre vigilance clinique et risques de pathologisation. Certain·es clinicien·nes proposent une approche appelée *gender-exploratory therapy*, présentée comme une alternative « neutre » entre affirmation de genre et pratiques de conversion. Le terme de « thérapie de conversion » désigne initialement des interventions visant à rendre des personnes homosexuelles hétérosexuelles, par des approches psychologiques, comportementales, aversives ou religieuses (D'angelo, 2023). Ces pratiques sont aujourd'hui largement reconnues comme inefficaces et délétères et ont été interdites dans plusieurs pays (American Psychiatric Association, 2024 ; Giami, 2015).

Les défenseurs de la thérapie exploratoire considèrent que l'accompagnement des adolescent·es doit passer par une psychothérapie, parfois prolongée, visant à interroger les origines possibles de la dysphorie ou de l'auto-identification trans avant toute transition sociale ou médicale (Cabarat, 2023 ; D'Angelo et al., 2021 ; Edwards-Leeper et Anderson, 2021 ; Spiliadis, 2019). Présentée comme « dénuée d'agenda politique » (Cabarat, 2023, p. 112), contrairement à l'approche transaffirmative accusée de répondre à des revendications militantes et de valider trop rapidement l'identité de genre affirmée par les jeunes (D'Angelo et al., 2021 ; Edwards-Leeper et Anderson, 2021), cette orientation fait de la psychothérapie le traitement de première intention, les interventions médicales devant être différées, voire évitées si possible (Gender Exploratory Therapy Association [GETA], 2021).

Pour ses promoteurs, une telle orientation représente une garantie de prudence. Elle viserait à respecter la complexité du développement adolescent, à éviter des réponses trop immédiates aux demandes identitaires et à préserver un espace d'élaboration psychique susceptible d'être compromis par des décisions rapides (Sinaï et Sim, 2024). Elle s'appuie également sur l'idée qu'une temporalité plus longue réduirait le risque de choix irréversibles vécus ensuite comme inadaptés, certains cliniciens invoquant à ce titre la médiatisation de parcours de détransition ou de litiges médico-légaux (Clarke et Amos, 2024 ; Littman 2021 ; Vandenbussche, 2022).

La posture exploratoire n'échappe pas aux critiques. Ashley (2023) souligne sa proximité conceptuelle avec les pratiques de conversion, en raison d'un présupposé pathologisant qui associe fréquemment les identifications trans à des traumatismes, à des troubles psychiques ou à des influences sociales. Derrière le vocabulaire d'« exploration », on lui reproche parfois de se réduire

à une interrogation insistante, où la transition demeure suspendue tant qu'une cause n'a pas été identifiée (Ashley, 2023). Certaines auteur·es considèrent que cette logique risque d'accroître la souffrance psychique des adolescent·es (Medico et al., 2020 ; Wren, 2019) et de heurter les principes de neutralité thérapeutique, de centration sur le patient et d'alliance clinique (Ashley, 2020). L'absence de données empiriques démontrant une efficacité supérieure à celle de l'approche affirmative accentue encore cette vulnérabilité (Wren, 2019).

Les partisans de l'exploration répliquent toutefois que cette assimilation à une thérapie de conversion constitue une confusion préjudiciable (D'Angelo, 2023). Dans un contexte politique polarisé, où les législations interdisant les thérapies de conversion sont parfois rédigées de façon très large, la psychothérapie exploratoire risque d'être assimilée à tort à une pratique coercitive (D'Angelo, 2023 ; Spiliadis, 2019). Or, soutiennent-ils, confondre psychothérapie et thérapie de conversion relève d'une méconnaissance fondamentale de leur nature. La psychothérapie n'impose ni orientation ni genre et cherche avant tout à accompagner la détresse des jeunes. Toute tentative directive ou suggestive, rappelait déjà Stephen et Mitchell (1981) il y a plusieurs décennies, contrevient aux principes fondamentaux de la pratique psychanalytique, et il en va de même lorsqu'il s'agit de travailler avec la dysphorie de genre (D'Angelo, 2023). Comme l'indique le British Psychoanalytic Council (BPC), l'interdiction des thérapies de conversion pourrait ainsi avoir pour effet paradoxal de proscrire aussi les psychothérapies exploratoires, pourtant reconnues comme pratiques légitimes par plusieurs instances psychiatriques et psychanalytiques (BPC, 2021).

Du point de vue psychanalytique, la posture exploratoire peut soutenir le travail associatif, accueillir l'ambivalence des adolescent·es en questionnement de genre et favoriser l'élaboration des conflits intrapsychiques (Joy, 2024 ; Saketopoulou, 2020). Pourtant, à l'intérieur même de cette approche, certain·es psychanalystes soulignent qu'elle comporte une dynamique double, à la fois féconde pour l'élaboration psychique et vulnérable à des dérives pathologisantes. Lorsqu'elle s'appuie sur des mouvements contre-transférentiels « cisnormatifs », cette posture peut reconduire une suspicion systématique qui réduit les identifications trans à de simples défenses ou à des impasses développementales (Hansbury, 2017 ; Gherovici, 2017). D'autres clinicien·nes du champ psychodynamique rappellent également qu'un recentrage exclusif sur l'intrapsychique tend à occulter les dimensions sociales, politiques et institutionnelles du vécu adolescent (Gurreri, 2022 ; Jenn, 2024).

L'introduction, dans le champ clinique, d'un concept élaboré hors psychanalyse comme celui d'« identité de genre » questionne à son tour les repères théoriques classiques de la discipline et accentue ses clivages internes. Ces tensions reflètent plus largement les débats qui traversent la psychanalyse contemporaine et s'expriment dans la diversité des lectures théoriques et des positions cliniques, oscillant entre fidélité à la tradition et volonté de renouvellement face aux enjeux actuels du genre et de la sexualité.

1.6 Des clinicien·nes préparé·es à la complexité clinique ? Enjeux de formation et de transmission.

Plusieurs travaux mettent en évidence un déficit marqué dans la formation des clinicien·nes sur la diversité sexuelle et de genre (Keo-Meier et Ehrensaft, 2018). Ciclitira et Foster (2012), à partir d'une enquête menée au Royaume-Uni sur les cursus de psychothérapie psychanalytique, relèvent l'absence de modules spécifiques consacrés à l'accompagnement des personnes trans et le manque de préparation des superviseur·es. Leur étude souligne également que les institutions tendent à perpétuer un savoir prétendument « neutre » et universel, peu réceptif aux apports des épistémologies queer ou intersectionnelles.

Dans le même sens, Berry et Lezos (2017), à partir d'une étude qualitative sur les pratiques de sexothérapie, observent que les thérapeutes se sentent fréquemment démunis face aux identités de genre non normatives, faute d'une préparation adéquate au cours de leur formation.

Plus récemment, Saketopoulou (2020), forte d'une longue pratique auprès d'enfants, d'adolescent·es et d'adultes trans, insiste sur l'écart persistant entre certains discours psychanalytiques et l'expérience clinique. Elle critique les positions d'analystes sans contact direct avec cette population et plaide pour une formation sensible à la complexité et aux dilemmes éthiques soulevés par les trajectoires de genre.

Ces constats convergent vers la nécessité d'un enseignement qui prépare effectivement les clinicien·nes aux réalités contemporaines du genre et aux enjeux éthiques qui les accompagnent.

1.7 Une démarche cartographique au service de la clinique

Les développements précédents ont mis en évidence la diversité des positionnements cliniques, les débats éthiques et les tensions institutionnelles qui traversent aujourd'hui l'accompagnement

psychodynamique des adolescent·es en questionnement de genre. Ce champ encore peu consolidé se caractérise par une hétérogénéité marquée des pratiques et par l'absence de synthèses cliniques systématiques, dans un contexte où les repères théoriques et institutionnels se recomposent rapidement.

Dans ce paysage mouvant, les clinicien·nes se trouvent confronté·es à des demandes adolescentes inédites, à des enjeux transférentiels singuliers et à des dilemmes éthiques encore insuffisamment théorisés. Ces difficultés sont amplifiées par la polarisation des discours professionnels et par les clivages idéologiques ou institutionnels qui influencent les conditions mêmes de la rencontre thérapeutique.

Face à cette complexité, une démarche de synthèse systématique et compréhensive apparaît nécessaire. Elle doit permettre d'ordonner la diversité des données disponibles et de nourrir une réflexion psychodynamique aux prises avec les réalités contemporaines.

1.8 Objectifs et questions de recherche

Cet examen de la portée vise à offrir une vue d'ensemble des pratiques contemporaines en psychothérapie psychodynamique auprès des adolescent·es en questionnement de genre. Pour répondre à cette visée, deux dimensions sont considérées, soit la compréhension de leur souffrance psychique et les modalités d'intervention mobilisées pour l'aborder.

La question de recherche principale est la suivante :

- Quelles sont les pratiques contemporaines en psychothérapie psychodynamique auprès des adolescent·es en questionnement de genre ?

Deux sous-questions orientent l'analyse :

- Comment la souffrance de ces jeunes est-elle pensée et comprise en psychothérapie psychodynamique ?
- Quelles modalités d'intervention les clinicien·nes mobilisent-ils·elles dans leur accompagnement ?

CHAPITRE 2

MÉTHODE

Guidée par ces questions, la méthodologie repose sur un examen de la portée, mobilisant un dispositif d'analyse systématique et nuancé afin de rendre compte de l'hétérogénéité des pratiques et des spécificités institutionnelles. Ce type de revue, particulièrement adapté aux domaines encore peu explorés ou caractérisés par une forte diversité, permet d'établir un état des lieux rigoureux des connaissances disponibles, sans chercher à mesurer l'efficacité des interventions (Peters et al., 2020). Conformément aux recommandations d'Arksey et O'Malley (2005), Levac et al. (2010) et du *JBIManual for Evidence Synthesis* (Peters et al., 2020), aucune évaluation critique de la qualité méthodologique des études incluses n'a été effectuée, l'objectif étant de cartographier l'ensemble des connaissances disponibles plutôt que d'en hiérarchiser la valeur probante.

Cet examen de la portée s'appuie sur les recommandations du *JBIManual for Evidence Synthesis* (Peters et al., 2020), produit par le Joanna Briggs Institute, organisme international basé à Adélaïde. Référence officielle dans le domaine de la santé et des sciences sociales, ce manuel définit cinq étapes principales : 1) identifier la question de recherche ; 2) repérer les études pertinentes ; 3) sélectionner les études ; 4) extraire les données ; 5) assembler, synthétiser et présenter les résultats. Trois rencontres avec une bibliothécaire spécialisée ont permis de définir et valider la stratégie de recherche documentaire, incluant la sélection des mots-clés.

L'ensemble du processus a été mené selon des principes de transparence, de reproductibilité et de cohérence méthodologique, afin de garantir la solidité et la lisibilité des résultats.

2.1 Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a été conduite par l'auteure, doctorante en psychologie, en collaboration avec une bibliothécaire expérimentée de l'Université du Québec à Montréal. Conformément aux recommandations du *JBIManual for Evidence Synthesis* (Peters et al., 2020), elle s'est déroulée en deux étapes. La première, de nature exploratoire, a été réalisée le 14 décembre 2024 dans PsycINFO et Cairn. Elle incluait la consultation des thésaurus propres à chaque base afin d'identifier les descripteurs et mots-clés pertinents. La seconde correspondait à la phase

systematique complete, menee les 1er et 2 février 2025, après validation, le 31 janvier 2025, de la liste finale des mots-clés et de la sélection des bases francophones et anglophones par la bibliothécaire.

Les bases consultées comprenaient, pour la recherche anglophone, PsycINFO, Scopus, GenderWatch, Gender Studies, Archives of Sexuality & Gender: LGBTQ History and Culture since 1940 et LGBTQ+ Life. Pour la recherche francophone, ont été mobilisées Érudit, OpenEdition, Cairn et Persée, Google Scholar étant utilisé comme source complémentaire. Par exemple, la recherche menée directement sur OpenEdition n'a donné aucun résultat. En revanche, l'utilisation de Google Scholar avec une requête ciblée sur ce site a permis d'identifier 55 références pertinentes. L'inclusion de bases issues des gender studies, bien que situées en marge des canaux de diffusion psychanalytiques habituels, visait à assurer l'exhaustivité de la recherche.

Les mots-clés ont été organisés autour de trois grands concepts :

1) Adolescents : adolescen OR teen [anglais] ; adolescen*[français]

2) Questionnement de genre : transgend OR "gender dysphoria" OR "gender identity" OR "gender transition" OR "gender transitioning" OR "gender variance" OR transidentification OR "gender discordance" OR "gender fluidity" OR "gender incongruence" OR nonbinary OR "non-binary" OR "non-binarity" OR transsexual* OR "gender diverse" OR "gender representation" [anglais] ; transgen* OU "dysphorie de genre" OU "identité de genre" OU "transition de genre" OU transidentité OU "discordance de genre" OU "fluidité de genre" OU "incongruence de genre" OU "non-binarité" OU transsexual* OU "représentation de genre" [français]

3) Psychodynamique : psychoanal OR psychodynamic OR countertransfer* OR transfer* OR "unconscious processes" [anglais] ; psychanal* OU psychodynamique OU "contre-transfert" OU transfert OU "processus inconscients" [français]).

Les opérateurs booléens (OR\OU) et les troncatures (*) ont été utilisés systématiquement afin d'inclure les synonymes, variantes orthographiques et termes apparentés pour maximiser la

sensibilité de la recherche. Un tableau détaillant les équations complètes pour chaque base de donnée est présenté en annexe (voir Annexe 2).

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion :

Cette section présente les différents critères d'inclusion et d'exclusion du présent examen de la portée.

2.2.1 Critère d'inclusion. La population ciblée par cet examen de la portée regroupe des adolescents âgés de 13 à 17 ans. Lorsque des articles incluait des tranches d'âge élargies - par exemple à partir de 12 ans ou jusqu'à 18 ans - une analyse de pertinence a été menée afin de déterminer dans quelle mesure leur contenu correspondait aux objectifs spécifiques de la recherche et reflétait les processus propres à l'adolescence. Certaines études intégrant des participant·es de 19 ans ont également été retenues lorsqu'ils étaient inclus dans des groupes définis comme adolescents ou considérés comme tels dans leur contexte culturel, notamment aux États-Unis où la catégorie teen peut englober cet âge. Cette flexibilité visait à éviter une exclusion arbitraire, tout en respectant la transparence méthodologique et en précisant les limites liées à ces choix.

Seules les publications parues depuis 2018 ont été incluses. Le point de départ correspond à la création, par l'Association internationale de psychanalyse, du Psychoanalysis and Sexual & Gender Diversity Studies Committee (Gurreri, 2022). Cette initiative marque un tournant institutionnel en témoignant d'un intérêt croissant pour l'inclusion de la diversité sexuelle et de genre dans les approches psychodynamiques et laisse supposer que des avancées significatives ont eu lieu depuis.

Les études sélectionnées devaient être rédigées en français ou en anglais, langues maîtrisées par l'équipe de recherche. Ce choix garantit une analyse rigoureuse et nuancée des concepts et des résultats, tout en évitant les biais liés à l'usage de traductions automatiques ou à la consultation de textes dans des langues partiellement acquises.

Tous les types d'études empiriques et théoriques ont été considérés, qu'il s'agisse d'approches quantitatives, qualitatives, mixtes ou encore d'études de cas, afin de refléter la diversité et la richesse des approches contemporaines dans ce champ de recherche.

2.2.2 Critères d'exclusion. Ont été exclues les études portant exclusivement sur des enfants de moins de 13 ans ou sur des jeunes adultes de plus de 19 ans, sauf lorsque des données distinctes concernaient spécifiquement la tranche d'âge de 13 à 17 ans. Les travaux ne relevant pas d'un cadre psychodynamique ou ne portant pas sur des adolescent·es en questionnement de genre, ont également été écartés. De même, les publications antérieures à 2018 et celles rédigées dans une autre langue que le français ou l'anglais n'ont pas été retenues. Enfin, n'ont pas été inclus les textes ne constituant pas des études originales ou théoriques complètes, tels que les corrections à un article, les introductions générales ou les préfaces à un numéro spécial.

2.3 Processus de sélection des études

Conformément aux recommandations du *JB1 Manual for Evidence Synthesis* (Peters et al., 2020), la sélection des études s'est déroulée en trois étapes successives.

D'abord, les références issues de la recherche documentaire ont été importées dans un logiciel de gestion bibliographique (Zotero), puis les doublons supprimés. Les titres et résumés restants ont été examinés systématiquement afin d'écarter les documents manifestement non pertinents.

Ensuite, une étape intermédiaire a été ajoutée pour optimiser le processus. Une lecture rapide des premières pages de chaque texte a permis d'identifier les informations manquantes dans les titres ou résumés, en particulier l'âge des adolescent·es concernés. Cette présélection a facilité l'exclusion des études hors champ, réduisant la charge de lecture pour l'étape suivante.

Enfin, les textes retenus ont fait l'objet d'une lecture intégrale. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été réappliqués rigoureusement, et chaque motif d'exclusion a été consigné avec précision.

L'ensemble du processus a été encadré par une grille d'éligibilité fondée sur les critères établis (par exemple la langue, l'âge, l'année de publication et le type d'étude). Testée en amont sur vingt références dans le cadre d'un exercice pilote, cette grille a permis de préciser les règles d'inclusion et d'exclusion et de lever les ambiguïtés.

La sélection a ensuite été réalisée de manière indépendante par deux évaluatrices, l’auteure et sa directrice de recherche, chacune appliquant les critères de façon autonome. En cas de désaccord, une discussion a permis de statuer conjointement, garantissant la fiabilité et la transparence du processus.

Par ailleurs, l’ensemble de la procédure a été consignée selon les lignes directrices du PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR ; Tricco et al., 2018). Le diagramme PRISMA, présenté dans la section Résultats, illustre le flux des références à travers les différentes étapes de sélection ainsi que les principales raisons d’exclusion.

2.4 Extraction de données

L’extraction des données visait à cartographier les formes de souffrance psychique identifiées chez les adolescent·es en questionnement de genre, ainsi que les interventions psychothérapeutiques psychodynamiques, décrites dans les études incluses.

Un tableau de synthèse a été conçu pour organiser de manière systématique les informations pertinentes, en cohérence avec les visées exploratoires de l’examen de la portée. Il comprenait les colonnes suivantes : auteur·es, année de publication, titre de l’article, pays d’origine, population ciblée, contexte d’intervention, objectifs de l’étude, méthodologie ou axes de réflexion clinique ou théorique, enjeux observés pour les adolescent·es, interventions cliniques décrites, résultats thérapeutiques, principaux modèles théoriques mobilisés, limites identifiées et recommandations cliniques. Cette structure visait à soutenir une analyse approfondie des liens entre les problématiques rencontrées et les modalités d’accompagnement psychothérapeutique.

Le projet initial s’est cependant révélé trop ambitieux au regard du volume et de l’hétérogénéité du corpus. Certaines catégories, trop peu renseignées ou redondantes, ont été progressivement retirées afin de concentrer l’extraction sur les éléments les plus significatifs. Ce réajustement méthodologique s’inscrit dans un processus itératif fidèle aux recommandations du manuel du JBI (Peters et al., 2020), permettant d’adapter les outils de travail en fonction des réalités du terrain documentaire.

Le tableau a été réalisé avec le logiciel Excel. L'extraction a été effectuée par l'auteure, puis validée par un contrôle de fiabilité : un échantillon de cinq études a été revu indépendamment par la directrice de recherche. Cette double lecture a permis d'harmoniser les intitulés utilisés dans le tableau et de garantir leur fidélité aux formulations des textes sources.

2.5 Analyse des données

Cette méthode a été retenue pour sa flexibilité et pour sa capacité à organiser des matériaux hétérogènes en thèmes clairs et structurés. Elle permet de dégager des enjeux transversaux et de mettre en évidence les tensions présentes dans les travaux analysés. Comme le rappellent ces auteur·es, l'analyse thématique peut s'inscrire sur un continuum allant du descriptif à l'interprétatif ; l'orientation adoptée ici demeure principalement descriptive, afin d'explicitier les motifs de sens du corpus sans surinterprétation théorique.

Cette posture s'inscrit dans le cadre d'un examen de la portée, tel que défini par le *JBI Manual for Evidence Synthesis* (Peters et al., 2020), qui recommande des stratégies de synthèse souples et adaptées à la diversité des matériaux étudiés. Dans ce contexte, l'analyse thématique réflexive apparaît particulièrement pertinente pour identifier régularités et tensions à partir d'un codage inductif, sans imposer de cadre théorique préalable, tout en conciliant rigueur méthodologique et ouverture à la complexité des données cliniques.

Le processus a été conduit selon les six étapes définies par Braun et Clarke (2022) : 1) familiarisation avec le corpus, par une lecture attentive et répétée des articles sélectionnés ; 2) élaboration de codes initiaux décrivant les éléments pertinents du contenu ; 3) regroupement de ces codes en thèmes provisoires selon leurs convergences ; 4) révision des thèmes pour assurer leur cohérence interne et leur pertinence par rapport au corpus ; 5) définition et nomination des thèmes, en veillant à maintenir une perspective descriptive ; 6) rédaction de l'analyse en intégrant les thèmes dans une narration structurée.

Tout au long de ce processus, une attention particulière a été portée à la réflexivité, principe central de l'approche de Braun et Clarke (2022). L'analyse a reposé sur un mouvement itératif, marqué par des allers-retours constants entre données, codes et thèmes, permettant de raffiner progressivement les catégories et de tester leur cohérence. Enfin, les thèmes élaborés ont été

discutés avec la directrice de recherche, ce qui a permis d'ajuster certaines interprétations, d'assurer la clarté des formulations et de renforcer la fidélité aux matériaux clinique.

CHAPITRE 3

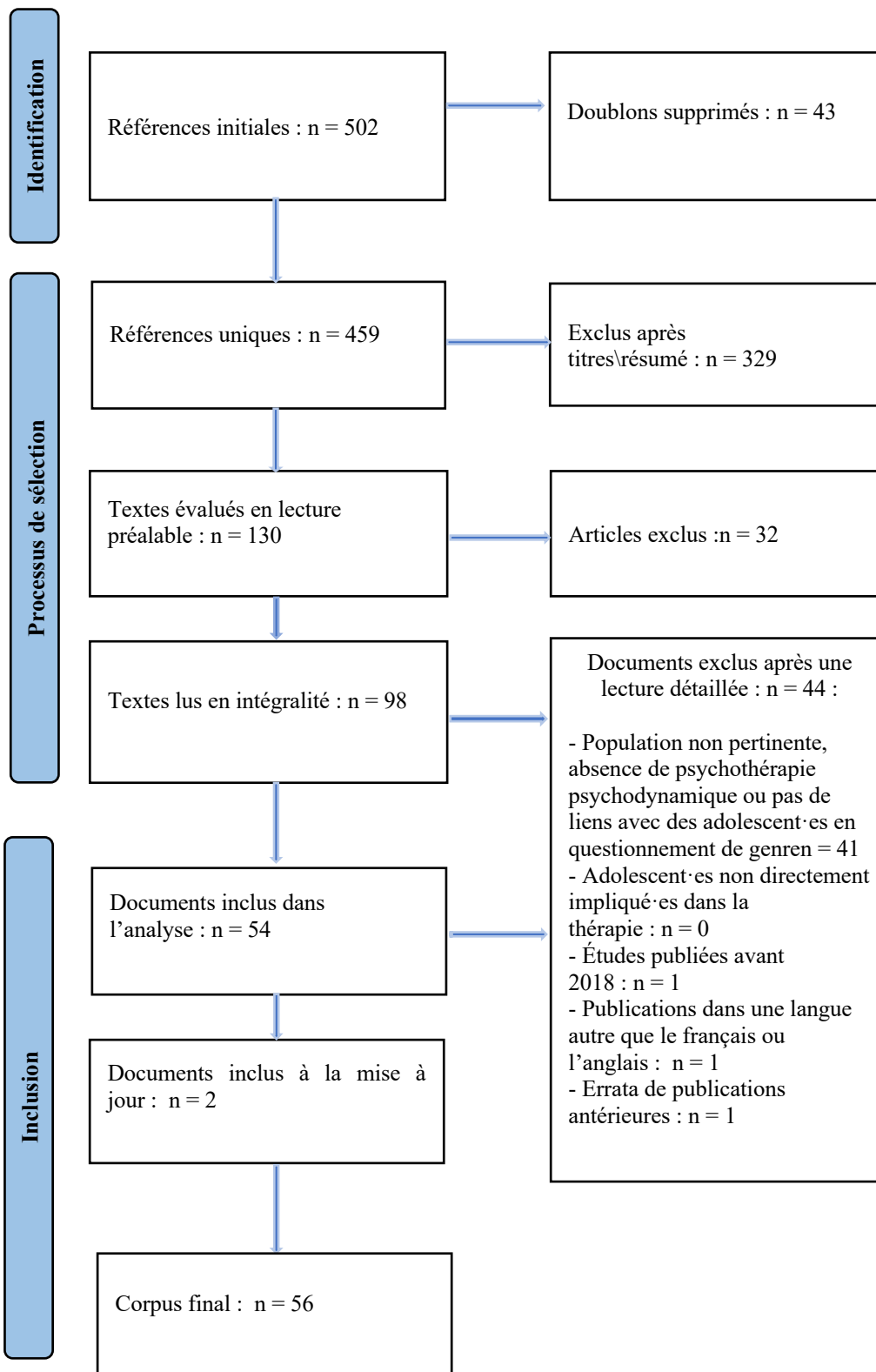
RÉSULTATS

Conformément aux étapes décrites dans la section Méthode, la recherche documentaire et son actualisation ont conduit à un processus de sélection progressif dont les principales données chiffrées sont présentées ci-dessous.

La recherche a permis d'identifier un total de 502 références. Après suppression de 43 doublons, 459 références uniques ont été conservées pour l'examen des titres et résumés. À cette étape, 329 études ont été écartées car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion, ce qui a conduit à la sélection de 130 documents pour une lecture préalable. Étant donné le nombre élevé de textes à examiner, cette étape intermédiaire a permis de vérifier la présence d'informations concernant la population, le concept et le contexte, souvent absentes des résumés, avant d'engager une lecture complète. L'analyse des textes intégraux a entraîné l'exclusion de 32 articles, principalement en raison d'un manque de lien avec la psychothérapie psychodynamique, d'une population hors tranche d'âge ciblée ou de l'absence d'un questionnement de genre explicite. Au terme de ce processus, 54 études ont été retenues pour l'analyse finale. Une mise à jour de la recherche effectuée le 1er mai 2025 a permis d'inclure deux articles supplémentaires, portant le corpus final à 56 études.

L'ensemble du processus de sélection, depuis l'identification initiale des références jusqu'à la constitution du corpus final, est présenté dans le diagramme PRISMA (Figure 1), conformément aux recommandations du *PRISMA Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018). Ce diagramme illustre le flux des références à travers les différentes étapes ainsi que les motifs d'exclusion aux stades pertinents.

Figure 3.1
Diagramme de flux PRISMA pour la sélection des études



3.1 Caractéristiques générales du corpus

Le corpus final comprend 56 articles publiés entre 2018 et 2025 (inclusivement), avec une concentration notable entre 2020 et 2023 ($n = 41$). Cette période reflète une intensification récente des questionnements théorico-cliniques relatifs à l'accompagnement psychodynamique des adolescent·es en questionnement de genre.

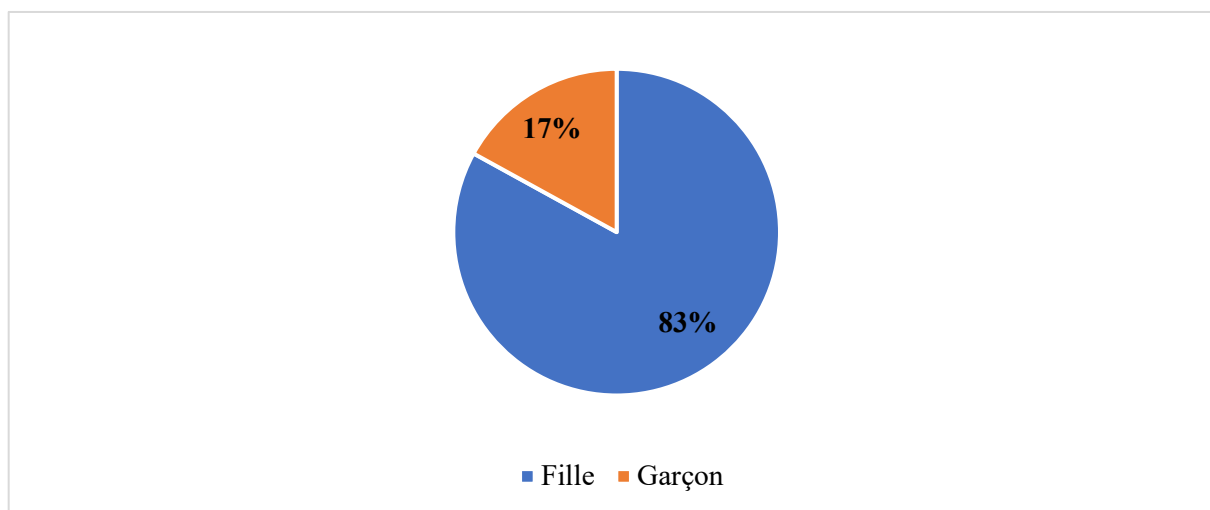
À l'exception d'un chapitre tiré d'un ouvrage collectif, l'ensemble des textes provient de revues scientifiques (p. ex., *International Journal of Psychoanalysis*, *Journal of the American Psychoanalytic Association*) ou de revues professionnelles (p. ex., *Le Carnet PSY*, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*), ce qui reflète la diversité des canaux de diffusion du champ. Les types de publications sont également variés. La majorité consiste en des études de cas ($n = 26$), des analyses théorico-cliniques appuyées sur des vignettes cliniques ($n = 12$) ou des observations issues de psychothérapies de groupe ($n = 4$). Certains articles, bien qu'exempts d'illustrations cliniques, développent une réflexion théorico-clinique à visée conceptuelle, épistémologique ou politique ($n = 11$). Une minorité correspond à des recherches qualitatives empiriques formelles, fondées sur des entretiens semi-directifs ($n = 2$). Enfin, deux articles adoptent une configuration singulière. L'un repose sur une entrevue avec une clinicienne experte et l'autre sur une lecture critique d'une publication antérieure.

La suite des caractéristiques générales du corpus seront présentées selon les trois dimensions du cadre PCC (population, concept et contexte), propre à l'examen de la portée. Un tableau synthétique figure à la page 5 (Tableau 1), tandis qu'un tableau détaillé est présenté en annexe (Annexe 1) à titre de référence complémentaire.

3.1.1 Population. Les données sociodémographiques issues des articles du corpus sont généralement partielles et disparates. Il est néanmoins possible d'en dégager un aperçu global. Parmi les 43 articles présentant des données cliniques détaillées sur des adolescent·es en questionnement de genre, 125 cas individuels ont été recensés. La majorité concerne des jeunes âgé·es de 13 et 17 ans, avec quelques cas isolés de préadolescent·es (12 ans) et de jeunes majeur·es

(18 ou 19 ans). Sur les 113 adolescent·es dont le sexe à la naissance¹ est précisé, une large majorité est née fille (n = 94), contre un nombre plus restreint de jeunes nés garçon (n = 19). Cette répartition, observée dans les études retenues, correspond également à une tendance bien documentée dans la littérature internationale (p. ex., Kaltiala-Heino et al., 2018; Madison Aitken et al., 2015).

Figure 3.2
Répartition des participant·es selon le sexe à la naissance dans les études recensées



Le corpus témoigne par ailleurs d'une diversité d'identifications de genre exprimées lors des premières rencontres cliniques. Les termes les plus fréquemment utilisés incluent « transgenre » et « non binaire », auxquels s'ajoutent quelques occurrences d'identifications telles que « a-genre », « genre fluide », « dysphorique », de « genre fluide » ou « queer ».

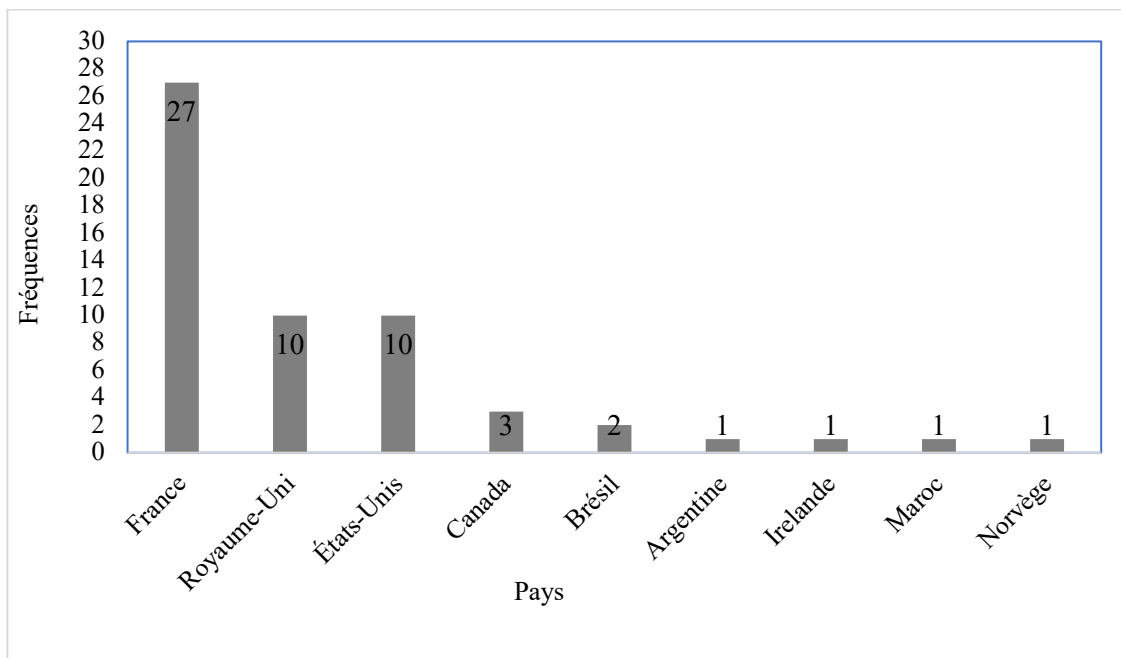
3.1.2 Concept. Dans le cadre du modèle PCC, le concept correspond aux pratiques psychothérapeutiques d'orientation psychodynamique destinées aux adolescent·es en questionnement de genre. Cette section présente donc les types d'interventions décrites dans les publications. Le corpus met en évidence une pluralité de modalités cliniques, allant des suivis

¹ L'expression « sexe à la naissance » est utilisée, car elle correspond à la terminologie la plus fréquemment employée dans les textes du corpus, notamment sous les formes « née fille » ou « né garçon ».

individuels aux accompagnements parentaux ou familiaux, en passant par des groupes d'adolescent·es, de parents ou intergénérationnels (parents et enfants).

3.1.3 Contexte. Le contexte désigne les cadres de pratique et les ancrages géographiques dans lesquels ces interventions prennent place. La majorité des publications proviennent de France (n = 27), du Royaume-Uni (n = 10) et des États-Unis (n = 10). Quelques contributions sont issues du Canada (n = 3) et du Brésil (n = 2), tandis que l'Argentine, l'Irlande, le Maroc et la Norvège sont représentés ponctuellement (n = 1 chacun). Cette distribution reflète en partie les critères linguistiques de sélection (français et anglais).

Figure 3.3
Répartition géographique des publications analysées



Les cadres de pratique sont diversifiés et incluent des consultations ambulatoires, des services institutionnels spécialisés et la pratique privée. Certaines prises en charge se déroulent par ailleurs dans des contextes multidisciplinaires, où les clinicien·nes psychodynamiques travaillent en collaboration avec d'autres professionnel·les de santé. Les suivis se distinguent par une grande variabilité temporelle, allant de rencontres ponctuelles à des prises en charge prolongées, avec des rythmes oscillant entre des séances intensives plusieurs fois par semaine et des suivis plus espacés. Cette hétérogénéité témoigne de l'effort d'adaptation des clinicien·nes aux temporalités psychiques

propres à l'adolescence, tout en tenant compte des contraintes et ressources propres aux cadres de pratique.

Le tableau suivant (Tableau 1) présente une synthèse des principales caractéristiques des études incluses, afin de compléter les informations décrites ci-dessus.

Tableau 1
Caractéristiques principales des 56 articles inclus

Auteur·es	Année	Pays	Type d'étude	Cadre clinique	NB cas	Durées du suivi	Âge
Adrian	2018	FR	Réflexion théorico-clinique	Consultation spécialisée	—	—	—
Blanc et Ledrait	2024	FR	Étude de cas	Consultation spécialisée	1	7 mois	17 ans
Blestcher	2023	AR	Réflexion théorico-clinique	—	—	—	—
Bonfatto et Crasnow	2018	UK	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Consultation spécialisée	2	NS	15 ans et 16 ans
Cohen	2024	UK	Analyse théorico-clinique (vignette)	Consultation spécialisée	2	NS	12 ans et 13 ans
Condat et Cohen	2022	FR	Réflexion théorico-clinique	Institutionnel	—	—	—
Condat et al.	2020	FR	Entretien clinique avec une experte	Consultation spécialisée	—	—	—
Croix	2022	FR	Étude qualitative (entretiens de recherche)	—	40	—	NS
Del Mar Miller	2024	US	Étude de cas	NS	1	3 ans	NS
Di Ceglie	2018	UK	Études de cas	Consultation spécialisée	2	2 et 4 ans	13 et 16 ans
Di Ceglie	2021	UK	Étude de cas	Consultation spécialisée	1	Période de 2 ans	17 ans
Evzonas et Rabain	2021	FR	Analyse théorico-clinique (vignette)	Institutionnel	1	NS	18 ans
Flanders	2023	UK	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Institutionnel et privé	2	Quelques mois et 3 ans	18 ans et NS
Foigel et Mezan	2023	BR	Réflexion théorico-clinique (groupes)	Consultation spécialisée	NS	NS	Entre 12 et 17ans
Gauld	2020	FR	Réflexion héorico-clinique (descriptive)	Institutionnel	1	NS	13 ans
Gherovici	2024	US	Étude de cas	Privé	1	1 séance	19 ans
Gozlan	2023	CA	Réflexion théorico-clinique (critique)	—	—	—	—
Gozlan	2022	CA	Étude de cas	NS	1	Suivi sur 5 ans	18 ans
Hefez	2020	FR	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Institutionnel et privé	2	NS	14 et 15 ans
Houssier	2023	FR	Étude de cas	NS	1	1 an	13 ans

Auteurs	Année	Pays	Type d'étude	Cadre clinique	NB cas	Durées du suivi	Âge
Kurdziel et al.	2018	US	Étude de cas	NS	1	2 ans et 9 mois	14 ans
Laufer et Rabain	2023	FR	Réflexion théorico-clinique	NS	—	—	—
Lemma	2018	UK	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Consultation spécialisée	2	5 ans et NS	16 ans et 17 ans
Lemma	2023	UK	Étude de cas (composite)	Privé	10	Entre 2 et 8 ans	15 ans
Lions	2024	FR	Étude de cas	Institutionnel	1	NS	15 ans
Long	2024	US	Étude de cas	Institutionnel	1	3 ans	13 ans
Lopez et Wortman	2023	US	Étude de cas	NS	1	NS	14 ans
Marcelli	2023	FR	Réflexion théorico-clinique	NS	—	—	—
Marchand	2019	FR	Réflexion théorico-clinique	—	—	—	—
McGleughlin	2024	US	Analyse critique (vignette)	—	—	—	—
Naso	2018	US	Étude de cas	NS	1	1 an	14 ans
Pechikoff	2023	FR	Analyse théorico-clinique (vignette)	NS	1	NS	14 ans
Périer et al.	2024	FR	Analyse théorico-clinique (vignettes)	NS	2	2 ans	15 et 17 ans
Perret	2022	FR	Analyse théorico-clinique	—	—	—	—
Perret	2025	FR	Étude de cas	NS	2	4 ans et NS	14 et 15 ans
Pernot-Masson	2022	FR	Étude de cas	Institutionnel	5	NS	entre 15 à 17 ans
Pommier	2023	FR	Réflexion théorico-clinique	NS	—	—	—
Porchat	2023	BR	Étude de cas	Institutionnel	2	NS	15 et 16 ans
Rabain	2023	FR	Observations cliniques\analyse groupale	Consultation spécialisée	10	Plusieurs mois	Entre 14 à 19 ans
Rabain	2021	FR	Observations cliniques\analyse groupale	Consultation spécialisée	NS	Plusieurs mois	NS
Rabain	2020	FR	Observations cliniques\analyse groupale	Consultation spécialisée	10	Plusieurs mois	Entre 13 à 19 ans
Rachidi et al.	2023	MA	Analyse théorico-clinique (vignette)	Institutionnel	1	NS	14 ans

Auteur·es	Année	Pays	Type d'étude	Cadre clinique	NB cas	Durées du suivi	Âge
Ruiz	2018	UK	Étude de cas	Institutionnel et privé	1	10 ans	Entre 11 et 21
Rustin	2018	UK	Étude de cas	Institutionnel	1	Environ 1 an	16 ans
Samy	2024	CA	Étude de cas	NS	1	7 ans	12 ans à 19 ans
Schei Jessen et al.	2025	NO	Recherche qualitative d'entretiens	Institutionnel	4	—	Entre 15 à 19 ans
Silber	2019	US	Étude de cas	NS	2	—	13 et 14 ans
Sulimovic et Balsan	2019	FR	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Consultation spécialisée	2	NS	16 et 17 ans
Thompson	2023	FR	Étude de cas	NS	1	NS	17 ans
Trichet	2022	FR	Étude de cas	Institutionnel	1	18 mois.	
Tsoukala	2018	UK	Étude de cas	NS	1	1 an	16 ans
Vaughan	2018	US	Étude de cas	NS	1	3 ans	17 ans
Velt	2022	FR	Étude de cas	NS	1	NS	12 ans
Watson	2022	IE	Réflexion théorico-clinique	Institutionnel	—	NS	—
Wielart	2020	FR	Réflexion théorico-clinique	Institutionnel	NS	2 ans	NS
Wright	2018	UK	Étude de cas	Institutionnel	1	3 ans	16 ans

Note. Les pays sont indiqués par leur code ISO à deux lettres (p. ex. : FR = France, UK = Royaume-Uni, US = États-Unis, CA = Canada, AR = Argentine ; BR = Brésil ; MA = Maroc ; NO = Norvège ; IE = Irlande). NS = non spécifié. Le symbole « _ » indique que l'information ne s'applique pas. La colonne « Durée du suivi » indique la durée approximative des suivis cliniques ou des observations lorsque cette information est disponible. La colonne « Nombre de cas » se réfère au nombre d'adolescent·es faisant l'objet d'un suivi ou d'une analyse clinique. Les études sont classées par ordre alphabétique des auteur·es et lorsque plusieurs publications d'un même auteur sont incluses, elles apparaissent du plus récent au plus ancien afin de refléter l'ancrage de cet essai dans l'étude des pratiques contemporaine.

3.2 Résultats de l'analyse thématique

L'analyse thématique descriptive, inspirée de la méthode de Braun et Clarke (2022), a permis d'organiser les résultats selon deux axes correspondant aux questions de recherche : comment la souffrance des adolescent·es en questionnement de genre est-elle pensée et comprise en psychothérapie psychodynamique ? Et quelles modalités d'intervention les clinicien·nes mobilisent-ils·elles dans leur accompagnement ? La première partie porte sur les formes de souffrance psychique rapportées, la seconde sur les pratiques cliniques recensées dans une perspective psychodynamique.

Chaque thème est décliné en sous-thèmes, illustrés par des extraits issus des articles analysés. Contrairement aux recommandations méthodologiques de Braun et Clarke (2022), les extraits retenus sont volontairement plus développés. Ce déplacement méthodologique s'avère heuristique, car il permet de restituer la complexité intrinsèque des souffrances décrites ainsi que la densité du travail analytique, dont la richesse se prête difficilement à une condensation trop brève.

Le lecteur est ainsi invité à considérer ces résultats comme une cartographie des expériences et des pratiques rapportées dans le corpus, et non comme une généralisation des trajectoires adolescentes ou des protocoles d'intervention. Cette mise en perspective s'inscrit dans une visée descriptive et exploratoire, conforme à la méthodologie de l'examen de la portée

3.2.1 Partie 1- Les souffrances chez les adolescent·es en questionnement de genre. Cette première analyse a comme objectif de rendre compte des formes de détresse exprimées par les adolescent·es en questionnement de genre, telles qu'elles émergent dans les récits du corpus. À partir des études de cas, des vignettes cliniques et des réflexions théorico-cliniques proposées par les auteur·es, elle met en lumière les registres de souffrances psychiques auxquels les clinicien·nes sont confronté·es, et qu'ils·elles cherchent à accueillir, contenir et élaborer dans le cadre du travail thérapeutique. L'analyse a permis de dégager six grands thèmes :

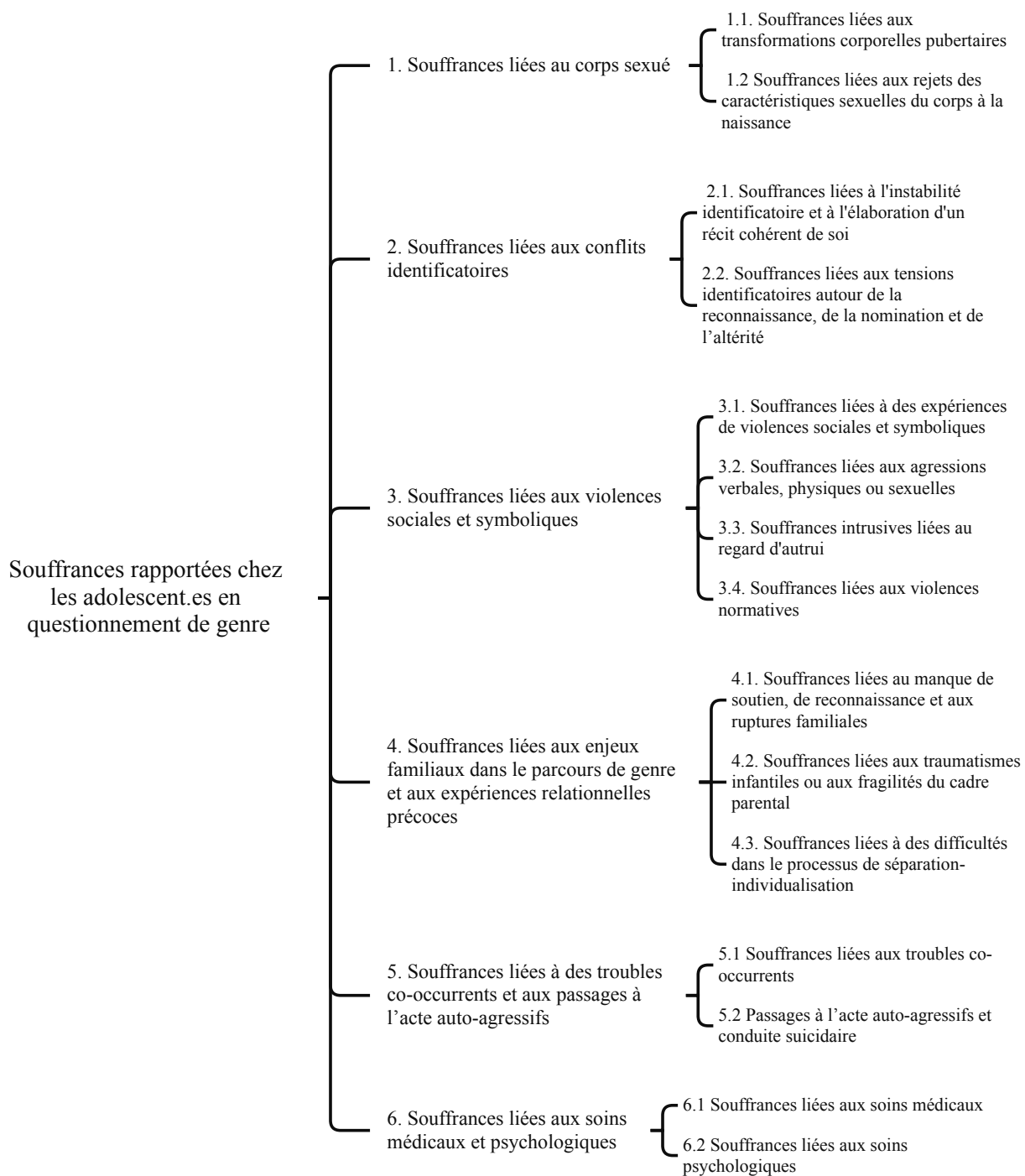
1. Les souffrances liées au corps sexué
2. Les souffrances liées aux conflits identificatoires
3. Les souffrances liées aux violences sociales et symboliques

4. Les souffrances liées aux expériences relationnelles précoces et aux enjeux familiaux dans le parcours de genre
5. Les souffrances liées troubles psychiques co-occurents et aux passages à l'acte auto-agressif
6. Les souffrances liées aux soins médicaux ou psychologiques

Chaque thème est décliné en sous-thèmes, afin de saisir la spécificité des éprouvés tout en rendant compte de leurs imbrications. Ils sont présentés schématiquement à la page suivante.

Figure 3.4

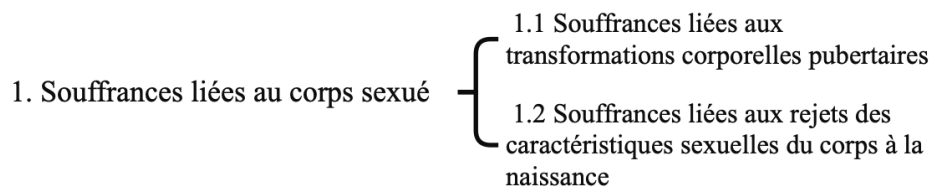
Arbre thématique représentant les six thèmes et sous-thèmes de l'analyse de la souffrance des adolescent·es



Thème 1 - Souffrances liées au corps sexué

Le corps occupe une place centrale dans les récits de souffrance rapportés par les adolescent·es en questionnement de genre. L'analyse du corpus met en évidence un vécu corporel douloureux, souvent ravivé à l'adolescence, lorsque la matérialité sexuée du corps s'impose avec une intensité nouvelle. Ce corps, qui devrait soutenir un sentiment de continuité subjective, devient parfois source de malaise, d'étrangeté ou de rupture avec l'image de soi.

Deux formes récurrentes de cette souffrance se dégagent des textes analysés. L'une concerne les transformations corporelles associées à la puberté, l'autre le rejet ciblé de certaines caractéristiques sexuelles. Ces dimensions sont explorées dans les sous-thèmes suivants.



Sous-thème 1.1 - *Souffrances liées aux transformations corporelles pubertaires.* L'adolescence constitue une période de bouleversements profonds, tant corporels que psychiques. Les transformations corporelles réactivent des processus identificatoires précoces et mettent à l'épreuve les assises narcissiques. L'émergence du corps sexué confronte le·la jeune à l'intégration, dans son économie psychique, de ce qui relevait jusque-là du registre fantasmatique ou des premières représentations du sexuel. Cette métamorphose corporelle, souvent soudaine et déroutante, constitue une phase de vulnérabilité susceptible de faire émerger un questionnement sur le genre ou de raviver une souffrance préexistante.

L'analyse du corpus révèle que 33 auteur·es associent les remaniements pubertaire à une détresse significative. Le témoignage suivant, rapporté par Bonfatto et Crasnow (2018), illustre la manière dont ces changements de la puberté peuvent ébranler le rapport au corps et à l'identité :

Noah avait, selon ses propres termes, traversé une période où il se considérait comme « a-genré ». À part sa conviction profonde que “la croissance d'un pénis devait se produire”, il ne s'était pas préoccupé des questions de genre jusqu'au moment où il avait commencé à se développer à la puberté. [...] Il avait vécu les changements pubertaires

comme « dégoûtants » et profondément répulsifs. Sa relation à son corps a alors été perturbée par l'apparition des règles, la douleur et les saignements et, pouvons-nous ajouter, par la réalité écrasante de son sexe biologique. C'est à cette période que Noah a commencé à se couper superficiellement le haut des cuisses et à avoir des pensées suicidaires récurrentes. (Bonfatto et Crasnow, 2018, p. 40, [traduction libre])

Ce témoignage met en lumière un point de rupture, le surgissement d'un réel corporel à la puberté qui provoque l'effondrement d'un scénario fantasmatique protecteur, celui d'un pénis attendu comme promesse de complétude réparatrice. Les mécanismes de défense avaient permis de tenir à distance la conflictualité psychique en s'appuyant sur l'attente d'un devenir masculin latent et sur la position a-genrée, contribuant à un effort inconscient pour préserver un équilibre intérieur fragile, dans lequel le conflit demeurerait suspendu.

L'apparition des règles, de la douleur et des saignements provoque l'effondrement de cet équilibre fragile et confronte Noah à une assignation sexuée vécue comme une effraction. L'automutilation et les pensées suicidaires semblent alors attester d'une détresse profonde face à un corps devenu difficile à tolérer. Ce constat fait écho aux observations de nombreux auteur·es du corpus. Adrian (2018) considère ainsi que : « la puberté est une véritable épreuve durant laquelle le risque suicidaire, le risque d'attaques contre le corps et le risque de rupture avec l'environnement familial, scolaire et social sont nettement supérieurs à ceux observés chez les adolescents cisgenres » (p. 33).

Sous-thème 1.2 - *Souffrances liées aux rejets des caractéristiques sexuelles du corps à la naissance.* Les textes analysés font apparaître un rapport conflictuel à certaines parties du corps, en lien avec les caractéristiques sexuelles présentes dès la naissance. Ce vécu corporel douloureux se manifeste notamment par un rejet intense des seins, des organes génitaux ou de la voix, éprouvés comme intrusifs, menaçants ou incompatibles avec l'inscription subjective.

Pour désigner cette réalité, le terme « corps à la naissance » a été retenu, en raison de sa prévalence dans le corpus et de sa portée descriptive. Il se distingue de l'expression « corps assigné à la naissance », mobilisée pour souligner une discordance entre l'inscription somatique et les positions identificatoires. Dans les situations cliniques rapportées, ce rejet peut s'accompagner d'une haine du corps, d'un sentiment de dépersonnalisation ou d'un désir d'effacement radical des signes sexués.

Dans les textes analysés, 18 auteur·es identifient un rejet spécifique des caractéristiques sexuelles féminines ou masculines. Voici un témoignage représentatif du vécu de plusieurs adolescent·es né·es filles :

Il a commencé à se sentir mal à l'aise dans son corps féminin de naissance peu après la puberté. Il détestait les courbes de son corps et spécifiquement ses seins, qu'il identifiait comme le premier changement à effectuer à son corps. Il fantasmaït sur la liberté qu'il ressentirait sans l'encombrement de sa poitrine. Lors des séances, ses descriptions de la légèreté du « non-sein » semblaient l'enchanter, comme s'il entraït dans un espace mental et imaginait concrètement, au niveau corporel, qu'il était libéré d'un poids lourd (au sens propre, ses seins) qui l'ancrait dans son corps natal désormais vécu comme un espace clos et oppressant. (Lemma, 2018, p. 819, [traduction libre])

La haine des seins se manifeste dans ce passage comme un point central du rejet du corps féminin sexué. La poitrine semble cristalliser l'incompatibilité entre l'enveloppe corporelle et le ressenti, au point d'être investie comme l'élément à effacer pour ne plus se sentir enraciné dans un corps non désiré. Leur disparition est fantasmée comme la condition d'une délivrance qui recouvre à la fois le désencombrement du corps et l'apaisement d'un conflit.

Le second extrait ne revêt pas un caractère fantasmatique, mais relève d'une douleur marquée chez Lou par une impossibilité à tolérer le corps tel qu'il est et par la nécessité de le transformer :

Elle fait part d'un mouvement dépressif initial, contemporain de sa puberté, et d'un violent rejet de son corps sexué et en particulier de ses seins, trop développés à son goût. Elle envisage de faire une mastectomie. « Ça ne me convient pas », dit-elle, à propos de son corps. « C'est comme poser une tête sur un corps au hasard », ajoutera-t-elle, pour tenter de transmettre son ressenti vis-à-vis de ce corps dissocié de sa psyché. Elle ne peut plus dès lors regarder son image dans le miroir. Elle la déteste, déteste son corps et se scarifie. (Perret, 2025, p.115)

La souffrance s'exprime ici dans la confrontation brutale à un corps vécu comme dissocié de la psyché, figurée par l'image saisissante d'un « corps au hasard ». Loin d'offrir un appui au sentiment de continuité, ce corps est ressenti comme un assemblage discordant et étranger, difficile à investir. Le rejet se cristallise sur les seins, désignés comme le symbole le plus insupportable du corps sexué et nourrit un désir impérieux de mastectomie perçue comme l'unique issue possible. L'image spéculaire, au lieu d'offrir un support narcissique, accentue le sentiment de décalage entre le corps

et la subjectivité. L'automutilation vient signaler une détresse extrême, dans un rapport au corps devenu intolérable.

Ces observations cliniques trouvent résonances avec dans les travaux de Thompson (2023), qui estime que :

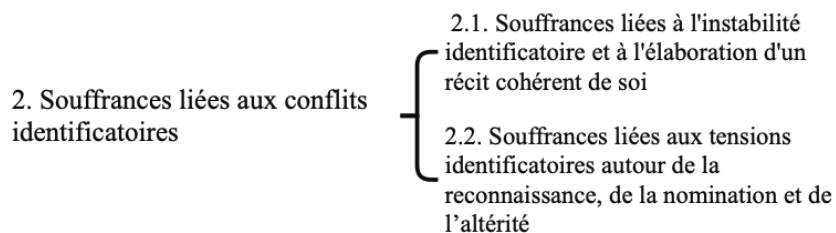
Le rejet du corps à l'adolescence emprunte différentes formes : l'anorexie, les scarifications, les habits qui cachent les transformations du corps et les formes qui émergent, les piercings, les tatouages sont des phénomènes bien connus face au changement corporel de la puberté. (Thompson, 2023, p. 18)

Ces manifestations plurielles donnent la mesure de la complexité des souffrances corporelles et psychiques vécues par les adolescent·es en questionnement de genre et témoignent de la diversité des éprouvés et des conflits à l'œuvre.

Thème 2 - Souffrances liées aux conflits identificatoires

Les éprouvés douloureux associés à la puberté apparaissent étroitement noués aux conflits d'identification qui surgissent lorsque le corps sexué devient incompatible avec l'expérience subjective du genre. Ces tensions, ravivées ou nouvellement constituées au gré des remaniements identitaires propres à l'adolescence, peuvent déstabiliser les assises narcissiques et activer des conflictualités psychiques latentes. Le décalage entre les transformations corporelles imposées par la puberté et les investissements identificatoires entrave l'intégration psychique nécessaire à la continuité du sentiment de soi. Par ailleurs, le regard de l'autre intensifie ces éprouvés, tant les enjeux de nomination, de reconnaissance et d'altérité complexifient l'inscription du sujet dans une identité en devenir.

Ces conflits identificatoires se déclinent en deux sous-thèmes qui structureront la présentation :



Sous-thème 2.1. - Souffrances liées à l'instabilité identificatoire et à l'élaboration d'un récit cohérent de soi. Plusieurs auteur·es rapportent des situations cliniques marquées par une fluctuation identificatoire éprouvée comme source de désorganisation interne (n = 15). Ces oscillations entre des positions de genre - homme femme ou formes intermédiaires - peuvent entraver la construction d'un récit psychique soutenable. Le sentiment de cohérence de soi s'en trouve fragilisé, exposant le sujet à des éprouvés d'indétermination, voire d'errance identificatoire ou de morcellement.

La première citation expose la détresse engendrée par une mouvance non désirée entre des identifications multiples:

Sam se présentait avec une apparence féminine, portant une jupe et des talons hauts, mais « se sentait comme un homme » et s'identifiait comme « non binaire ». Lors d'une séance, exalté à l'idée de « vouloir se faire enlever » les seins, Sam a exigé de manière urgente une lettre confirmant qu'il était prêt pour une mastectomie, tout en exprimant, l'instant d'après, des hésitations et la crainte de changer d'avis. Sam voulait avoir « un torse plat, comme un garçon », mais détestait l'idée d'être un « homme ou une femme ». Ne souhaitant être ni l'un ni l'autre, Sam désirait néanmoins « passer pour un garçon ». Il exigeait d'être reconnu comme un homme, malgré une apparence féminine et réclamait une expertise pour qu'on lui dise quel genre choisir. Pourtant, cette demande s'accompagnait d'une insistance, peu importe le genre choisi, la mastectomie était, selon lui, indispensable. Sam voulait être « comme Lady Gaga, glamour, mais pas en tant que femme » : « Je veux être un garçon, mais je déteste les poils du visage et les muscles. » J'ai noté la passion avec laquelle Sam décrivait souvent des images de bisexualité juvénile et la tonalité adolescente de ces images : une existence idéalisée, sans genre, sans conflit. La plasticité de genre de Sam entraînait cependant en conflit avec une demande adressée à l'autre : « dites-moi ce que je veux être. Je vous paie pour m'aider à décider ». (Gozlan, 2022, p. 468, [traduction libre])

Le récit fait ressortir la souffrance psychique de Sam, indissociable d'une ambivalence identificatoire profonde. L'adolescent·e alterne entre des identifications plurielles et contradictoires. Il se sent homme, se désigne comme non binaire, souhaite passer pour un garçon tout en rejetant l'idée d'être un homme ou une femme. L'absence d'une assise interne suffisamment stable semble intensifier son angoisse, le poussant à rechercher une assignation extérieure. La demande adressée au clinicien prend la forme d'un appel à l'autre, dans l'espoir d'obtenir un point d'ancrage face à la vacillation de son monde intérieur. La mastectomie, évoquée avec insistance malgré les hésitations, s'envisage comme une tentative de solution concrète à ce conflit. En convoquant des idéaux d'une existence sans genre ni conflit, Sam semble s'inventer un refuge

imaginaire apte à contenir, momentanément, l'intensité de sa conflictualité. Cependant, ces idéaux maintiennent aussi une impasse dans laquelle l'appui identificatoire interne peine à se constituer.

Le second extrait éclaire une autre configuration conflictuelle, centrée sur la nécessité d'articuler des identifications successives:

La question était de savoir comment assumer une identité masculine confortable qui puisse reconnaître son passé, être la même personne, et pourtant différente. Il savait que Tran vivra toujours d'une certaine manière dans le corps d'April, ainsi qu'à travers son récit passé, tant conscient qu'inconscient. Confondre April et Tran, ou au contraire l'éliminer complètement, afin d'éviter la tension intérieure et d'ignorer le chagrin de ne pas être né garçon, revenait à externaliser le conflit en le réduisant à une simple question sociopolitique de reconnaissance sociale [...] J'en suis venu à comprendre que l'expérience intérieure et extérieure du soi féminin ne pouvait pas être niée et que le faire ne serait pas psychologiquement souhaitable. April ne pouvait pas être sacrifiée dans l'espoir que Tran puisse se sentir identique à n'importe quel autre homme. Il est certes identique en ce qui concerne les droits humains et la vie publique, mais pas en termes de construction d'une identité trans ou dans ses relations personnelles. J'ai appris que les réalités sociales et psychiques ne relèvent pas du même registre. (Samy, 2024, p. 298, [traduction libre])

L'auteur souligne la complexité inhérente à l'appropriation d'une identité masculine qui ne renierait pas l'histoire subjective incarnée par le prénom d'origine. Le conflit se situe entre le besoin d'une continuité psychique, indispensable à l'intégration des différentes strates identificatoires, et le mécanisme inconscient de cliver ou d'effacer certaines part de soi pour mettre à distance les expériences douloureuses. Cette dynamique révèle la difficulté à affronter la charge affective liée au deuil d'April, au passé féminin et à l'enjeu d'un travail d'élaboration susceptible de soutenir une historisation du Moi au-delà des seules réponses sociopolitiques.

La souffrance apparaît d'autant plus vive que la réalité sociale et la réalité psychique, comme le suggère l'auteur, ne s'inscrivent pas dans un même registre. L'illusion selon laquelle la reconnaissance sociale suffirait à apaiser la détresse se heurte à la persistance des conflits internes non symbolisés. Le sujet demeure ainsi pris dans une tension douloureuse entre ce qui peut être reconnu extérieurement et ce qui reste à élaborer intérieurement.

Sous-thème 2.2 - Souffrances liées aux tensions identificatoires autour de la reconnaissance, de la nomination et de l'altérité. Ce second sous-thème regroupe des situations où les éprouvés liés aux conflits identificatoires prennent forme dans l'espace intersubjectif, à travers le regard, les mots ou les attentes perçues de l'autre. Il ne s'agit pas d'analyser les contextes familiaux ou sociaux en tant que tels, mais d'examiner la manière dont l'altérité vient colorer ou intensifier les mouvements identificatoires conflictuels.

Gabriel offre un exemple particulièrement parlant de la manière dont le regard porté sur le corps peut venir perturber l'appropriation subjective du genre :

Gabriel développe davantage la manière dont ces expériences se déploient dans la vie quotidienne : « Je n'aime pas montrer mon corps, surtout les parties féminines, parce qu'alors on se sent un peu comme une fille, même si on ne l'est pas. » Il semble ainsi que Gabriel perçoive son corps comme davantage féminin à travers le regard des autres. Par conséquent, il en vient à éprouver un sentiment d'incertitude quant à son identité masculine. Ces propos illustrent une tension potentielle dans l'expérience de Gabriel : bien qu'il s'identifie comme un homme, le simple regard de l'autre porté sur certaines parties sexuées de son corps semble le troubler et susciter en lui un sentiment d'incongruence de genre. (Schei Jessen et al., 2025, p.59, [traduction libre])

Agissant comme surface projective du sujet, ce regard trouble la perception du corps sexué et fait chanceler les référents identificatoires. Lorsque l'image renvoyée par l'environnement entre en dissonance avec le vécu du genre, elle tend à invalider les représentations internes que le jeune tente de stabiliser. Chez Gabriel, cette inadéquation semble raviver un sentiment d'étrangeté corporelle, interférant avec l'affirmation d'une identité masculine en cours de structuration.

Un registre identificatoire plus symbolique est convoqué dans l'extrait suivant. Les conflits se cristallisent autour de la charge affective portée par le nom :

« J'ai demandé à mes parents comment ils m'auraient appelé si j'étais né garçon. » Nous avons appelé cela une *dysphorie nominale*. Son prénom du milieu signifie « enfant parfait » en vietnamien ; il ne veut pas en porter la version masculine, car c'est le prénom du voisin qui l'a abusé. « Il m'a volé mon nom », dit April, ajoutant « Un nom est un cadeau et un cadeau est un miroir. Cela signifie que je suis vue. » Il aurait souhaité pouvoir renaître désiré comme un garçon. « Le nom porte le souhait du genre de garçon que le monde veut désormais », dit-il. Nommer, c'est une accumulation de significations ; cela définit, individualise et assigne une mission dans la vie. « Comment

puis-je contribuer au monde si je ne peux pas dire mon nom ? » (Samy, 2024, p.296, [traduction libre])

L'exemple d'April fait ressortir la place centrale du prénom dans le processus identificatoire et dans la quête de reconnaissance dans la transition. À travers la « dysphorie nominale », April exprime la charge symbolique du nom qui, comme « cadeau » initial, inscrit le sujet dans son lien à l'autre dans un désir, dans une histoire singulière. Pour l'adolescent en devenir, ce nom est chargé de souffrance, car il ne porte pas le souhait d'être désiré garçon et parce qu'il est entaché par le trauma, qui vient déposséder April de ce support symbolique. L'impossibilité de se dire par un nom investi positivement se traduit par une difficulté à se situer dans le monde et à se penser comme porteur d'une « mission » selon les termes du sujet. Le nom, en tant que miroir du désir de l'autre, devient un vecteur de reconnaissance ou d'effacement, conditionnant le sentiment même d'exister.

Le dernier passage explore la charge émotionnelle liée à l'intériorisation d'un regard parental perçu comme disqualifiant :

Je m'attendais à ce qu'il soit en colère contre les opinions de son père. Au lieu de cela, il paraissait figé et anxieux. Dans sa détresse, Charlie a révélé qu'il avait eu du mal avec le fait de se sentir transgenre et qu'il espérait que ce n'était pas vrai. Il avait le sentiment d'avoir déçu son père et qu'il y avait quelque chose de honteux dans le fait de se sentir fille. Il m'est alors apparu que Charlie avait intériorisé l'idée que le fait d'être trans faisait de lui une déception pour ses parents, et que le fait d'être trans était honteux. (Cohen, 2024, p. 162, [traduction libre])

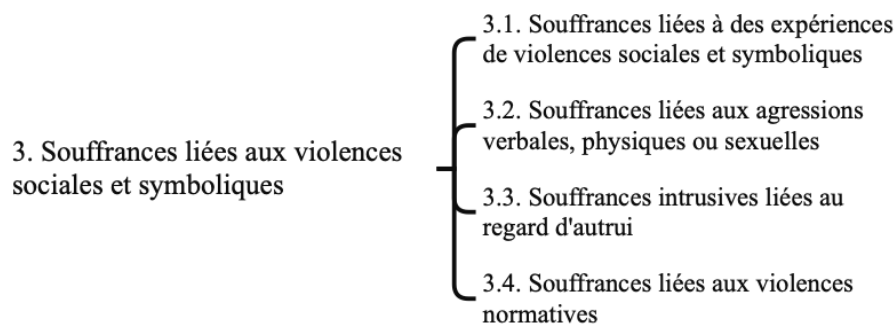
Le témoignage de Charlie met en relief comment le regard parental, lorsqu'il est perçu comme empreint de rejet ou de déception, peut participer à l'émergence d'un sentiment de honte. Ce vécu génère une tension intérieure entre ce qu'il ressent profondément et l'image qu'il se fait de lui-même, façonnée par l'idée que son identité de genre constitue un manquement aux attentes parentales. Dans ce contexte, le fait de se sentir transgenre est vécu comme un motif de dévalorisation, ce qui alimente une conflictualité identificatoire et intensifie un éprouvé d'indignité.

Le prochain thème s'attache à explorer les formes souffrances qui émergent des violences sociales.

Thème 3 - Souffrances liées aux violences et à la rupture des liens sociaux

Dans le corpus analysé, 32 articles rendent compte de situations de violence vécues par des adolescent·es en questionnement de genre. À partir de récits cliniques et de témoignages, les auteur·es décrivent des formes de souffrance psychique liées à des expériences de rejet, d'agression ou de normalisation, survenant dans des contextes familiaux, scolaires ou sociaux. Ces violences peuvent se manifester par des agressions verbales, physiques ou sexuelles, mais aussi par des mises à l'écart silencieuses, des regards intrusifs ou des injonctions normatives intériorisées.

Certaines sont immédiatement perceptibles dans les interactions sociales ou les réponses institutionnelles, tandis que d'autres s'exercent de façon plus diffuse, à travers les dynamiques relationnelles et les éprouvés subjectifs. Leurs effets cumulatifs peuvent fragiliser le sentiment de sécurité interne, troubler le lien aux autres et intensifier les conflits autour du corps et des positions identificatoires. L'analyse s'organise en quatre sous-thèmes, allant des formes les plus fréquemment rapportées aux modalités plus discrètes, mais non moins significatives.



Sous-thème 3.1 - *Souffrances liées à des expériences de violences sociales et symboliques.* Ce premier sous-thème rassemble les formes de souffrances psychiques engendrées par la discrimination, la stigmatisation, la marginalisation, l'intimidation ou le mégenrage. Rapportées plusieurs fois dans le corpus (n = 17), ces expériences compromettent profondément le sentiment de reconnaissance et d'appartenance au lien social. Certain·es auteur·es évoquent également, de façon plus ponctuelle, la « transphobie », un terme emprunté au registre sociopolitique et utilisé pour désigner des attitudes hostiles ou des rejet liés à l'identité de genre. Les exemples cliniques qui suivent, tous issus du contexte scolaire, rendent perceptible la diversité de ces atteintes et leur retentissement psychique.

Le premier témoignage relaté par Camille dans un dispositif groupal, décrit une scène d'humiliation publique :

Mon médecin scolaire a décidé que ma transition sociale ne serait pas possible et il a fait une annonce à tous les enseignants et élèves de mon école pour leur rappeler que j'étais « née fille », que j'avais menti et qu'on devait m'appeler par mon *deadname*... [Les adolescent·es du groupe réagissent en huant.] J'ai quitté l'école deux jours plus tard et je ne suis jamais retourné dans cette école! (Rabain, 2021, p.461, [traduction libre])

Ce récit met en scène l'intervention d'une figure d'autorité qui, non seulement refuse à Camille la possibilité d'une transition sociale, mais en fait l'objet d'un dévoilement public. Le fait de désigner Camille par son sexe assigné à la naissance, en plus de l'accusation de mensonge, manifeste une volonté de disqualification qui s'inscrit dans une rapport de pouvoir asymétrique. Qualifiée d'« intimidation » par Rabain (2021), cette parole institutionnelle, loin de garantir un espace sécurisant, devient source d'effraction narcissique et d'atteinte à l'intégrité psychique. Le retrait brutal de Camille de l'école marque l'impact subjectif de cette scène, où l'exclusion symbolique se traduit par une rupture concrète du lien scolaire. L'indignation du groupe vient souligner la portée de l'événement, perçu comme une atteinte à la dignité d'un·e des leurs.

Le second traduit une autre forme de violence, « une discrimination non intentionnelle » selon Tsoukala (2018) :

Je ne sais pas... il y a ce truc à l'école avec les toilettes... J'ai demandé à utiliser celles des garçons, mais on m'a dit « non »... et je ne veux pas non plus utiliser celles des filles, alors ils ont proposé que j'utilise celles pour les personnes handicapées... mais je ne suis pas handicapé... (Tsoukala, 2018, p. 95, [traduction libre])

Sous couvert de bienveillance, cette solution de compromis opère un déplacement symbolique du sujet vers un espace marginal (toilettes handicapées). Le refus implicite de reconnaître le genre revendiqué, en plus d'offrir une proposition inadéquate, produit un effet d'invalidation subjective. L'adolescent se trouve assigné à un lieu qui ne lui correspond pas, ce qui instaure une exclusion silencieuse. Cette relégation hors des espaces communs ne résout pas le conflit, mais vient au contraire cristalliser un sentiment d'invisibilité et d'illégitimité.

Enfin, à partir de son expérience en groupes thérapeutiques, Rabain (2020) évoque la fréquence avec laquelle les adolescent·es en questionnement de genre évoquent des vécus associés à de la transphobie et du mégenrage :

À cet égard, malgré des parcours singuliers, chacun, sans exception, a connu la « transphobie ». [...] Le lieu le plus souvent évoqué reste en définitive l'établissement scolaire : « L'autre jour, des transphobes sont venus devant mon lycée. Ils avaient pris des battes de baseball ! », affirme Célia. Stéphane réplique aussitôt : « Moi, j'ai rien à craindre : je suis dans un lycée où tout le monde est LGBT. Du coup, aucun risque d'être agressé ou de me faire "mégenrer" par un « "cis-" » ! (Rabain, 2020, p. 143)

L'extrait confronte deux expériences contrastées, celle d'un environnement menaçant et celle d'un espace plus contenant, dans lequel la reconnaissance de l'identité de genre s'ancre dans une présence relationnelle soutenant. Le mégenrage et la transphobie exposent l'adolescent·e à une rupture symbolique, tandis qu'un cadre soutenant semble offrir un appui psychique limitant les effets désorganiseurs de la violence sociale. Ces contrastes mettent en évidence le rôle du contexte dans la régulation de l'anxiété et le soutien aux processus identificatoires.

Les atteintes sociales et symboliques compromettent ainsi les assises narcissiques et fragilisent le sentiment d'existence psychique. Elles forment dans certains cas le terreau d'agressions plus manifestes, telles que les violences verbales, physiques ou sexuelles abordées dans le sous-thème suivant.

Sous-thème 3.2. - *Souffrances liées aux agressions verbales, physiques et sexuelles.* Ce sous-thème aborde l'étendue et les diverses formes d'agressions verbales, physiques ou sexuelles vécues par certains adolescent·es en questionnement de genre dans les textes du corpus (n = 9). Ces attaques, motivées par une perception de non-conformité de genre, prennent la forme d'insultes, de harcèlement, de moqueries, de menaces, ou encore d'attaques physiques, parfois à connotation sexuelle. Leur répétition engendre une détresse persistante, altérant la perception de soi, le rapport au corps et la capacité d'être en lien.

Mc Gleughlin (2024) explicite l'ampleur de ces violences à l'échelle nationale et mondiale :

En 2022, des dizaines de personnes transgenres ou de genre non conforme, principalement noires et latinx, ont été assassinées aux États-Unis et des centaines ont été tuées dans le monde entier. De nombreuses personnes transgenres reçoivent des

menaces de mort et subissent du harcèlement ; et les pensées et actions suicidaires sont souvent provoquées par le harcèlement et l'isolement. (Mc Gleughlin, 2024, p. 140, [traduction libre])

Ce constat souligne la vulnérabilité persistante des jeunes transgenres dans un climat d'hostilité sociale. L'apparition d'idéations suicidaires traduit l'impact subjectif de ces agressions, qui peuvent désorganiser les liens internes et ébranler le sentiment de légitimité existentielle.

Le récit suivant, tiré de l'article de Cohen (2024), montre comment ces agressions s'immiscent dans le tissu relationnel quotidien :

J'ai appris par Helen qu'elle avait encore des difficultés à se faire des ami·es ; le même schéma d'amitiés éphémères et de rejet persistait. Elle avait été à plusieurs reprises victime d'intimidation et même agressée physiquement par d'autres jeunes de son école secondaire. Ces agressions portaient toujours sur ses organes génitaux, avec des injonctions à dire ce qu'ils étaient réellement et, par-là, à affirmer de manière réductrice que c'était ce qu'elle était « réellement ». (Cohen, 2024, p. 160, [traduction libre])

Les attaques, ici centrées sur l'intimité anatomique, visent à imposer une définition univoque de l'identité. Elles effacent la parole subjective d'Helen au profit d'une réalité objectivante. La répétition de telles effractions entrave l'intégration psychique du corps et alimente une inhibition sociale durable, marquée par la crainte du rejet et la difficulté à maintenir des relations fiables.

Enfin, Lemma (2023) expose les effets souterrains d'un harcèlement prolongé sur le rapport au corps :

Un patient, par exemple, avait apporté une ancienne photo de classe. Cela avait ouvert une précieuse exploration à quel point il.elle s'était senti·e harcelé·e à l'école en raison de son apparence physique. Le sentiment envahissant d'isolement vécu par ce jeune était palpable dans la pièce, tout comme la haine qu'il éprouvait alors envers son corps, qu'il percevait comme la cause de son rejet et de son isolement. (Lemma, 2023, p. 817, [traduction libre])

Le harcèlement prolongé laisse ici une empreinte durable sur le vécu corporel. L'image de soi devient le réceptacle d'une hostilité intériorisée, nourrie par la répétition des expériences de relégation. Le corps, devenu signe du rejet, se charge d'une conflictualité qui entrave toute possibilité de réconciliation identificatoire ou d'ouverture relationnelle.

Sous-thème 3.3. - *Souffrances intrusives liées au regard d'autrui.* Toutes les violences ne prennent pas la forme de gestes ou de mots. Dans le prolongement des agressions verbales ou physiques, certain·es adolescent·es font l'expérience d'un mal-être plus diffus, mais tout aussi significatif, lié à la manière dont leur corps est perçu par autrui.

Le premier fragment clinique présente les propos, formulés dans le cadre groupal, de Camille et Raphaël :

À propos des cisgenres, Raphaël s'indigne : « Ils osent parfois nous demander ce qu'on a entre les jambes... Nous, on ne se permettrait jamais de leur poser des questions aussi intimes ! » (...) Ainsi, le regard des personnes cisgenres revient régulièrement, tantôt rejetant et méprisant, tantôt intéressé, mais souvent de manière voyeuriste, ce qui insupporte Camille : « Certains "cis-" veulent nous essentialiser et cherchent parfois à coucher avec nous, juste un soir, pour voir... comme si on était des bêtes de foire ! (Rabain, 2021, p. 143, [traduction libre])

Ce passage met au jour une violence sourde ; la curiosité devient intrusion, le désir prend une forme d'appropriation. Le regard cisgenre, tel qu'il est éprouvé, impose une assignation rigide et fantasmatique, réduisant l'adolescent·e à un objet d'exploration ou d'étrangeté. L'autre s'arroge le droit d'accéder à l'intime, transgressant les frontières du corps et de la subjectivité. L'indignation exprimée traduit une souffrance liée à l'effacement de soi dans une relation déséquilibrée, qui nie le droit à la pudeur et à la complexité du sujet.

Une dynamique comparable se manifeste dans l'extrait suivant. Helen évoque l'impact d'une interaction sociale :

Helen a raconté qu'un homme dans la rue l'avait interpellée et s'était approché pour lui parler. Elle a ressenti que cette situation avait une dimension sexuelle et cela l'a effrayée. Elle a eu le sentiment que l'homme avait été attiré par elle en tant que fille. (Cohen, 2024, p. 161, [traduction libre])

Le regard de cet inconnu, investi d'une charge sexualisante, est vécu comme une effraction. Helen se sent assignée à une image féminine qui ne correspond pas à son éprouvé. Ce déplacement la confronte à une perte de maîtrise sur son apparence, à une dépossession de son propre ressenti. Le regard de l'autre, investi d'un pouvoir projectif ou fantasmatique, agit comme une instance d'assignation, imposant à Helen une image d'elle-même qui ne lui appartient pas.

Enfin, un troisième extrait illustre la façon dont ce type d'intrusion peut aussi émerger au sein du cadre familial :

« L'avantage d'être a-genre, c'est que tu peux choisir de porter une robe ou un pantalon selon ce que tu ressens ». En se regardant dans le miroir après avoir enfilé la robe, Emery trouva qu'elle mettait en valeur sa silhouette élancée. Sa mère ne put contenir ses compliments et s'exclama : « Mon Dieu, tu es absolument superbe dans cette robe. Tu pourrais être mannequin, ma chérie ! » Emery se sentit horrifiée par ce commentaire et imagina déjà les autres membres de sa famille se tournant vers elle lors de la fête et faisant des remarques vulgaires. Elle exprima sa détresse en disant : « J'ai vu comment ils sexualisent mes cousines plus âgées. Je ne peux imaginer une expérience plus dégradante que celle d'être réduite par ma famille à un ensemble de parties du corps. » (Lopez et Wortman, 2023, p. 444, [traduction libre])

Le compliment maternel, en apparence valorisant, agit ici comme un déclencheur de détresse. Le regard familial, censé accueillir la singularité du sujet, se mue en prisme de projection sexualisante, ravivant chez Emery la mémoire d'un corps scruté, même investi de désir. Le foyer devient alors une scène d'exposition, où la subjectivité s'efface derrière une image imposée. Ce glissement, du regard soutenant à l'œil objectivant, laisse la jeune personne aux prises avec un sentiment d'humiliation anticipée.

Sous-thème 3.4. - *Souffrances liées aux violences normatives.* Au-delà des agressions interpersonnelles et des intrusions perceptibles dans le regard d'autrui, plusieurs auteur·es décrivent les effets insidieux des violences normatives qui traversent l'environnement des adolescent·es en questionnement de genre. Ces violences s'exercent par le biais d'attentes culturelles, de stéréotypes de genre et d'injonctions assignant les jeunes à des rôles prédéfinis en fonction de leur sexe ou de leur apparence. Souvent diffuses mais persistantes, elles alimentent un climat de contrainte qui intensifie la souffrance psychique et accentue le sentiment de marginalité. Ce sous-thème s'attache à décrire ces mécanismes normatifs et leurs répercussions.

Le premier extrait expose les tensions générées par les représentations stéréotypées du genre :

Car les problèmes soulevés par le genre sont le plus souvent des souffrances liées aux stéréotypes de genre. Régulièrement, on rencontre des adolescents qui souffrent de ne pas être suffisamment virils et qui souhaitent adopter des attitudes conformes à une représentation univoque de la virilité : « Dès que j'ai l'âge, je m'inscris à la salle [de sport] ; c'est la honte de ne pas avoir de muscles ! ». On reçoit également des adolescentes jugées trop garçonnnes et qui peuvent se sentir rejetées par les filles : « Si

t'es une fille et que tu fais du foot, on te traite direct de " meuf qui joue les bonhommes " ». Les garçons jugés « trop » filles et les filles estimées « trop » garçons étaient jadis étiquetées « filles manquées » et « garçons manqués ». Cette stigmatisation reste plus que jamais d'actualité. (Laufer et Rabain, 2023, p. 303)

Les assignations précoces qu'imposent ces stéréotypes contraignent les mouvements identificatoires et engendrent un conflit entre désir d'appartenance et vécu authentique. La honte, le rejet et le sentiment de décalage qui en résultent viennent menacer le socle narcissique et altérer la possibilité de s'inscrire dans un lien reconnu, sans renier leur singularité. Les adolescent·es décrits tentent de composer avec des représentations normatives qui opèrent comme des repères rigides, dans certains cas, au prix de compromis défensifs.

Le passage suivant rend compte de l'intériorisation de ces normes et le sentiment d'impuissance à s'en dégager :

Peu importe à quel point j'essaie de m'approprier qui je suis, la société continue de me mettre dans une case, tu vois ? [...] Peu importe combien j'ai changé -j'ai changé mes pronoms- je me sens toujours opprimé·e à cause du genre. » (Gherovici, 2024, p. 84, [traduction libre])

Ce témoignage rend compte de la difficulté à construire en dehors des classifications imposées. Même lorsqu'une transformation a été amorcée, le regard social semble continuer de ramener le sujet à une assignation fixe, menaçant le travail d'appropriation et de création de soi. Le sentiment d'impuissance qui en résulte traduit un conflit aigu entre le mouvement de subjectivation et l'inertie des normes collectives.

Certain·es auteur·es estiment que ces contraintes ne proviennent pas uniquement de l'environnement culturel hétéronormé. Elles peuvent aussi émaner des communautés LGBTQIA+ :

À titre d'exemple, les jeunes « militants » qui se reconnaissent dans les combats de la communauté LGBTQIA+ s'opposent aux jeunes qui souhaitent ne pas s'exposer en tant que personnes transgenres : « C'est super que certaines personnes de la communauté se battent pour nous, mais n'obligez pas tout le monde à être militant ! », proclame Lou, lycéen de 17 ans (né fille). (Rabain, 2023, p. 69 - 70)

Les propos de Lou révèlent les tensions internes à certains groupes d'appartenance, où des injonctions à la visibilité ou à l'engagement militant peuvent être vécues comme des contraintes

supplémentaires. Ce conflit entre reconnaissance collective et autonomie souligne la complexité des trajectoires identitaires, traversées par des attentes parfois paradoxales.

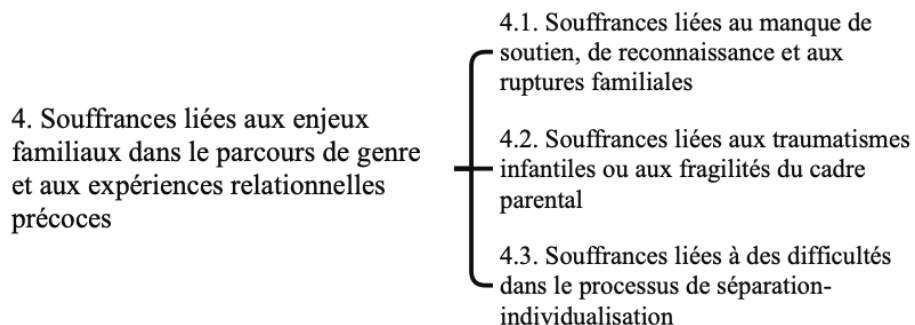
Enfin, ces violences normatives peuvent entrer en résonance avec l'histoire psychique des adolescent·es et réactiver des dynamiques précoces liées au regard parental, aux désirs projectifs ou aux idéaux transmis. Le thème suivant aborde ces dimensions.

Thème 4 - Souffrances liée aux expériences relationnelles précoces et aux enjeux familiaux dans le parcours de genre

Présent dans 33 études du corpus, ce thème interroge la manière dont les premières expériences relationnelles et les dynamiques familiales façonnent le vécu des adolescent·es en questionnement de genre. L'environnement parental, avec ses manques ou ses attentes plus ou moins explicites, ainsi que la nature des attachements précoces, participe à la construction de l'image de soi, du corps et des appartenances symboliques.

À l'adolescence, ces fondements peuvent se trouver activés avec les remaniements psychiques liés au genre, ravivant des tensions identificatoires et teintant de manière singulière les formes prises par la souffrance psychique.

Trois sous-thèmes structurent cette analyse :



Sous-thème 4.1 - Souffrances liées au manque de soutien, de reconnaissance et aux ruptures familiales. Les relations familiales offrent un ancrage fondamental pour le travail de subjectivation. Or, pour de nombreux adolescent·es en questionnement de genre, ces liens apparaissent fragilisés, empreints par l'ambivalence, l'incompréhension ou la rupture. Les récits cliniques fond émerger des malentendus persistants, des conflits ouverts ou des formes de retrait affectif, qui entravent

l'inscription dans une filiation soutenance et exposent les jeunes à des souffrances psychiques, parfois aiguës.

Les extraits suivants illustrent, dans leur diversité, les multiples figures que peuvent revêtir ces impasses relationnelles.

L'un des récits recueillis évoque une rupture familiale consécutive à un dévoilement de l'identité de genre, période susceptible de créer des réactions familiales inattendues et douloureuses :

À la suite de son coming out trans, lui et sa mère ont été rejetés par leur famille, au point de devoir se loger ailleurs : « Ma mère et moi, on s'engueulait tous les jours. J'ai même fini par fuguer. Mais finalement, au bout de quelques mois, on a recommencé à se parler et là, ça va beaucoup mieux. (Rabain, 2023, p.73)

Ce passage souligne une détresse liée à la désorganisation des repères relationnels dans un environnement familial devenu conflictuel. La famille, censée offrir sécurité et reconnaissance, devient source d'hostilité et de rupture de liens. La reprise du dialogue entre la mère et le fils esquisse une tentative de réengagement, malgré les cassures et la désaffiliation initiale.

D'autres jeunes font état d'atteintes durables dans les communications familiales qui accentuent ou créent un sentiment de solitude :

Mais si Lionel témoigne d'une vie remplie et stable malgré ce rejet, d'autres ne vivent pas de la même manière la fracture familiale. C'est le cas de Ludmila que les parents ont totalement écartée de leur vie et qui témoigne de nombreuses angoisses et idéations suicidaires. (Wielart, 2020, p. 152)

L'expérience de Ludmila met en lumière les effets potentiellement délétères d'un rejet familial tranché. Privée de tout appui dans les liens filiaux, elle se retrouve dans un désarrimage affectif, exposée à un éprouvé d'abandon. L'intensité des angoisses et l'apparition d'idéations suicidaires traduisent un effondrement subjectif face à une rupture vécue comme irréversible. Condat et Cohen (2022) estiment d'ailleurs que le rejet familial figure parmi les principaux facteurs de risque de conduites suicidaires chez les jeunes de moins de 25 ans.

Outre ces formes de rejet explicite, certains jeunes adolescent.es font l'expérience d'une souffrance plus diffuse, liée à l'impression de ne pas être compris ni entendu. C'est le cas d'Astor, qui vit dans une famille aimante en apparence, mais dont les injonctions implicites suscitent un repli sur soi :

Au fil des séances, Astor expliquait que, bien qu'iel aime sa famille, iel ne sentait pas que ses parents comprenaient réellement l'importance de ses expériences liées au genre [...] Par exemple, Astor a raconté qu'à l'occasion d'un repas de Thanksgiving, iel avait été contraint·e de porter un costume et une cravate, avec des instructions précises de la part de ses parents : « ne mets pas de maquillage ». (Long, 2024, p. 222, [traduction libre])

La psychothérapeute l'interroge sur ce qu'il ressent et lui demande de l'exprimer comme si son corps était une statue. Voici sa réponse :

[...] Astor a quitté la chaise sur laquelle iel était assis·e, s'est assis·e au sol, a entouré son corps de ses bras et a ramené sa tête contre sa poitrine. Dans cette position, je lui ai demandé d'exprimer verbalement l'essence de ce qu'iel ressentait. « Je me cache. J'ai honte. Je ne veux pas être vu·e, et je ne veux pas voir. » (Long, 2024, p. 222, [traduction libre])

Le récit d'Astor rend manifeste une douleur contenue, dominée par le repli. L'impossibilité d'exprimer librement son genre dans l'espace familial, en raison de normes implicites, alimente un sentiment de honte envahissant. Le geste de se recroqueviller au sol et de refuser de voir, suggère l'intériorisation d'un regard parental vécu comme désapprouvateur ou intrusif. Cette scène rend tangible une haine de soi intériorisée, façonnée par l'incompréhension répétée et l'effacement de l'expression de genre d'Astor.

Dans d'autres situations, les conflits apparaissent à travers les tensions autour des choix médicaux liés à la transition. Le mal-être d'Adrien naît d'un décalage entre l'ouverture exprimée par ses parents et leur réserve:

La famille adopte son nouveau genre, l'appelle par son prénom choisi, mais ses parents refusent une intervention médicale, telle que la testostérone et surtout l'ablation des seins. Il faut que ce soit la décision d'Adrien, or il ne peut légalement la prendre qu'à ses 18 ans. Ils ne peuvent endosser un choix qu'eux vivent comme une mutilation. Face à ce refus, Adrien évoque le retour des idées suicidaires qu'il a depuis plusieurs années et pour lesquelles il a été hospitalisé, exerçant de fait un chantage sur ses parents : si vous n'accédez pas à mon désir, je ne sais pas si je tiendrai, tellement vivre dans mon corps et voir mon image nue dans le miroir est douloureux [...] Chez Adrien, l'intolérance à la frustration est flagrante, révélant une problématique adolescente très commune. Outre le

rapport à son corps, c'est l'attente qui semble éveiller un sentiment de mal-être et on ne peut que faire le lien avec la demande immédiate de l'opération des seins. (Thompson, 2023, p. 21-22)

L'impossible négociation du pouvoir au sein de la famille s'articule à une souffrance liée au manque de soutien, à la frustration et à l'attente imposée par les parents dans l'entre-deux de la transition. Ce délai, sur lequel l'adolescent n'a aucun contrôle, génère un sentiment d'impuissance. Le vécu d'isolement affectif, de honte et de difficulté à se dire renforce une douleur psychique centrée sur l'absence de maîtrise de son devenir corporel.

Sous-thème 4.2 - Souffrances liées aux traumatismes infantiles ou aux fragilités du cadre parental. Plusieurs récits du corpus laissent entrevoir, en toile de fond, des environnements familiaux marqués par des atteintes précoces de la fonction parentale. Les adolescent·es concerné·es rapportent des expositions à de la violence conjugale, des conduites addictives, des séparations difficiles, des abandons, ou encore, rapportent avoir subi des abus sexuels dans l'enfance. Ces événements, tus ou partiellement élaborés, laissent des traces traumatiques qui peuvent désorganiser les repères symboliques du sujet. Ils altèrent la capacité à se situer dans un réseau d'identifications suffisamment différenciées et symbolisées, rendant plus difficile l'émergence d'un espace psychique où les identifications de genre puisse être mises en jeu et éprouvées et transformées.

Le premier exemple clinique implique un contexte familial particulièrement instable. L'adolescent y décrit sa souffrance :

Et puis il y a mon contexte familial, qui est plutôt lourd. Ma mère a elle-même eu une enfance difficile et elle n'a jamais vraiment appris à être parent, même si elle a pratiquement élevé ses frères et sœurs. Alors, devine qui a pris ce rôle ? Eh oui, moi. C'est comme si mon enfance avait été passée en accéléré, tu vois ? Je me suis retrouvé à gérer des trucs d'adulte bien trop tôt, à m'occuper de mes frères et sœurs plus jeunes pendant que mes parents luttaienent avec leurs propres démons. Et je peux te dire que leurs démons, c'était pas rien. La drogue, mec. Mes parents étaient à fond là-dedans, et j'étais assez grand pour tout voir. Vivre dans ce chaos m'a abîmé dès le départ. J'ai commencé à piocher dans la réserve de mon père avant même d'avoir dix ans, juste pour tout engourdir [...] Je me bats depuis le premier jour, et une grande partie de ça, c'est à cause du genre. Peu importe à quel point j'essaie d'assumer qui je suis, la société continue de me mettre dans une case, tu vois ? C'est comme si je menais deux combats en même temps, et c'est épuisant. (Gherovici, 2024, p. 84, [traduction libre])

Ce témoignage met l'accent sur l'imbrication entre des traumatismes infantiles précoces et le vécu subjectif du genre à l'adolescence. La précocité des responsabilités, la confrontation répétée à l'impuissance parentale et la nécessité de se protéger psychiquement par des conduites d'évitement (toxicomanie, repli), s'inscrivent dans une dynamique de survie affective. Le sentiment d'avoir été privé de son enfance se conjugue à une lutte identitaire éprouvante, affectée par une double assignation, celle du rôle familial imposé et celle du genre imposé par la société. L'exemple rend sensible une souffrance identitaire diffuse, dans laquelle les repères sont fragiles. La construction d'un sentiment d'unité psychique semble compromise par l'accumulation de ruptures, de charges précoces et de non-reconnaissance.

D'autres fragments cliniques montrent l'impact du deuil parental survenu dans la petite enfance et ses répercussions sur les mouvements identificatoires à l'adolescence. L'extrait suivant, issu d'un cas analysé par Chabert, est rapporté et commenté par Hefez (2020):

L'analyste évoque un épisode singulier au cours de la cure : un jour de Mardi Gras, Jonas arrive très excité en séance, portant une longue robe noire ayant appartenu à sa mère, accompagné d'un copain lui aussi déguisé. Ce travestissement, associé à son amnésie, indique vraisemblablement, au-delà d'une identification, une véritable incorporation de l'être perdu qui fait rempart au risque de sombrer dans la mélancolie. « Léa/Paul qui a perdu son père à l'âge de quatre ans et choisi pour prénom masculin celui de son grand-père paternel va bien sûr au cours de sa thérapie interroger une incorporation de cette nature, un parcours qui l'a fait se sentir « autre » depuis son plus jeune âge, puis autre de l'autre sexe. » (Hefez, 2020, p. 455)

Il précise ensuite :

Nombreux sont mes jeunes patients pour lesquels un deuil précoce ou un deuil inconsciemment transmis par un parent peut éclairer un parcours de transidentité. « L'ombre de l'objet est tombée sur le moi » (Freud, 1915, p. 158) écrivait Freud à propos de l'identification à l'objet perdu. Le travail analytique les libère, mais ne modifie en rien une identité qui s'est forgée depuis l'aube de leur existence. Ils revisitent leurs identifications, les remettent en chantier, les déconstruisent parfois, reconnaissent leur aspect contraignant, mais aussi salutaire. (Hefez, 2020, p. 455-456)

Une perte parentale précoce, non élaborée, tend à s'inscrire au cœur des processus identificatoires, à travers des inscriptions inconscientes telles que le travestissement ou l'appropriation d'un prénom porteur de filiation. Ces formes d'appropriation ne relèvent pas uniquement d'une stratégie

défensive, elles peuvent être comprises comme des compromis psychiques, permettant au sujet de maintenir un lien interne à l'objet perdu tout en évitant un effondrement mélancolique.

En convoquant la référence freudienne à l'incorporation, Hefez (2020) souligne combien ces expériences de perte peuvent structurer de manière ambivalente le rapport au genre, entre attachement à l'objet perdu et tentative de subjectivation. Ce n'est pas tant l'événement traumatique lui-même que sa transmission silencieuse, son inscription archaïque, qui semble résonner dans le vécu du patient. Le travail analytique ne vise pas à invalider ces identifications construites dans la douleur, mais à leur permettre d'être reprises dans un mouvement psychique, interrogées, remaniées, et potentiellement dégagées de leur fonction contraignante.

Le sous-thème suivant approfondit cette question en explorant les souffrances liées aux difficultés dans le processus de séparation-individuation.

Sous-thème 4.3 - Souffrance liées à des difficultés dans le processus de séparation-individualisation. L'adolescence constitue une étape charnière dans l'intensification des processus de différenciation et de séparation avec les figures parentales. Ce travail de désintrication, souvent conflictuel, suppose la possibilité d'un écart, d'une mise à distance psychique, soutenue par un environnement tolérant vis-à-vis de l'expression des mouvements ambivalents. Certains contextes familiaux, marqués par des deuils non élaborés, des loyautés inconscientes ou des liens fusionnels, rendent ce processus difficile, parfois périlleux.

Dans ces configurations, le questionnement de genre s'articule à une tentative de dégagement identificatoire lorsque la conflictualité ne trouve pas d'autre issue que dans le corps. Selon plusieurs auteur·es (n = 7), la transition peut devenir le support d'un processus de différenciation mis en échec dans la sphère relationnelle.

Le premier extrait fait apparaître la manière dont l'individuation à l'adolescence peut se heurter à des enjeux transgénérationnels :

La lutte de Xenobia pour l'individuation était compliquée par la nécessité de se différencier de ses parents, qui portaient un deuil non résolu lié à leur expérience de l'immigration. (Silber, 2019, p. 147, [traduction libre])

L'enchevêtrement des transmissions intergénérationnelles et des mouvements de différenciation à l'adolescence est illustré dans cette vignette. Le deuil parental, resté non élaboré, ne se transmet pas seulement comme un fait, mais comme une charge affective silencieuse, dont l'adolescente hérite sans médiation symbolique. Dans ce contexte, la quête d'individuation ne vise pas seulement la séparation, mais une tentative de se déprendre d'une empreinte psychique qui ne lui appartient pas tout à fait. Le rapport à l'objet parental endeuillé devient à la fois un lieu d'attachement et d'enfermement.

D'autres fragments cliniques mettent en relief la manière dont le processus de séparation-individuation peut être mis à mal par une relation maternelle trop envahissante :

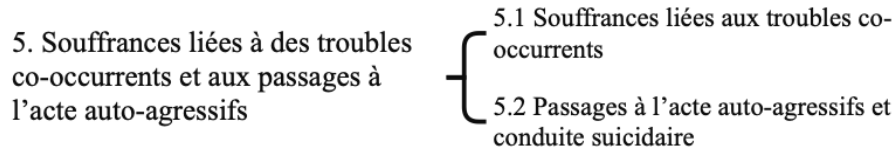
Dani paraît confronté à une mère fusionnelle, qui manifeste une acceptation sans bornes de ce que sa fille exprime et qui, semble-t-il, n'a pas la capacité de faire preuve d'un recul réflexif qui permettrait la conflictualisation. Mme B., comme elle le laisse entrevoir lors de la première rencontre et le confirme lors de la dernière, est prête à faire n'importe quoi pour ne pas se couper de sa fille. On peut présumer l'effet terrifiant d'une telle attitude pour Dani, qui se retrouverait de surcroît dans l'impossibilité d'exprimer son agressivité à cette mère trop aimante. Le seul moyen de s'en différencier serait de « couper » tout point commun avec elle et cette différenciation, face à l'impossibilité d'exprimer la haine, passerait massivement par le corps face à cette mère « hyper collante » : ne rien avoir en commun avec elle jusqu'au point de n'être même pas une femme. (Blanc et Ledrait, 2024, p. 56)

Le récit de Dani met en lumière les paradoxes d'un excès d'adhésion parentale, qui, sous couvert de tolérance inconditionnelle, limite les possibilités d'élaboration conflictuelle. L'impossibilité d'exprimer une agressivité structurante se conjugue à la porosité des frontières psychiques mère-fille, entravant les mouvements de différenciation. Dans un tel contexte, la transition corporelle peut prendre valeur de désidentification radicale, lorsque la mise à distance subjective est perçue comme trop menaçante ou impossible à envisager autrement. Se séparer, ce n'est plus seulement s'affirmer comme un·e autre, mais comme un·e autre de l'autre sexe.

Thème 5 - Souffrances liés à des troubles co-occurents et aux passages à l'acte auto-agressifs

Certaines situations cliniques témoignent d'une imbrication de vulnérabilités où le questionnement de genre s'inscrit dans des formes de détresse complexes. Lorsque les tensions internes débordent les capacités de symbolisation, elles peuvent se traduire par des expressions symptomatiques ou

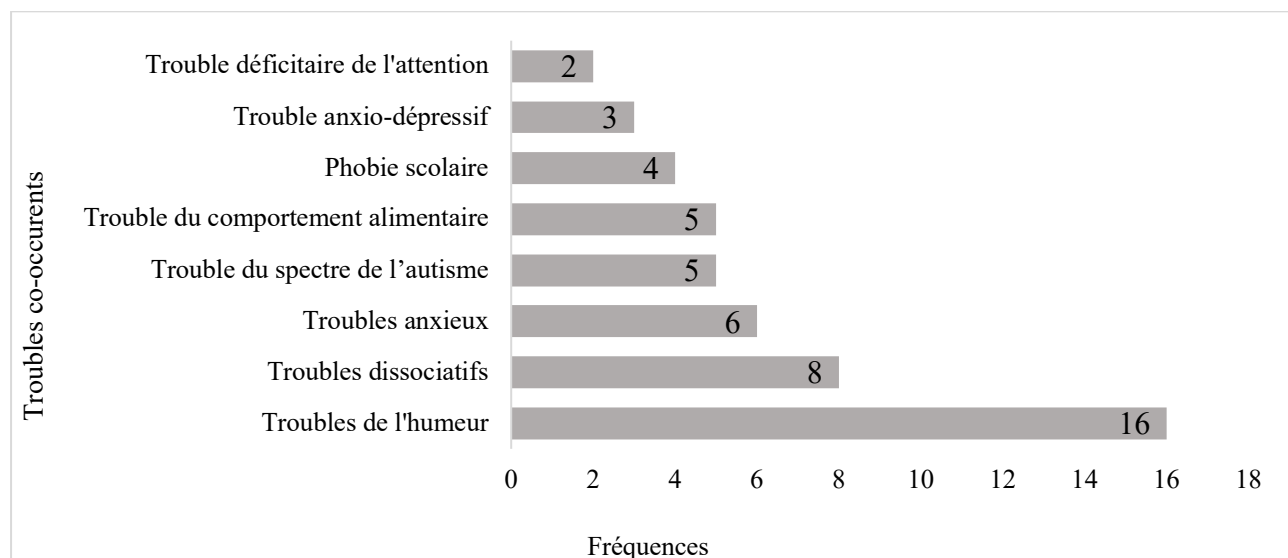
des mises en acte qui échappent à la médiation psychique. Ce thème explore les modalités par lesquelles la souffrance psychique se manifeste lorsque les voies d'élaboration sont entravées :



Sous-thème 5.1 - Souffrances liées aux troubles co-occurents et aux passages à l'acte auto-agressifs. La notion de co-occurrence désigne la présence simultanée, chez un même sujet, de manifestations psychopathologiques ou neurodéveloppementales, sans que leur ordre d'apparition ni leur rapport de causalité puissent être clairement établis (Kaplan et al., 2006). Ces entrelacements symptomatiques forment des ensembles cliniques dynamiques, dont les éléments tendent à se renforcer mutuellement (Kaplan et al., 2006). Une telle intrication accentue la détresse subjective, en fragilisant les appuis psychiques nécessaires pour affronter les tensions internes ou les conflits liés au genre.

Le diagramme ci-dessous synthétise les troubles et les états cliniques rapportées dans le corpus. Sans prétendre à l'exhaustivité, la Figure 6 illustre la diversité et la fréquence des formes recensées.

Figure 3.5
Répartition des troubles co-occurents dans les 56 articles du corpus



Les troubles de l'humeur sont les plus fréquemment rapportés, suivis par les troubles dissociatifs et anxieux. Sont également mentionnées, dans une moindre proportion, des manifestations relevant des troubles neurodéveloppementaux (TDAH, trouble du spectre de l'autisme), des troubles du comportement alimentaire, de formes anxio-dépressives, ainsi que quelques cas de phobie scolaire.

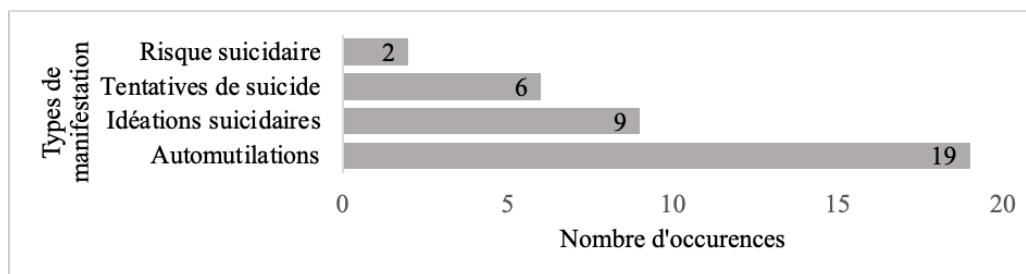
L'isolement apparaît comme une manifestation clinique récurrente associée à ces configurations. Documenté dans 24 articles du corpus, ce retrait relationnel peut se traduire, chez certain·es, par une déscolarisation partielle ou complète. Ainsi, Condat, Allouch et Rabain (2020) relèvent que « le pourcentage de rupture scolaire sur la consultation du service est de 38 %. Quant à la littérature scientifique, elle estime les déscolarisations complètes à environ 30 % des cas des patient·es traité·es » (paragr. 19). Ces données quantitatives confirment l'importance de ne pas réduire la souffrance des adolescent·es à la seule problématique identitaire.

Sous-thème 5.2 - *Passages à l'acte auto-agressifs et conduites suicidaires.* Parmi les formes les plus préoccupantes de souffrance psychique repérées dans le corpus, figurent les mises en acte auto-agressives et les conduites suicidaires. Nombre de récits cliniques les présentent comme des tentatives désespérées pour faire face à un excès de détresse, dans un contexte de conflictualité interne exacerbée par des expériences de rejet, de violence ou de disqualification symbolique. Ces gestes surviennent souvent dans des tableaux cliniques caractérisés par une angoisse identitaire intense, conjuguant des conflits intrapsychiques et des blessures relationnelles.

Le diagramme à la page suivante donne à voir l'ampleur de ces manifestations dans l'ensemble du corpus analysé. Automutilations, idéations suicidaires, tentatives de suicide et états de risque suicidaire y sont répertoriés.

Figure 3.6

Manifestations auto-agressives recensées dans le corpus étudié : idéations suicidaires, tentatives de suicide et automutilations



Ces données traduisent chez les adolescent·es en questionnement de genre une détresse souvent difficilement symbolisable. L'extrait suivant illustre cette complexité : une imbrication entre souffrance corporelle, désaffiliation familiale et effondrement narcissique :

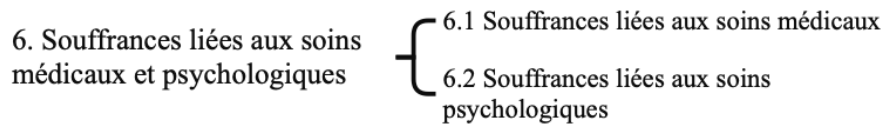
Après la révélation à ses parents qu'il se sent plus garçon que fille, le mal-être devient croissant, avec multiplication des passages à l'acte : alcoolisation et scarifications sur les bras et les cuisses. Par ailleurs, une perte de poids importante en six mois signe l'entrée dans un TCA à type d'anorexie-boulimie avec vomissements. Sacha n'aime pas son corps de femme qui l'empêcherait d'aller vers les autres. Il se perçoit douloureusement comme décevant pour ses parents. À l'appui, une dégradation scolaire progressive avec une déscolarisation quasi complète (Sulimovic et Balsan, 2019, p. 39).

Des registres de souffrance corporelle, affective et relationnelle convergent dans cette vignette vers une impasse subjective. Le recours à l'automutilation et à l'alcoolisation peut naître d'une tentative de régulation désespérée face à un excès de tension intérieure.

En conclusion, les constats empiriques issus des services spécialisés sur l'identité de genre viennent étayer les résultats recueillis. Une étude rétrospective menée par Condat et Cohen (2022) sur 239 situations cliniques révèle que 24 % des jeunes reçu·es avaient déjà effectué une tentative de suicide, 60 % présentaient un état dépressif caractérisé, 33 % étaient déscolarisé·es depuis plus de trois mois, et 38 % déclaraient avoir subi du harcèlement scolaires. Ces chiffres renforcent l'exigence d'un accompagnement psychothérapeutique accessible, rigoureux et attentif aux vulnérabilités spécifiques de ces adolescent·es. Toutefois, comme le montrera le thème suivant, les espaces de soins peuvent eux-mêmes devenir des lieux de souffrance.

Thème 6 - Souffrances liées aux soins médicaux et psychologiques

Les espaces de soin, bien qu'ayant une visée réparatrice, peuvent également devenir des lieux de réactivation traumatique, de confrontation à des discours normatifs, voire d'effraction symbolique. Nombre de récits cliniques du corpus rapportent une souffrance liée au cadre dans lequel les adolescent·es en questionnement de genre sont reçu·es, que ce soit dans le champ médical ou psychothérapeutique. Ces expériences, qui ne relèvent en rien de l'anecdotique, affectent profondément la dynamique transférentielle, la capacité à faire confiance et le rapport au soin lui-même. Deux registres de souffrance se distinguent, qui constituent les deux sous-thèmes de ce thème:



Sous-thème 6.1 - Souffrances liées aux soins médicaux. Le contact avec le champ médical s'accompagne souvent d'attentes de soulagement, voire de réparation. Toutefois, ce lieu d'espoir peut devenir un espace de confrontation, tant aux normes de légitimation qu'aux délais imposés. Comme l'indique Vaughan (2018), cette interaction est trop souvent empreinte « des préjugés et de l'ignorance de la part des professionnels de la santé, bien que des efforts soient en cours pour faire évoluer cette situation » (p. 47, [traduction libre]).

Certain·es adolescent·es expriment une tension croissante face à une demande perçue comme ignorée. Le récit suivant en témoigne :

Il ne souhaite pas d'hormones, mais souligne l'urgence de sa demande : l'opération doit être réalisée avant ses 18 ans. Il précise d'une voix ferme, comme pour anticiper d'éventuelles remises en question ou discussions de son projet : « Ce n'est pas une envie, mais un besoin » en insistant sur le dernier mot. [...] Elles [pédopsychiatre et psychologue] reviennent sur le projet d'opération, qu'il confirme avec un certain agacement. Elles relèvent cette manifestation, ce qui semble le surprendre mais il répond en effet que oui, il en a marre, rien ne se concrétise, et il laisse entendre à demi-mot qu'il ne supportera pas ne pas y avoir accès. Il précise : « De toute façon, je n'ai plus besoin de l'accord d'un psychiatre pour faire une mammectomie... et c'est tant mieux ! » (Blanc et Ledrait, 2024, p.48)

Ce fragment fait ressortir une tension psychique aiguë face aux délais et aux obstacles dans l'accès aux soins. L'intervention est vécue comme une condition de survie subjective. La temporalité imposée réactive des affects d'impuissance, d'abandon ou de désorganisation.

D'autres cas étudiés montrent que la détresse surgit dans l'après-coup de l'intervention. L'exemple suivant illustre un processus dans lequel l'espoir d'un apaisement cède la place à une souffrance plus archaïque, ravivée par la transformation corporelle :

Dès le début de la psychothérapie, Alex a fait référence à un historique d'abus sexuel lorsqu'il avait environ 10 ans. Il n'y avait alors aucun intérêt à réfléchir à un lien possible entre cette histoire et la décision de transitionner vers un corps masculin. Pour des raisons de confidentialité, je ne peux pas entrer dans les détails. Disons simplement qu'après une période initiale « heureuse » bien trop brève suivant la chirurgie, Alex est devenu profondément déprimé et suicidaire, disant avoir perdu tout désir sexuel. À ce stade, il est revenu à cette histoire complexe d'abus sexuel, d'abord à travers une série de rêves. Ce n'est qu'alors que nous avons pu commencer à établir lentement des liens entre le désir d'enlever les seins et les événements de l'enfance. Au fil du travail, il est apparu clairement qu'Alex avait été poussé à se couper, littéralement, des seins qu'il identifiait concrètement à une partie de lui-même qu'il haïssait et dont il avait honte. Cette prise de conscience ne l'a pas conduit à regretter sa décision de subir une mastectomie, du moins à ce stade de sa vie. Il disait se sentir mieux malgré tout, mais cela l'a aidé à réaliser qu'il ne pouvait pas changer le passé ni ses sentiments en modifiant son corps. (Lemma, 2018, p. 1099, [traduction libre])

Dans cet exemple clinique se déploie la complexité des enjeux psychiques sous-jacents à certaines transitions. L'effondrement dépressif post-opératoire révèle que la modification corporelle, bien que souhaitée, ne suffit pas toujours à apaiser une souffrance plus enfouie. C'est à travers le travail analytique qu'un lien a pu être établi entre le désir de transformation et une expérience traumatique infantile. Le processus témoigne de la part inconsciente de certaines motivations, sans pour autant invalider le choix posé par l'adolescent.

D'autres situations relatées dans le corpus évoquent à la fois l'urgence ressentie face aux obstacles médicaux et la désillusion qui peut suivre une intervention. Cette souffrance s'inscrit également dans le cadre psychothérapeutique, dans lequel la posture et l'écoute du clinicien jouent un rôle déterminant.

Sous-thème 6 - Souffrances liées aux soins psychologiques. Dans plusieurs vignettes, des analystes rapportent des récits d'expériences thérapeutiques antérieures vécues comme douloureuses pour les patients. Ces récits font apparaître des blessures symboliques, issu de l'incapacité du cadre thérapeutique à accueillir le questionnement sans le rabattre sur une lecture normative ou prématurément interprétative.

Le cas de Vincent, rapporté par Houssier (2023), met en évidence une rupture des interactions à la suite d'une fermeture perçue :

Sur le plan transférentiel, Vincent m'alerte sur le fait qu'il a souhaité arrêter les séances avec sa « première psychologue », car lorsqu'il a évoqué son désir de changer de sexe, elle l'aurait rabroué en n'acceptant pas d'en entendre quelque chose, ce qui l'a choqué. Plus tard, il revient sur cet incident en m'indiquant qu'il s'est senti jugé lorsqu'elle lui a indiqué qu'elle connaissait cette problématique et que ses arguments n'étaient pas « valides ». (Houssier, 2023, p. 50)

Le fragment clinique rend saillant la sensibilité du transfert chez certain·es adolescent·es en questionnement de genre, particulièrement lorsque leur première tentative de mise en mots se heurte à une réaction jugée fermée ou disqualifiante. L'interprétation prématurée de la clinicienne, et son positionnement sur ce qui serait « valide » ou non, semblent avoir entravé le travail d'élaboration et déclenché une rupture du cadre et de l'alliance thérapeutique. Le fait que Vincent revienne ultérieurement sur cet épisode souligne la persistance de cette blessure manifeste.

Dans un dispositif groupal, Rabain (2021) rapporte que certain·es adolescent·es partagent des expériences thérapeutiques passées vécues comme violentes : « Certain·es révèlent des expériences traumatiques avec d'ancien·es thérapeutes qui les ont mal compris·es et ont parfois dit des “ choses horribles ” » (p. 462, [traduction libre]. Ces souvenirs semblent porteurs d'une charge affective importante et témoignent de la sensibilité du cadre dans lequel ils peuvent être mis en mots.

Certaines rencontres cliniques peuvent également alimenter un vécu de disqualification. Le témoignage suivant, rapporté par Blestcher (2023), en donne un exemple :

J'allais voir une psychanalyste et je ne pouvais pas parler librement car elle me questionnait et tout ce qu'elle me disait était en rapport avec le fait que j'étais un garçon

et que cela n'était pas possible que je me sente comme une femme, que cela était en rapport avec un conflit avec mon père et que c'est pour cela que je rejetais le fait d'être un garçon. Elle me disait aussi que depuis toute petite, j'étais très attachée à ma mère et que c'est pour cela que j'avais une admiration pour les femmes. Elle me disait aussi que c'était une chose d'“ être un garçon gay ” et une toute autre chose de “ se sentir femme ”. Ça, c'est évident ! Mais plus j'avais, plus j'avais le sentiment d'être une femme et pas un garçon gay. La psy me demandait si c'étaient les garçons ou les filles qui me plaisaient, qui m'excitaient et si je me masturbais. Elle me demandait aussi si j'étais en mesure d'entendre que j'avais un pénis et, de ce fait, que j'étais un garçon. Bien sûr que j'ai un pénis, mais c'est pas de cela dont je parlais. Bref, c'était une situation très violente, et à chaque fin de séance, je ressortais très angoissée. (Blestcher, 2023, p 425-426)

Le témoignage met en relief la souffrance engendrée par un cadre thérapeutique dans lequel le discours du ou de la patiente ne parvient pas à trouver de place. Les interprétations proposées, centrées sur une lecture œdipienne et une naturalisation du genre, laissent peu de latitude pour accueillir le ressenti. La répétition de questions intrusives autour de la sexualité et du corps participe à une violence symbolique, le cadre ravivant l'angoisse séance après séance au lieu de la contenir.

Ces fragments cliniques mettent en évidence l'intensité de la souffrance que peuvent susciter certaines expériences psychothérapeutiques. Lorsqu'elles manquent de souplesse ou de capacité contenante, les interventions peuvent entraver le travail psychique plutôt que de le soutenir. L'accueil du ressenti, la disponibilité à l'écoute et la prudence interprétative apparaissent comme des conditions essentielles pour permettre l'émergence d'une élaboration. Ces enjeux feront l'objet d'un développement plus approfondi dans la seconde partie de cette analyse, consacrée aux modalités d'accompagnement psychodynamiques mobilisées auprès des adolescent·es en questionnement de genre.

3.2.1. Partie 2- Les interventions auprès des adolescent·es en questionnement de genre. Cette seconde partie est consacrée à l'analyse des interventions psychodynamiques mises en œuvre pour accompagner les adolescent·es en questionnement de genre. Appuyée sur des vignettes cliniques, des études de cas et des recommandations thérapeutiques explicites issues du corpus des 56 articles, cette analyse vise à dégager les modalités concrètes des interventions telles qu'elles se déploient dans la pratique contemporaine.

Sept grands thèmes ont été dégagés, structurant l'ensemble des propositions cliniques recensées :

1. Mettre en place des interventions psychothérapeutiques et interdisciplinaires adaptés aux enjeux cliniques complexes de l'adolescence et du genre
2. Encadrer l'accompagnement thérapeutique par un cadre sécurisant et une posture analytique ouverte
3. Élaborer les enjeux psychiques familiaux et intergénérationnels
4. Travailler les vulnérabilités psychiques et les conflits liés aux troubles co-occurents
5. Contenir les angoisses pubertaires et élaborer le rejet du corps sexué
6. Favoriser l'élaboration des positions identificatoires : entre conflits intrapsychiques, normes sociales et transmissions familiales
7. Élaborer les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles dans la relation thérapeutique

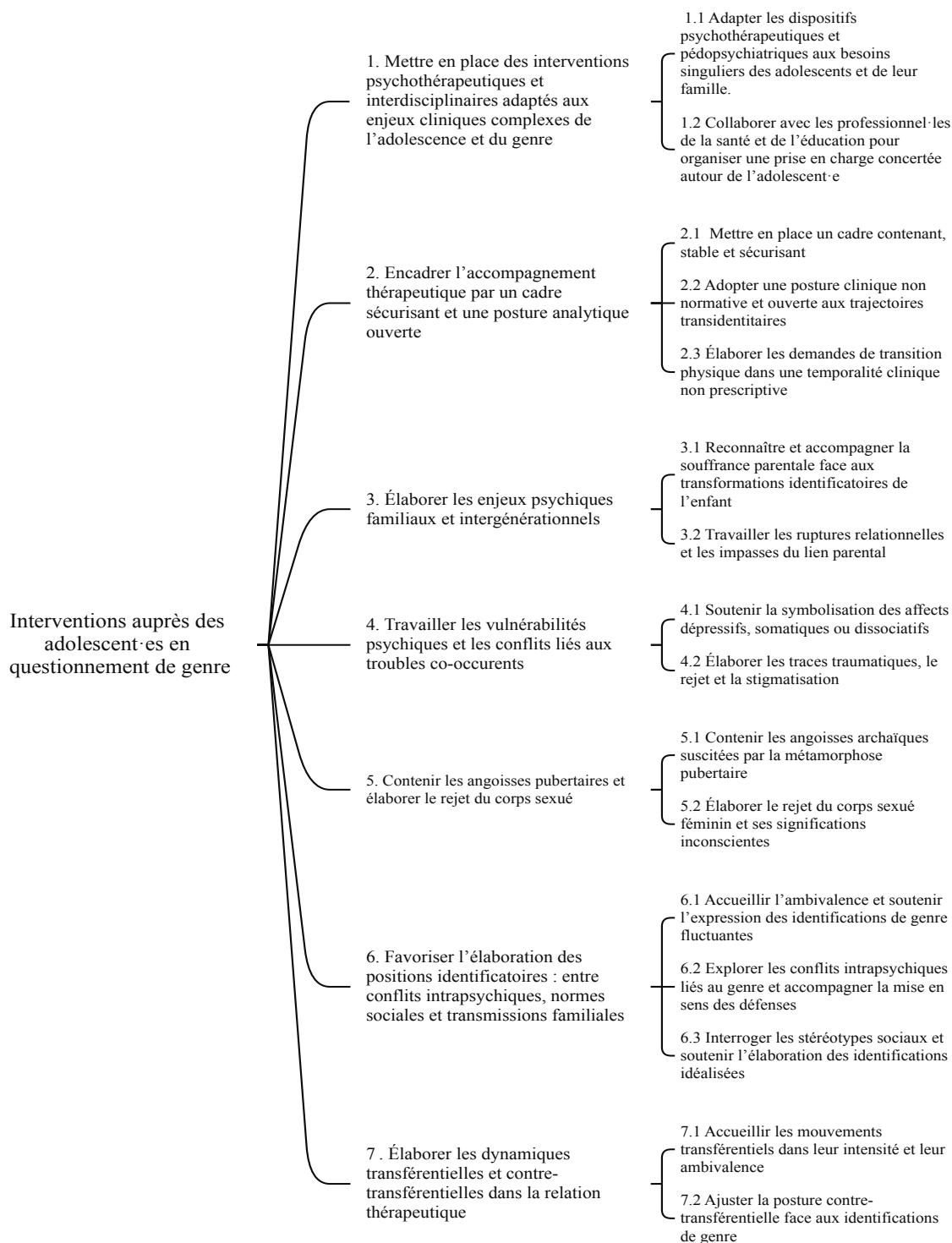
Chaque thème se décline en sous-thèmes, ce qui permet d'appréhender la singularité des interventions tout en rendant compte de leur articulation. Lorsqu'une mise en évidence s'avère pertinente, un axe thématique en italique vient ponctuer le sous-thème, afin de clarifier l'intervention clinique spécifique décrite et d'offrir aux cliniciennes un repère susceptible d'être transféré à leur pratique.

Pour restituer la complexité clinique et la densité des interventions, les extraits mobilisés sont généralement plus développés que ceux figurant dans la première partie. Ce choix, bien qu'il s'écarte des recommandations méthodologiques de Braun et Clarke (2022), s'avère nécessaire pour rendre perceptible la richesse du travail analytique, difficilement réductible à quelques lignes.

L'arborescence thématique présentée ci-dessous (Figure 8) offre une cartographie synthétique de cette structuration, qui guidera la présentation des résultats.

Figure 3.7

Arbre thématique représentant les sept thèmes et sous-thèmes de l'analyse de l'intervention auprès des adolescent.es



Thème 1 - Mettre en place des interventions psychothérapeutiques et interdisciplinaires adaptées aux enjeux cliniques complexes de l'adolescence et du genre

Dans le corpus analysé, 11 articles présentent des tableaux cliniques élaborées auprès d'adolescent·es en questionnement de genre. Les auteur·es y explorent différentes manières de structurer l'accueil, l'accompagnement et la coordination des soins, en tenant compte de la pluralité des situations traversées. À la croisée des transformations pubertaires, des conflits identificatoires, des tensions familiales et des contraintes institutionnelles, ces interventions cherchent à aménager un espace thérapeutique ajusté aux réalités subjectives et relationnelles des jeunes.

1. Mettre en place des interventions psychothérapeutiques et interdisciplinaires adaptés aux enjeux cliniques complexes de l'adolescence et du genre

- 1.1 Adapter les dispositifs psychothérapeutiques et pédopsychiatriques aux besoins singuliers des adolescents et de leur famille.
- 1.2 Collaborer avec les professionnel·les de la santé et de l'éducation pour organiser une prise en charge concertée autour de l'adolescent·e

Sous- thème 1.1 - Adapter les dispositifs psychothérapeutiques et pédopsychiatriques aux besoins singuliers des adolescents et de leur famille. L'apparition d'un questionnement de genre à l'adolescence confronte souvent les équipes soignantes à des configurations cliniques complexes, qui échappent aux modèles d'accueil traditionnels. Dans certaines situations, ces cadres se révèlent trop rigides pour contenir les angoisses et les remaniements identificatoires en jeu. Plusieurs auteur·es (n = 11) soulignent alors la nécessité de construire des dispositifs suffisamment souples pour accompagner la diversité des parcours de genre.

En ce sens, Adrian (2018) propose une organisation ouverte de l'évaluation : « Les modalités d'accueil, la temporalité de l'évaluation sont volontairement libres, adaptées à la particularité de chacun » (p. 27). *Adapter les modalités et la temporalité des suivis à la singularité de chaque adolescent·e* permet d'instaurer d'emblée un dispositif non contraignant, respectueux des mouvements intrapsychiques, sans forcer l'élaboration d'une demande encore en gestation.

Dans certains services spécialisés, des formes groupales sont privilégiées pour amorcer le travail psychothérapeutique. Foigel et Mezan (2023) décrivent les modalités mises en place au Brésil :

La procédure dans les services de soins ambulatoires spécialisés brésiliens implique d'abord une consultation psychiatrique qui peut déboucher ou non sur une confirmation diagnostique. Puis, on propose aux adolescent·es une psychothérapie brève, soit individuelle soit groupale. Les groupes sont organisés par tranches d'âges (douze-quatorze ans et quinze-dix-sept ans) ; ils peuvent être à discussion thématique. Dans d'autres cas, sont proposés des groupes de soutien mensuels ou encore des groupes thérapeutiques d'orientation psychanalytique. Enfin, dans certains centres de soins ambulatoires, on peut former un groupe spécifique pour les parents ou leurs substituts. (Foigel et Mezan, 2023, p.412)

Proposer un dispositif groupal, en complément ou en alternative au suivi individuel, rend possible une première mise en route du travail psychique par le biais des interactions latérales, là où l'investissement transférentiel direct s'avère trop coûteux. Le groupe fonctionne alors comme un espace tiers, dans lequel les éprouvés peuvent se déposer à distance du regard parental ou du face-à-face thérapeutique.

Dans d'autres configurations, le dispositif est conçu pour *distinguer des espaces de parole différenciés entre adolescent·es et parents*. Condat et Cohen (2022) relatent le fonctionnement de leur consultation :

Les consultations sont des consultations longues, d'une durée d'une heure environ, avec un temps d'entretien familial, un temps avec le ou la jeune sans ses parents, et pour la plupart des familles aussi des temps d'entretien avec les parents sans leur enfant. La fratrie est généralement reçue au cours de la prise en charge ainsi que parfois la famille élargie à la demande du jeune ou de ses parents. (Condat et Cohen, 2022, p. 413)

Cette organisation favorise l'émergence d'une parole différenciée, tout en permettant de contenir et de mettre au travail les mouvements transférentiels ainsi que les tensions relationnelles propres aux configurations familiales. La possibilité d'impliquer la fratrie ou d'autres figures d'attachement élargies permet d'inscrire le travail clinique dans une dynamique affective plurielle, susceptible de favoriser l'élaboration de positions subjectives souvent encore en construction.

Dans certains contextes, les clinicien·nes instaurent dès le premier accueil une co-présence thérapeutique. Blanc et Ledrait (2024) en proposent une illustration : « L'adolescent et sa famille sont reçus dans un dispositif d'entretien clinique à double écoute impliquant l'une des deux auteures de l'article, psychologue clinicienne avec un statut d'intervenante bénévole, aux côtés d'une professionnelle pédopsychiatre en dernière année d'internat » (p.47). *Offrir des entretiens à*

double écoute est susceptible de contenir certains effets projectifs et d'enrichir la compréhension clinique par des savoirs complémentaires.

Lorsque les conditions institutionnelles le permettent, la logique d'ajustement du cadre thérapeutique peut se prolonger dans un travail de concertation plus large, impliquant d'autres professionnel·les engagés autour du ou de la jeune.

Sous-thème 1.2 - Collaborer avec les professionnel·les de la santé et de l'éducation pour organiser une prise en charge concertée autour de l'adolescent·e. Au-delà du cadre thérapeutique immédiat, certain·es clinicien·nes (n = 14) décrivent des formes d'intervention coordonnées, engageant plusieurs professionnel·les autour du parcours de soin. Lorsqu'elle s'organise dans le respect des temporalités psychiques propres à chaque adolescent·e, cette collaboration permet de soutenir un travail d'élaboration et d'assurer une certaine continuité dans l'environnement thérapeutique.

Certain·es auteur·es insistent sur l'intérêt d'un travail concerté à plusieurs voix, dès les premières étapes du suivi. Sulimovic et Balsan (2019) évoque une telle approche : « [...] les récentes études montrent l'intérêt d'une prise en charge précoce et multidisciplinaire des adolescents souffrants, soulignant ainsi l'importance de l'écoute nécessaire à fournir par les psychiatres » (Sulimovic et Balsan, 2019, p. 35). Inscrire les décisions cliniques dans une dynamique interdisciplinaire permet de créer un espace de pensée partagé, à même de contenir les mouvements transférentiels à l'œuvre dans les situations complexes.

Certain·es auteur·es décrivent également des dispositifs collectifs formalisés, réunissant différents professionnel·les autour des décisions thérapeutiques. Condat, Allouch et Rabain (2020) présentent un procédé institutionnel mis en place dans une consultation spécialisée :

Afin de gérer les angoisses des soignant·e-s, nous avons mis en place des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP), très tôt après l'ouverture de la consultation spécialisée, c'est-à-dire depuis 2015. [...] Dans ces réunions, il y avait donc au départ trois pédopsychiatres. Puis la D^{re} Julie Brunelle s'est jointe à nous, ainsi que deux ou trois endocrinologues, des pédiatres, des biologistes, des éthiciens, des juristes, des sociologues. [...] C'est quelque chose de très rassurant de savoir que toutes ces situations de mises sous traitement hormonal chez des mineur·e-s allaient être discutées

collectivement, tout en prenant en compte la dimension éthique. (Condat, Allouch et Rabain, 2020, paragr. 41)

L'extrait montre comment *assurer un encadrement éthique des décisions cliniques à travers des dispositifs pluridisciplinaires* soutient les équipes face à la complexité de certains choix. La réunion interdisciplinaire agit comme un contenant institutionnel partagé, permettant d'adosser les décisions à une pluralité de regards et de disciplines, tout en préservant un champ réflexif face à la pression du réel.

Dans certaines situations, les clinicien·nes s'impliquent également dans la construction de liens de confiance avec les établissements scolaires. Wielart (2020) évoque une modalité d'intervention directe auprès des équipes éducatives :

Pour ce qui est de la transition sociale en milieu scolaire, le pédopsychiatre se déplace au sein des rectorats et au sein de chaque école, en Île-de-France, afin de s'entretenir avec le personnel soignant. Il s'agit donc dans chaque établissement de créer un espace de discussion et de confiance, toujours via le médecin et l'infirmière scolaires. Par ailleurs nous faisons de plus en plus de transitions tout à fait ouvertes, où tout le monde a connu le jeune « avant », qui se passent bien. C'est le jeune et sa famille qui décident de la confidentialité ou non. (Wielart, 2020, p. 152)

Le rôle de médiation que peut occuper le ou la pédopsychiatre dans la construction d'un espace de dialogue entre les institutions scolaire et médicale est observé ici. Favoriser une co-construction interinstitutionnelle autour de la transition sociale en milieu scolaire repose sur un travail de concertation avec les acteur·rices concerné·es, en lien avec les réalités institutionnelles et la place du jeune. Cette démarche s'élabore dans le respect des choix de confidentialité exprimés par l'adolescent·e et sa famille. Elle engage un travail sur l'environnement, pensé comme un appui potentiel au processus de subjectivation dans une continuité avec l'ensemble de la démarche psychothérapeutique.

La coordination entre services peut aussi concerner plusieurs dispositifs de santé mentale engagés simultanément auprès d'un·e même adolescent·e. L'extrait tiré de l'article de Tsoukala (2018) témoigne d'une situation dans laquelle deux équipes thérapeutiques, la *Child and Adolescent Mental Health Services* (CAMHS) et le *Gender Identity Service* (GIS) interviennent en parallèle :

En attendant, la demande de prise en charge d'Alex par le GIS a été acceptée et il a été invité à assister à une première séance. Plutôt que de partager son enthousiasme à l'idée que les choses progressaient pour lui, j'ai constaté que je me sentais préoccupée : j'étais inquiète que le travail séparé mené au sein du CAMHS et du GIS ne compromette l'objectif thérapeutique de relier l'esprit et le corps et j'étais anxieuse que, au contraire, cette double implication dans deux services de santé mentale ne rejoue la division interne. J'ai demandé à Alex la permission d'entrer en contact avec le GIS, dans l'espoir que notre communication puisse lui offrir l'expérience d'un couple parental réfléchi, en contraste avec la déconnexion représentée par un père dont il pensait qu'il n'avait pas voulu le concevoir. Il s'est dit favorable à cette démarche. (Tsoukala, 2018, p. 100, [traduction libre])

L'extrait met en évidence l'attention portée par la clinicienne aux effets possibles d'une prise en charge divisée entre deux services de santé mentale. *Assurer la stabilité du cadre thérapeutique à travers l'articulation entre services* devient ici un enjeu clinique, non seulement pour maintenir une continuité dans le suivi, mais aussi pour éviter que la séparation institutionnelle ne vienne réactiver des clivages internes chez l'adolescent·e. La demande d'entrer en lien avec l'autre équipe témoigne d'une tentative de constituer, dans l'espace interinstitutionnel, un environnement suffisamment cohérent pour étayer le travail psychique.

Ces articulations interinstitutionnelles dessinent les contours d'un environnement thérapeutique continu et contenant. Elles ouvrent, dans le thème suivant, sur une réflexion plus approfondie autour du cadre et de la posture analytique.

Thème 2 - Soutenir le travail psychique par un cadre structurant et une posture analytique ouverte

Les interventions psychodynamiques décrites dans le corpus (n = 31) interrogent les modalités d'agencement du cadre et à la position du clinicien dans la relation thérapeutique. Ces éléments ne constituent pas de simples préalables techniques, mais s'avèrent déterminants pour rendre possible un travail d'élaboration face aux conflits liés au genre, à l'identité ou aux représentations du corps. Dans un contexte où les adolescent·es peuvent être traversé·es par des vécus d'ambivalence ou de vécus de fragmentation, il s'agit de créer un espace analytique suffisamment souple et ouvert pour accueillir ce qui résiste à la mise en sens.

Les trois sous-thèmes suivants explorent les modalités concrètes par lesquelles le cadre et la posture clinique participent à soutenir le processus psychothérapeutique :

2. Encadrer l'accompagnement thérapeutique par un cadre sécurisant et une posture analytique ouverte

- 2.1 Mettre en place un cadre contenant, stable et sécurisant
- 2.2 Adopter une posture clinique non normative et ouverte aux trajectoires transidentitaires
- 2.3 Élaborer les demandes de transition physique dans une temporalité clinique non prescriptive

Sous thème 2.1 - *Mettre en place un cadre contenant, stable et sécurisant.* Dans les suivis d'adolescent·es en questionnement de genre, les mouvements transférentiels s'inscrivent fréquemment dans une histoire de ruptures, de retrait ou de défiance (voir les souffrances dans les parcours de soi, p. 61), conférant au cadre thérapeutique une valeur clinique particulière. Les auteur·es (n = 19) décrivent comment l'aménagement progressif d'un cadre à la fois stable et enveloppant, à la croisée des dynamiques psychiques et des contraintes institutionnelles, peut offrir un appui structurant et favoriser l'instauration d'un lien thérapeutique propice au travail psychique.

Susciter l'engagement en partant des intérêts de l'adolescent·e constitue l'un des leviers mobilisés pour établir une base sécurisante. Kurdziel, Flores et Macfie (2018) relatent des interventions menées auprès d'une adolescente :

Durant la première phase de la thérapie (environ 30 séances), le thérapeute a cherché à instaurer un climat chaleureux et sécurisant pour Léa en utilisant des techniques de thérapie de soutien. Léa se montrait visiblement anxieuse (transpiration, tremblements, bégaiements) lors des premières séances. Pour favoriser l'alliance thérapeutique et aider Léa à se sentir plus à l'aise, la thérapeute lui a posé de nombreuses questions sur ses centres d'intérêt. Ainsi, les premières séances ont principalement consisté en des échanges autour de sa musique et de son art préféré. Étant donné la période développementale de l'adolescence et la structure psychique globale de Léa, il était particulièrement important et bénéfique d'identifier les thèmes présents dans la musique et les œuvres qui entraient en résonance avec elle. Le fait de lui poser des questions sur elle-même a contribué à stabiliser le sentiment d'identité de Léa et à établir une relation de confiance avec la thérapeute. (Kurdziel, Flores et Macfie, 2018, p 319, [traduction libre])

Le choix de centrer les premiers échanges sur des objets d'investissement personnels permet ici de réduire l'anxiété initiale, tout en créant un lien thérapeutique accessible. Cette approche favorise l'émergence d'une parole singulière, soutenue par un environnement psychique assez fiable pour recevoir les questionnements identitaires.

Certains extraits permettent de saisir comment l'aménagement du cadre peut évoluer en fonction de la dynamique transférentielle et des mouvements contre-transférentiels à l'œuvre chez les clinicien·nes. Voici un exemple écrit par Blanc et Ledrait (2024) :

Au bout de quelques entretiens, le binôme de thérapeutes prend conscience d'avoir fonctionné dans une sorte d'hyper adaptation avec Dani, dans la peur qu'il ne revienne pas si un sentiment de mise en confiance suffisant n'était pas établi. Ainsi une base « suffisamment solide » permettant une continuité semble s'être établie, elles décident alors de se positionner de manière un peu plus affirmée du côté du travail et des « explorations » psychiques. Elles reviennent sur le projet d'opération, qu'il confirme avec un certain agacement. (Blanc et Ledrait, 2024, p 51)

L'extrait met en lumière la manière dont les thérapeutes adaptent leur position au fil des premiers entretiens, dans un mouvement « d'hyper-adaptation » initial motivé par la crainte d'une rupture du lien. Construire une alliance thérapeutique sur une base suffisamment sécurisante en amont du travail sur les contenus conflictuels apparaît comme une condition préalable à l'engagement dans un processus plus élaboratif. Le récit témoigne d'un déplacement progressif dans la posture des cliniciennes, qui, une fois cette base établie, s'autorisent à relancer le travail psychique en reprenant le fil du contenu évité. L'ajustement du cadre devient ainsi l'expression d'un discernement clinique soutenu, qui permet d'introduire une asymétrie contenante à même de relancer un processus de liaison psychique.

Le cadre de soin peut également s'appuyer sur l'institution pour offrir un tiers symbolique stabilisant, comme le montre Flanders (2023) :

Elle a refusé de venir dans mon cabinet, limitant ainsi la fréquence des séances à deux fois par semaine, au lieu de trois comme cela avait été recommandé et initialement convenu. Elle a choisi de me voir dans un cadre institutionnel, où je travaille deux jours par semaine, et où la fonction paternelle était plus concrète, où la “brick mother” (Rey, 1994) offrait un contenant plus solide et où l'expérience émotionnelle redoutée d'être laissée seule, piégée et isolée avec un objet maternel exigeant, c'est-à-dire la thérapeute, était atténuée. (Flanders, 2023, p 117-118, [traduction libre])

Le choix du lieu de la rencontre thérapeutique dans la construction d'un cadre sécurisant est illustré ici. En refusant le cabinet privé, la patiente exprime un besoin implicite d'un contenant plus structurant, que le cadre institutionnel rend possible. Celui-ci semble offrir une « fonction paternelle » plus tangible, en contrepoint à une relation duelle vécue comme potentiellement

intrusive et exigeante. Le lieu des séances, mais aussi leur rythme moins fréquent, apparaissent comme des modulateurs du cadre relationnel, permettant à la patiente de réguler l'intensité de la rencontre et de prévenir un vécu d'envahissement.

Tandis que l'extrait précédent souligne l'importance du cadre dans la régulation de l'alliance thérapeutique, l'exemple suivant propose un autre éclairage sur les ajustements possibles dans le processus clinique :

Il est particulièrement significatif que la patiente ait pu revenir en thérapie à son propre rythme, lorsqu'elle s'est sentie prête au changement. [...] Elle a décidé de revenir en thérapie après un premier intervalle, en partie en raison de ses inquiétudes concernant l'effet de son trouble alimentaire sur sa densité osseuse. [...] Néanmoins, cette décision traduisait aussi une reconnaissance que ses "solutions" n'étaient pas sans coût sur sa santé physique à long terme, et qu'elle devenait plus ouverte à l'idée qu'il existait peut-être une autre manière de penser ses difficultés. [...] Bien qu'elle ait refusé les séances à la fin de nos six premières rencontres, il semble clair que quelque chose s'est produit durant ces séances, laissant en elle un sentiment de doute sur sa manière de penser, ce qui lui a permis de revenir ultérieurement au travail avec moi. (Wright, 2018, p. 70, [traduction libre])

Le passage met en évidence ce que peut signifier, dans certaines situations, de maintenir un espace psychique disponible malgré les interruptions. Bien qu'elle ait initialement refusé de poursuivre la thérapie, la patiente a pu y revenir d'elle-même, lorsqu'elle s'est sentie prête. Ce retour témoigne de l'effet différé de certaines interventions psychothérapeutiques, susceptibles de réactiver, après coup, une demande de soin plus élaborée.

Sous thème 2.2 -Adopter une posture clinique non normative et ouverte aux trajectoires transidentitaires. Quatorze articles du corpus traitent de manière explicite des enjeux liés à la posture clinique dans l'accompagnement des vécus de genre. Contrairement au thème précédent, centré sur des interventions ancrées dans des cas cliniques détaillés, les textes rassemblés ici développent davantage des élaborations théorico-cliniques, parfois déployées sans illustration directe. Les auteur·es y interrogent les modalités d'ouverture d'un espace analytique suffisamment malléable pour accueillir les identifications de genre, sans s'appuyer sur des présupposés normatifs ni orienter la trajectoire du sujet.

Certaines contributions proposent une réflexion approfondie sur les ajustements requis de la part des psychanalystes face aux mutations contemporaines du champ subjectif. *Remettre en question la normativité analytique pour accueillir de nouvelles formes de subjectivation* s'inscrit dans cette optique. L'extrait suivant illustre cette posture :

En d'autres termes, le psychanalyste doit se méfier de sa tendance à la normativité psychique et lâcher son savoir pour mieux écouter son patient, pour qu'il trouve sa propre solution subjective. Afin de favoriser une constante émancipation tout en se tenant à distance des risques de s'enliser dans une tradition figée, les psychanalystes doivent en permanence remettre en perspective le corpus freudien et ses extensions par rapport aux configurations récentes d'éros et aux nouvelles formes prises par l'existence. (Laufer et Rabain, 2023, p. 308)

Selon Laufer et Rabain (2023), préserver un espace analytique implique de se dégager, autant que possible, des grilles de lecture prédéfinies. Plutôt que d'appliquer au·à la patient·e des cadres normatifs, il s'agit d'accueillir ses élaborations dans la complexité de leur construction. Une telle posture invite à mettre à distance les certitudes théoriques figées, afin de soutenir les adolescent·es dans la recherche de leurs propres voies subjectives, en résonance avec les formes contemporaines d'existence et les constellations actuelles d'Éros. L'analyse apparaît alors comme un lieu où peut s'esquisser un processus de différenciation et de réappropriation de soi.

Dans cette continuité, *créer un espace analytique ouvert à l'inconnu et au jeu psychique* se révèle, chez certain·es auteur·es, comme une modalité centrale pour recevoir les vécus de genre dans leur singularité. L'article de Gozlan (2022) rend perceptible cette orientation à partir d'un travail clinique mené auprès d'un adolescent :

À mes yeux, le travail analytique ne relève pas de l'affirmation. La position de l'analyste n'est pas celle d'un jugement moral, où les convictions du patient seraient crues ou non, mais celle d'une enquête. Sam cherche à exprimer une expérience profondément personnelle, précisément parce que l'analyse offre un espace où une telle exploration peut avoir lieu. En tant qu'espace de jeu, l'analyse constitue un espace intermédiaire, entre réalité et fantasme, ce qui signifie également qu'il s'agit d'un lieu où les exigences du monde ne devraient pas interférer dans ce processus imaginaire. À cet égard, je ne suis pas autorisé à me demander si le genre de mon patient est créé ou découvert. Ni l'analyste ni le patient ne savent ce que signifie le genre ni d'où il vient, et le travail d'exploration repose sur la disposition de l'analyste à accepter cette impossibilité de savoir. Le défi pour l'analyste consiste à pouvoir sortir de son angoisse morale, entrer

dans le monde du patient et avoir la liberté d'y jouer. (Gozlan, 2022, p. 477-478, [traduction libre])

Le passage de Gozlan témoigne d'une posture analytique fondée sur la suspension du jugement, l'écart pris vis-à-vis des savoirs institués et le refus des assignations identitaires. Autrement dit, en renonçant à départager la vérité psychique de la réalité empirique, l'analyste quitte une position d'expertise pour devenir un partenaire d'exploration engagé dans un processus partagé avec le patient. L'espace analytique s'envisage alors comme un lieu transitionnel, accueillant l'indétermination et soutenant le déploiement d'un travail subjectif affranchi des attentes normatives. Dans la clinique avec Sam, cette disponibilité se traduit par l'abstention de toute prise de position sur la nature ou l'origine du genre, au profit d'une écoute ouverte à ce qui se dit, sans visée classificatoire. Cette orientation, marquée par un non-savoir assumé, crée les conditions d'un espace psychique favorable à une élaboration libre des éprouvés.

L'extrait suivant prolonge les réflexions précédentes, en mettant plus spécifiquement l'accent sur les conditions d'accueil en institution spécialisée et sur le rapport aux cadres diagnostiques :

Dans cette consultation, soulignons que les patients sont reçus après en avoir formulé la demande. [...] il s'agit « de les entendre dans ce qu'ils nous disent d'eux-mêmes, pour ouvrir à une réflexion intégrée et non pas rabattre les faits cliniques sur des critères diagnostiques ou des préjugés dogmatiques. » (Rabain, 2023, p. 64)

Écouter la parole des adolescent-es sans l'enfermer dans des catégories diagnostiques souligne la nécessité de suspendre les lectures préétablies pour accueillir les expressions de genre dans leur complexité, sans les rabattre d'emblée sur des cadres pathologisants ou normatifs.

Finalement, ce dernier extrait se distingue par la concrétisation d'un accompagnement thérapeutique qui articule reconnaissance de l'identité de genre affirmée et un engagement actif lors des dévoilements familiaux. Voici une intervention qui cherche à *soutenir les choix d'affirmation et à accompagner les dévoilements identitaires* :

Juste avant d'avoir quatorze ans, Lawrence a révélé, à un niveau plus profond, qu'il ressentait depuis longtemps qu'il n'était pas un garçon homosexuel, mais qu'en réalité, il s'était toujours senti fille. Il a également exprimé sa frustration et son désespoir face au fait que son corps ne correspondait pas à son ressenti intérieur. [...] Au fil des semaines suivantes, Lawrence, s'identifiant désormais comme fille, a choisi de se

renommer Lori. J'ai moi aussi commencé à l'appeler Lori, en la désignant comme une jeune femme adolescente. Une fois encore, Lori a demandé mon aide pour se révéler comme fille à ses deux parents. Nous avons exploré et préparé ensemble ce type de séance, à nouveau. (Ruiz, 2018, p. 76 [traduction. Libre])

À travers cette vignette, l'ajustement du cadre se manifeste par l'adoption du prénom choisi et la préparation conjointe des séances parentales. Le dispositif analytique intègre ici des gestes symboliques forts sans renoncer à sa fonction contenant ni à son orientation co-élaborative. Cette posture clinique témoigne d'une souplesse éthique, attentive aux enjeux subjectifs contemporains, sans figer l'élaboration dans des positions normatives ou prescriptives.

Sous thème 2.3 - *Élaborer les demandes de transition physique dans une temporalité clinique non prescriptive.* Parmi les interventions recensées, plusieurs auteur·es (n = 15) s'intéressent aux modalités d'accueil des demandes de transition physique dans une temporalité non prescriptive, ajustée au rythme de chaque adolescent·e. Ces approches privilégient la construction d'un espace thérapeutique ouvert, laissant place à l'émergence progressive de la demande, sans assignation immédiate de sens ni réponse précipitée. Elles engagent un travail clinique attentif à ce qui se manifeste dans la demande, dans sa complexité et ses différents niveaux d'élaboration.

Ce travail s'inscrit souvent dans un contexte marqué par l'urgence, une détresse intense et des requêtes pressantes. Plusieurs auteur·es insistent alors sur la nécessité d'un positionnement clinique capable d'accueillir la demande tout en instaurant les conditions d'une élaboration psychique, à l'abri d'une validation immédiate.

Les citations qui suivent illustrent comment le processus psychothérapeutique s'instaurer dans de telles conditions. Le premier fragment clinique met en lumière une étape préliminaire essentielle selon Perret (2022) :

Les rencontres avec ces adolescentes, pour ce qu'elles nomment « demande de transition », s'initient le plus souvent avec elles sous le sceau de l'impératif à répondre, dans la réalité, à leur demande et à leur exigence d'accéder rapidement à un traitement hormonal, voire chirurgical. La difficulté réside à la fois dans leur détermination et leur conviction mais surtout dans leur souffrance intense s'exprimant à travers des effondrements massifs ou des revendications soutenues. Il faut parfois de longs mois passés à assurer une présence ne visant, dans un premier temps, qu'à accueillir et attester de cette souffrance, pour que progressivement une articulation signifiante voie le jour.

C'est dire l'importance de prendre le temps et de tenter d'engager, quand cela est possible, un travail psychique. (Perret, 2022, p. 85)

Ce fragment met en relief une posture analytique attentive à la reconnaissance du vécu, sans confrontation ni interprétation prématurée. La clinicienne accueille la détresse dans sa densité, qu'elle se manifeste par effondrement ou une revendication insistante. Cette contenance initiale ouvre un espace de suspension, permettant à la demande de s'inscrire dans une temporalité propice à la symbolisation. *Soutenir la verbalisation de la souffrance comme point d'entrée dans le travail psychothérapeutique* revient ici à poser les conditions d'une élaboration progressive.

Une deuxième modalité d'intervention consiste à *reconnaître la légitimité de la demande tout en ouvrant un espace de pensée sur ses implications*. L'extrait suivant en donne un exemple significatif:

Puis avant même que le thérapeute ait commencé de répondre, elle poursuit « parce que j'ai quand même l'impression que tant que je n'ai pas 18 ans, si je veux qu'on m'écoute et qu'on me propose des solutions, il faut que j'aie mal et que je fasse une tentative de suicide ! ». Le thérapeute lui répondra en substance que non, elle peut être écoutée, prise en considération ainsi que ses préoccupations sans qu'elle aie mal au point de se mettre en danger, et que ses préoccupations questions et revendications sont très sérieuses et manifestement essentielles pour elle ce qui précisément justifie que nous prenions le temps de penser et comprendre ce qu'elle veut pour elle, sur cette question du genre mais aussi dans la vie, pour que ses choix à venir soient des choix réfléchis en connaissance des causes et conséquences. Cette réponse sembla lui convenir et l'apaiser. (Périé et al., 2024, p. 40)

La citation met en évidence une intervention thérapeutique qui reconnaît la légitimité de la souffrance et de la demande formulée par l'adolescente, tout en désamorçant l'idée que seule une mise en danger de soi permettrait d'être entendue. Le clinicien accueille la gravité de ses propos sans la disqualifier, et introduit une temporalité permettant de penser la demande, non comme un refus, mais comme une invitation à en approfondir le sens. En instaurant ainsi un cadre de réflexion partagé, l'intervention contribue à déplacer le vécu d'impuissance initial vers une position psychique plus active.

Dans le dernier cas clinique, c'est le souhait d'accéder à une mammectomie qui est au cœur de la demande formulée par l'adolescent. L'intervention clinique témoigne d'un positionnement

clinique attentif à la souffrance sous-jacente et aux conflits psychiques associés, tout en soutenant une élaboration progressive de la décision :

La clinicienne émet l'idée que l'opération est peut-être en effet la solution qu'il lui faut : seulement il paraît important de prendre en compte ses autres troubles, et notamment la question des scarifications, que l'on ne peut ignorer, dans un projet qui concerne la mise en sens d'une transformation corporelle. Elle lui explique qu'il y a plusieurs « signes » ou « symptômes » qui doivent être pris en compte et travaillés suffisamment pour dénouer certains nœuds, lui permettre d'avoir une meilleure représentation de ce qui se joue en lui, afin qu'il soit au plus près de ce qu'il vit et prenne sa décision de manière suffisamment éclairée : elle insiste sur l'aspect essentiel et potentiellement bénéfique de ce travail, quelle que soit sa décision finale et rappelant que probablement, l'opération seule ne peut tout résoudre. Un travail en amont permettrait aussi de mieux optimiser les suites opératoires et de mieux « se sentir » dans sa nouvelle identité, sans sentiment de rupture puisqu'un travail aura été fait à l'avance, s'il décide de le faire. (Blanc et Ledrait, 2024, p. 51-52)

Cet extrait met en relief une posture clinique qui reconnaît pleinement la demande de transition, tout en proposant un travail d'élaboration psychique préalable à toute décision. La clinicienne soutient une mise en sens des transformations corporelles en lien avec d'autres aspects du fonctionnement psychique, tels que les conduites auto-agressives. L'objectif n'est pas de retarder la transition, mais d'éviter qu'elle ne soit envisagée comme une réponse unique à la souffrance. En inscrivant la décision dans un mouvement de subjectivation, le cadre analytique permet d'articuler la demande à une dynamique plus large, propice à une appropriation symbolique du changement corporel.

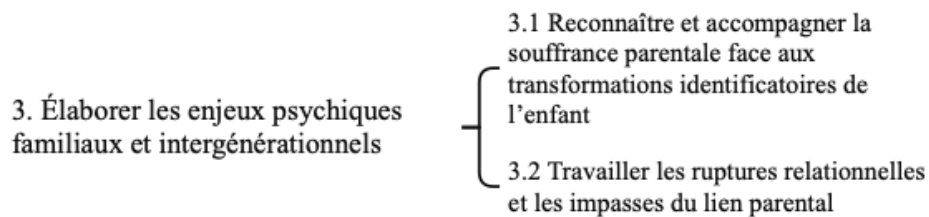
Or, ce processus de subjectivation ne s'élabore jamais hors du lien. Il engage également, de manière plus vaste, les configurations relationnelles et les inscriptions familiales.

Thème 3 - Élaborer les enjeux psychiques familiaux et intergénérationnels

Les processus psychiques à l'œuvre durant l'adolescence s'inscrivent dans un réseau de liens familiaux où circulent affects, représentations et attentes souvent inconscientes. Dans ce contexte, les mouvements identificatoires peuvent venir réactiver des conflits intrafamiliaux latents, raviver des transmissions non élaborées ou mettre en tension les positions subjectives de chacun.

Les clinicien·nes décrivent, dans 22 articles du corpus, des interventions visant à reconnaître ces résonances intergénérationnelles, à contenir les éprouvés parentaux et à soutenir un travail d'élaboration psychique parental permettant de préserver ou de réinvestir le lien avec l'adolescent·e.

Deux sous-thèmes viennent en explorer les trames cliniques :



Sous-thème 3.1 - *Reconnaître et accompagner la souffrance parentale face aux transformations identificatoires de l'enfant.* Lorsque les transformations identificatoires de l'adolescence touchent aux enjeux de genre, elles peuvent réactiver chez les parents des conflits psychiques latents, nourris de peurs, de pertes de repères ou des attentes idéalisées. Ces affects, souvent silencieux, n'en traversent pas moins la relation, influant sur la qualité du lien et la capacité des figures parentales à accompagner le devenir psychique de leur enfant. Ce sous-thème s'intéresse aux situations cliniques dans lesquelles ces vécus peuvent être reconnus, contenus et progressivement élaborés dans le cadre thérapeutique.

Le premier extrait, tiré de Condat et Cohen (2022), rend compte d'interventions cliniques mettant en jeu l'accompagnement des parents :

Il est important que ce soutien psycho-social inclue les parents, notamment pour les aider à surmonter leur sentiment initial d'incompréhension, de perte de repères, d'impuissance [...] pour pouvoir prendre une décision réfléchie, éclairée par une information de qualité, à l'abri de l'urgence et des pressions sociales, sur les options thérapeutiques qu'ils auront à choisir avec et/ou au nom de leur enfant [...] Une information la plus précise possible doit être apportée, et étayée par l'observation clinique et les données objectivées par la littérature internationale revue par les pairs. L'un des objectifs principaux d'un tel accompagnement porte sur la possibilité d'exposer les différents points de vue et les différentes manières de voir et de se voir, sans jugement, avec bienveillance, et en prenant la mesure de ses propres représentations, et interprétations. (Condat et Cohen, 2022, p. 415)

Contenir les mouvements affectifs parentaux initiaux et favoriser un espace de pensée propice à une élaboration progressive des choix thérapeutiques constitue l'un des axes majeurs décrits par Condat et Cohen (2022). Leur extrait souligne la nécessité d'un accompagnement attentif à la sidération et à la désorganisation émotionnelle des parents, souvent traversés par un sentiment d'impuissance. Le travail thérapeutique vise alors à soutenir l'émergence d'une pensée qui permette d'envisager les choix de soin sans précipitation, à partir d'une information rigoureuse et partagée. Cette transmission, étayée par l'observation clinique et la littérature spécialisée, contribue à contenir les défenses parentales et à amorcer un remaniement de leurs positions psychiques. Elle ouvre également un espace d'élaboration des enjeux latents associés aux choix thérapeutiques, à condition que le clinicien soutienne la fonction contenante du cadre sans céder aux clivages idéologiques ni aux injonctions à trancher.

La citation suivante provient d'un groupe thérapeutique destiné aux parents. Il illustre comment l'espace groupal peut *soutenir l'élaboration du deuil de l'enfant imaginé et l'accueil progressif de l'enfant réel* :

Un thème récurrent est celui du deuil de l'enfant imaginaire: « D'abord, elle s'est coupé les cheveux. Ensuite, elle a changé de prénom et nous a demandé de l'appeler 'il'. Puis il a commencé à prendre de la testostérone. L'étape suivante sera une mammectomie et c'est très difficile pour moi... Je pensais avoir fait le deuil de ma fille. Mais maintenant, comme il envisage cette mammectomie sans même penser à préserver ses ovocytes, je suis perdue... Je ne serai jamais grand-mère ! », a déclaré la mère de Michaël avant d'éclater en sanglots. « Peut-être », a répondu le père de Jo, « Mais au moins, vous ne perdrez pas votre fils. Mon fils, qui est maintenant ma fille, en était à sa quatrième tentative de suicide. Maintenant que nous l'appelons tous 'elle', elle se sent à nouveau vivante ! » Dans les deux situations, le fait d'accompagner la transition de leur enfant a réduit le risque de troubles anxieux-dépressifs. Les tentatives de suicide et la survie de leurs enfants ravivent le deuil parental de l'enfant imaginaire. (Rabain, 2021, p. 465, [traduction libre])

La manière dont certains bouleversements liés à la transition physique ravivent ici des représentations idéalisées de la filiation, en réactivant un processus de deuil encore inachevé. La mère de Michaël témoigne de la difficulté à consentir à la transformation corporelle de son enfant, qui vient heurter des attentes inconscientes liées à la transmission. La réponse du père de Jo introduit une bascule, en opposant à la perte fantasmée la possibilité d'un sujet réinvesti, désormais inscrit dans une dynamique de vie. À travers cette confrontation entre le danger de mort et l'accueil

de l'enfant tel qu'il advient, se dessine un mouvement d'élaboration qui engage les parents à renoncer à certaines identifications projetées et à réajuster la relation sur un mode plus vivant. Le maintien du lien avec l'enfant réel, dans sa consistance psychique propre, devient alors l'enjeu d'un remaniement progressif et partagé.

Le troisième extrait met en relief la manière dont le clinicien peut *accueillir la déception parentale est l'inscrire dans un travail de remaniement psychique*. L'intervention de Long (2024) montre comment une parole analytique, à la fois confrontante et soutenante, peut ouvrir un espace de pensée chez des parents traversés par l'ambivalence, entre amour inconditionnel et rejet partiel de l'identité revendiquée :

Lors d'une séance où nous étions tous les trois, j'ai interrogé les parents sur ce que signifiait pour eux le fait d'avoir un enfant non binaire. Je me demandais en quoi leurs principes d'organisation interne [c'est-à-dire leurs repères intérieurs, la manière dont ils structurent leurs croyances et leurs valeurs] pourraient évoluer s'ils acceptaient cette réalité. Le père d'Astor répondit qu'il aimait son enfant et voulait qu'« il » soit heureux, mais qu'il lui serait plus facile de l'accepter si « il » était « simplement » gay. Lorsque le mot « gay » fut prononcé, la mère d'Astor eut un mouvement de recul visible et me dit que « rien de tout cela n'était acceptable ». J'ai alors proposé que « c'était précisément un domaine sur lequel les parents avaient très peu de contrôle », tentant de reconnaître ce qu'ils percevaient comme une immense déception. Poursuivant un peu plus loin, j'ai ajouté : « Y a-t-il une place, dans votre religion, pour aimer votre enfant tel qu'il est, un enfant créé à l'image de Dieu ? » Ils restèrent silencieux un moment. (Long, 2024, p. 224, [traduction libre])

L'intervention clinique décrit un double mouvement. Elle s'appuie d'abord sur l'ambivalence parentale, en reconnaissant la complexité des affects suscités par la position identitaire de l'enfant. Elle invite ensuite les parents à interroger les représentations sous-jacentes à leur résistance, en les reliant à un système symbolique plus large, religieux. Dans la relation psychothérapeutique, l'analyste introduit une tiercéité susceptible d'assouplir les défenses et d'ouvrir un espace de remaniement. Le silence qui suit l'interprétation ne signale pas un accord explicite, mais marque une suspension à partir de laquelle un déplacement psychique devient possible. L'accueil de l'enfant se construit effectivement dans un mouvement intérieur, soutenu par le lien thérapeutique et la contenance du cadre, plutôt que par une injonction extérieure.

Sous-thème 3.2 - Travailler les ruptures relationnelles et les impasses du lien parental. Certaines situations cliniques confrontent les thérapeutes à des réactions parentales marquées par le rejet, le désengagement ou des ruptures du lien provoquées par les identifications de genre de l'adolescent·e. Qu'elles soient explicites ou plus insidieuses, ces coupures affectives compromettent la possibilité pour le ou la jeune de se vivre comme sujet reconnu.

Ce sous-thème aborde des interventions centrées sur les figures parentales dans des contextes de rupture ou de désorganisation du lien. Il s'agit d'intervenir lorsque l'adresse psychique à l'adolescent·e est menacée, afin de restaurer, dans une temporalité clinique ajustée, les conditions d'un lien à nouveau pensable et transformable.

Le premier extrait met en scène une tentative de l'analyste pour ouvrir un espace de réflexion auprès de parents opposés à l'identité non binaire de leur enfant. Plus spécifiquement, *soutenir une parole adressée permettant de penser les effets subjectifs du rejet parental* constitue une voie pour initier ce travail, comme l'illustre l'extrait suivant :

Mes tentatives pour partager des informations cliniques sur les adolescent·es non binaire, ou même pour faire un peu de psychoéducation sur les enjeux développementaux de l'adolescence, étaient souvent ignorées ou ouvertement rejetées. Une séance en particulier me revient : je leur ai dit que je craignais que si leur rejet de la non-binarité d'Astor persistait, ils risquaient de le perdre complètement (Eriksen, 2017), car Astor pourrait finir par préférer se tourner vers une famille choisie plutôt que vers sa famille d'origine. J'étais préoccupée par le fait que, s'ils n'étaient pas en mesure de répondre aux besoins narcissiques de leur enfant en reconnaissant ses marqueurs identitaires et en soutenant la cohésion de son self, Astor aurait plus de difficulté à prendre soin de lui-même, non seulement maintenant, mais aussi dans l'avenir (Banai et al., 2005). Je leur ai dit que l'identité de genre de leur enfant était si fondamentale pour lui que, s'ils ne trouvaient pas un moyen de l'accepter, je pensais qu'Astor prendrait des décisions radicales lorsqu'il aurait 18 ans. (Long, 2024, p. 223, [traduction libre])

L'intervention clinique vise ici à nommer les enjeux psychiques à l'œuvre dans un contexte de rejet manifeste. En reliant la posture parentale aux répercussions possibles sur l'organisation narcissique de l'adolescent, l'analyste introduit une représentation alternative, en convoquant la notion de « famille choisie ». Cette inscription dans une temporalité élargie permet d'anticiper les effets d'une distanciation affective prolongée, tout en créant un effet de rupture dans la logique défensive des parents. Ce déplacement ouvre un espace psychique où un remaniement du lien devient pensable.

D'autres situations cliniques mettent en jeu des mouvements parentaux marqués par des revirements rapides, dans un climat d'incompréhension et de tension familiale :

Avec ses parents, un lien de confiance s'est construit au fil de nombreux entretiens à mon sens nécessaires face à leurs inquiétudes et incompréhensions, compte tenu également de moments de grandes tensions et disputes avec Jeanne. Au départ très inquiets des revendications de Jeanne et farouchement opposés à toute forme de médicalisation à venir (Jeanne avait 15 ans), ils ont aujourd'hui une attitude très soutenante et même proactive à l'excès allant jusqu'à devancer les désirs et demandes de Jeanne. Désormais, faire évoluer l'alliance de travail avec eux consiste à modérer leur activisme et les inscrire également dans l'acceptation de « prendre le temps », de supporter une temporalité guidée par le chemin que parcourt Jeanne. Celle-ci est très en colère contre ses parents. Elle leur reproche le passage d'un excès à l'autre, « d'abord ils ne voulaient rien entendre, ils ne comprenaient rien, refusaient tout et me prenaient pour un fou¹ et aujourd'hui ils ne comprennent toujours rien mais sont d'accord pour tout... [...] ils s'imaginent qu'être contre ou qu'être pour c'est être de bons parents [...] mais la vérité c'est qu'ils ne sont jamais là ! » (Périé et al. 2024, p.40-41)

Travailler les positions parentales polarisées et soutenir leur capacité de présence psychique constitue un enjeu central dans l'accompagnement des adolescent·es en questionnement de genre. Certaines configurations familiales se caractérisent par des revirements rapides, passant du rejet à l'adhésion sans réserve, sans que ces mouvements ne s'inscrivent dans un véritable travail d'élaboration. De telles fluctuations fragilisent le lien, en entretenant un sentiment d'instabilité affective et de non-reconnaissance chez l'adolescent·e.

Thème 4 - Travailler les vulnérabilités psychiques et les conflits liés aux troubles co-occurents

Lorsqu'aucun appui relationnel ne suffit à soutenir l'économie psychique de l'adolescent·e, la souffrance peut surgir sous des formes brutes, indicibles ou fragmentées. Ces états, souvent marqués par la dépression, la dissociation ou des conduites auto-agressives, sollicitent des interventions à la fois prudentes et adaptées, capables de s'ajuster à la désorganisation psychique. À distance des formes familiales abordées précédemment, ces situations imposent un travail de fond, centré sur la restauration minimale des capacités de symbolisation et d'auto-conservation.

¹ Jeanne conserve un prénom féminin mais se genre au masculin.

Les situations cliniques rapportées dans les articles (n = 21) relèvent ici de formes de détresse aiguë, souvent singulières et difficilement comparables. Ce thème se décline néanmoins en deux sous-thèmes, organisés à partir des modalités spécifiques d'intervention face aux vulnérabilités psychiques rencontrées :

4. Travailler les vulnérabilités psychiques et les conflits liés aux troubles co-occurents

- 4.1 Soutenir la symbolisation des affects dépressifs, somatiques ou dissociatifs
- 4.2 Élaborer les traces traumatiques, le rejet et la stigmatisation

Sous-thème 4.1 - *Soutenir la symbolisation des affects dépressifs, somatiques ou dissociatifs.*

Dans certains contextes cliniques, la souffrance psychique déborde les cadres habituels du récit et de la représentation. Elle se manifeste dans un registre brut, parfois inséparable de symptômes corporels, de silences prolongés ou de ruptures du sentiment d'unité. Le langage semble alors suspendu, comme incapable de contenir l'intensité des éprouvés. C'est dans ces zones d'indistinction subjective que le travail analytique tente parfois de s'initier, non à partir d'une parole structurée, mais depuis une tentative minimale de mise en forme.

C'est ce que donne à percevoir la séquence suivante, où un geste thérapeutique apparemment secondaire vient esquisser un premier déplacement psychique, en bordure du discours :

C'est un registre mélancoliforme qui marquera le premier temps du travail avec Lou, sa demande de transition étant traversée en permanence par une souffrance indicible, se manifestant par une douleur morale perceptible à travers des larmes intarissables. Aucun mot ne peut surgir de cette douleur muette pendant plusieurs mois. Seuls ses pleurs la traduisent, comme si elle ne pouvait la rapporter à aucun objet identifiable. Sa demande de transition s'impose alors comme un fait brut relevant de l'évidence même. Elle exige un traitement hormonal, ce que je tente de décaler dans un premier temps, notamment par la proposition d'un traitement antidépresseur, manière de rendre la douleur morale nommable et possiblement représentable. Ce n'est ainsi qu'après de longs mois, où je ne puis me faire que le dépositaire tacite de cette douleur ineffable, que pourra se déployer progressivement l'articulation d'un discours révélant les éléments signifiants de son histoire. Elle évoquera, en effet, d'abord la maladie puis la mort de son père, disparu quand elle avait 10 ans, après de longues années de maladie. (Perret, 2025, p. 114)

Dans un contexte marqué par une douleur indicible, la demande de transition se présente comme un fait brut, sans élaboration possible. L'intervention ne vise pas à y répondre immédiatement, mais à en décaler le mouvement en introduisant un appui symbolique minimale. Le recours au

traitement antidépresseur devient un moyen de soutenir la subjectivation, en permettant que quelque chose de la douleur puisse, à terme, se mettre en récit. Déplier une souffrance somatique ou mélancoliforme à partir d'un appui symbolique minimale constitue alors un premier pas dans la construction d'un espace psychique habitable.

Dans ce second extrait, l'engagement progressif du travail thérapeutique permet de faire émerger une lecture possible des manifestations corporelles. Ce qui se donne d'abord comme une plainte somatique diffuse s'éclaire peu à peu à la lumière d'un conflit affectif plus enfoui :

Au fil de la thérapie, nous avons progressivement exploré ensemble une formulation possible selon laquelle la présentation clinique d'Alex (dysphorie de genre, humeur dépressive, niveau de stress élevé) pourrait constituer une manifestation corporelle d'une colère immense, un désir intense et une rage qui ne pouvaient être dirigés vers sa mère, émotionnellement fragile, et qui devaient dès lors être défendus par une conversion en symptômes somatiques ; d'abord des troubles alimentaires, puis des automutilations et maintenant un profond malaise vis-à-vis de son corps féminin. Alex a également décrit comme persistants ses problèmes de « dépression, d'anxiété et de troubles du sommeil ». Il partageait des sentiments de vide et l'image d'un corps sans âme errant sur terre. Le vide dépressif, l'angoisse blanche, les trous psychiques, les trous noirs ont tous été décrits chez des patient·e·s ayant eu une mère dépressive. (Green, 1993, cité dans Kohon, 2005 ; Eshel, 1998) (Tsoukala, 2018, p. 93-94, [traduction libre])

La plainte somatique, d'abord multiforme, prend ici sens comme une expression défensive d'un conflit affectif difficilement représentable. *Nommer les conflits affectifs derrière les plaintes corporelles pour en relancer l'élaboration psychique* permet d'inscrire la souffrance dans un réseau de représentations, concernant une relation maternelle marquée par le retrait ou la dépression. L'intervention clinique vise alors à faire émerger cette dynamique refoulée ou dissociée, en lui donnant une place dans le champ du pensable, sans imposer de lecture univoque de la dysphorie.

Parfois, la restauration d'un lien avec soi passe par la reconnaissance d'une pensée morcelée ou projetée. Dans cet extrait, l'intervention du clinicien soutient une réappropriation progressive de pensées et de qualités psychiques, jusque-là vécues comme étrangères :

C'est dans ces moments-là que les « présences » sont apparues. C'est au cours de l'un de ces épisodes que Lucy s'est manifestée pour la première fois, réconfortant Alex et lui disant que tout irait bien. Parfois, malgré sa fatigue, Lucy « aidait » Alex à faire son travail ou, mieux encore, à s'endormir pour se réveiller tôt le lendemain et le terminer.

[...] Lors de nos séances, j'ai commencé à contraster systématiquement les affirmations d'Alex sur ses insuffisances et ses défauts avec les perceptions et les sentiments qu'il identifiait comme provenant des « présences ». Je lui ai alors dit de manière directe : Mais, comme tu l'as dit à de très nombreuses reprises, ce sont tes pensées. Et à ce titre, ce sont aussi tes capacités, tes ressources. Elles viennent de toi et t'appartiennent. Même si tu n'as pas toujours cette impression, tu as trouvé une manière de t'apaiser, de t'élever au-dessus du tumulte que tu ressens, et de faire ce que tu dois faire. Je sais combien il t'est difficile de reconnaître tes réussites, mais, Alex, tu as vraiment accompli quelque chose ici que tu ne croyais pas possible. Tu as montré que tu avais le pouvoir de gérer tes émotions et de prendre soin de toi. Permits-toi de te reconnaître un peu de mérite. [...] Pour la première fois, Alex a eu le sentiment de diriger le cours de sa vie et de posséder des qualités et des compétences positives qu'il pouvait reconnaître comme les siennes, sans éprouver de honte. (Naso, 2018, p. 220-221, [traduction libre])

Plutôt que d'interpréter ces figures comme des hallucinations ou des défenses, le clinicien les investit comme des ressources psychiques susceptibles de soutenir la restauration du narcissisme. Réattribuer au sujet ses capacités psychiques projetées pour soutenir l'estime de soi engage un mouvement de réappropriation, permettant aux qualités jusque-là clivées de retrouver une place dans le champ du Moi. Ce travail s'inscrit dans une temporalité prudente, à distance de toute interprétation prématurée de la transidentité et vise à rendre possible une reconstruction progressive du sentiment de valeur personnelle.

Ces fragments cliniques témoignent de la complexité du travail thérapeutique lorsque la souffrance se manifeste hors langage, à travers le corps ou des formations psychiques dissociées. Ils donnent à voir comment une adresse ajustée peut soutenir, dans le temps, la mise en forme de ce qui, jusqu'alors, demeurait sans représentation.

Sous-thème 4.2 - Élaborer les traces traumatiques, le rejet et la stigmatisation. Certains adolescent·es évoquent des expériences de rejet, de stigmatisation ou d'exclusion qui laissent des empreintes durables sur le plan psychique. Ces vécus s'expriment parfois par la haine de soi, des conflits relationnels ou une identification aux figures dévalorisées. Le travail clinique consiste alors à recevoir ces traces dans leur complexité afin de les inscrire dans une dynamique symbolisante.

Dans une première situation, une association singulière portée par l'imaginaire de l'adolescente, permet d'approcher des enjeux de reconnaissance, de filiation et d'appartenance symbolique :

Alors que nous explorons le lien de Lila avec ces créatures liminales, je commence à comprendre à quel point elles sont importantes pour elle. « Tu tiens vraiment à ces cryptides. Tu es en train de créer tout un monde en ligne pour eux ». Elle hausse timidement les épaules en réponse, puis ajoute : « Être un cryptide, c'est probablement comme être une fille trans. Certaines personnes me voient et savent que je suis réelle, mais d'autres s'énervent ou pensent que je fais semblant. Parfois, c'est comme si je n'avais même pas le droit d'exister ». Bien que je ne pense pas que Lila en soit déjà consciente, il existe une lignée complexe de personnes trans qui ont résisté et réinvesti les récits transphobes de monstruosité (Koch-Rein, 2014 ; Preciado, 2021 ; Stryker, 1994). « Tu crois que la race pourrait être mêlée à tout ça ? » lui ai-je demandé lors d'une séance ultérieure « Je sais que nous parlons du fait d'être une fille trans, mais quand on parle de la façon dont les gens te perçoivent et de la manière dont tu te vois, je me demande si on ne parle pas aussi de ton origine ethnique ? » « Je n'y avait jamais vraiment pensé » répond Lila. « Mais ces derniers temps, quand je me regarde à l'écran, mes traits me semblent un peu différents. C'est comme si je voyais la partie de moi qui est autochtone. J'ai même changé ma façon de me maquiller les yeux - regarde [elle montre son maquillage], parce que j'ai commencé à chercher à quoi ressemblaient les femmes et les personnes bispirituelles dans la tribu de ma famille. » Lila sourit. « Je pense que je ressemble à ma grand-mère. » (Del Mar Miller, 2024, p 170)

Mobiliser l'imaginaire pour soutenir une appropriation identitaire face à la stigmatisation permet à l'adolescente de s'adosser à des figures marginales pour penser son altérité et amorcer une relecture de ses appartenances, y compris ethniques et familiales. L'intervention clinique accompagne ce mouvement d'appropriation, en reconnaissant la valeur de ces représentations et en leur offrant un espace de pensée.

Un autre extrait donne à voir les effets du rejet social lorsqu'il s'inscrit plus directement dans le rapport au corps et à la valeur de soi :

L'aspect le plus choquant de son quotidien était les violences qu'elle subissait et qui lui causaient une grande souffrance. En thérapie, Helen a pu partager ces expériences difficiles ainsi que son sentiment d'infériorité et de dégoût pour son corps. Helen apportait son angoisse liée à son corps avec l'espoir que je puisse, de manière métaphorique, le réparer et lui redonner le sentiment d'avoir un corps suffisamment bon. De la même manière, elle amenait les rejets sociaux cruels et les agressions subies de la part d'autres jeunes et mon rôle était de rétablir son sentiment d'être une personne avec qui les autres pourraient avoir envie de passer du temps, et une personne qui a de la valeur. (Cohen, 2024, p 161, [traduction libre])

Accompagner la symbolisation de la honte corporelle et la réparation narcissique semble être une intervention efficace face à l'impact durables des violences intériorisées. Le travail engagé s'inscrit

dans un effort de symbolisation de l'intrusion et de rétablissement d'un sentiment d'être reconnue comme sujet, en réponse à l'agir social ayant assigné une place dégradée.

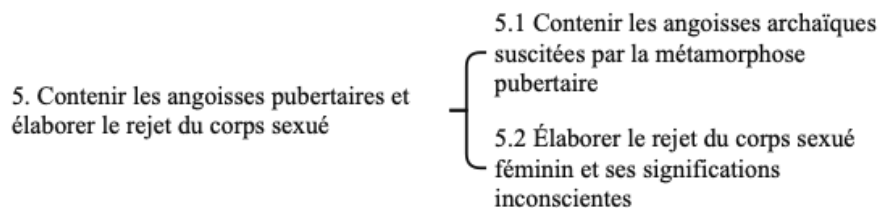
Si les extraits précédents interrogeaient les effets subjectifs du rejet et de la stigmatisation, d'autres formes de souffrance émergent dans l'expérience clinique, notamment en lien avec les bouleversements corporels de la puberté, que le thème suivant explore.

Thème 5 - Contenir les angoisses pubertaires et élaborer le rejet du corps sexué

Ce thème réunit des interventions cliniques issues du corpus analysé (n = 9), centrées sur l'accompagnement d'adolescent·es aux prises avec les profondes transformations corporelles et psychiques de la puberté. Ces bouleversements, souvent déstabilisants, sollicitent l'économie psychique à des niveaux divers, mobilisant des éprouvés corporels, des défenses massives ou des mouvements identificatoires complexes.

Plutôt que d'organiser ce thème en axes cliniques distincts, la lecture suit le fil des situations cliniques, dans lesquelles les interventions s'articulent étroitement aux processus transférentiels et aux significations inconscientes en jeu. La densité des matériaux cliniques et la singularité des configurations rencontrées appellent une approche plus fluide, attentive à la complexité des processus à l'œuvre.

Cette dynamique est explorée à travers deux sous-thèmes, présentés dans le schéma suivant :



Sous-thème 5.1 - Contenir les angoisses archaïques suscitées par la métamorphose pubertaire.

Certains récits cliniques permettent d'approcher la façon dont les transformations pubertaires peuvent raviver des zones archaïques de l'appareil psychique, en actualisant des figures parentales ou des fantasmes précoces dans le transfert. Ces mobilisations régressives ne sont pas toujours

accessibles à la parole, mais peuvent se déposer dans le travail onirique, qui devient le vecteur d'un début de mise en forme psychique.

Le cas suivant donne à voir la manière dont ces angoisses s'expriment dans le cadre analytique, à travers une séquence associative particulièrement chargée :

Le contexte associatif de ce rêve puissamment surdéterminé illustre le télescopage entre les fantasmes infantiles et les pulsions pubertaires. La mère pénétrante au couteau qui se profile derrière le père, réceptacle de l'agressivité de James tout au long d'innombrables séances, renvoie à une mère archaïque, revivifiée à l'adolescence à l'occasion des transformations corporelles et remaniements identitaires. Les regards insistants, les caresses étouffantes, les baisers gluants baignés de salive et "les tripes à l'air" semblent condenser plusieurs éléments parmi lesquels les sensations issues d'une relation à l'objet primaire effractante ; une angoisse primitive d'éviscération ; un traumatisme face à l'arrivée des premières menstruations ; la dimension trop invasive et destructrice du rapport sexuel génital. Il n'est sans doute pas fortuit que James se soit toujours défini comme un enfant-adulte, manifestement désireux de gommer l'étape intermédiaire de l'adolescence et ses irruptions désubjectivantes. [...] Si nous avons indiqué à James que l'inconnu-au-couteau transformé en son père pouvait faire écran à sa mère, nous n'avons pas interprété dans le hic et nunc de la séance la dimension transférentielle de cette production onirique. (Evzonas et Rabain, 2021, p. 94)

Ce rêve donne accès à un matériau psychique brut, marqué par la sidération et la difficulté de mise en forme symbolique. Fantasmes d'intrusion, de dévoration et de morcellement s'y entremêlent dans un vécu corporel difficilement représentable. L'évitement de l'adolescence semble ici s'articuler à une tentative défensive pour contenir l'angoisse liée aux bouleversements identitaires et sexuels. L'intervention des cliniciens, volontairement mesurée, consiste à proposer une lecture partielle du rêve sans en forcer la dimension transférentielle. Cette retenue interprétative participe à un positionnement clinique qui privilégie la fonction de contenance du cadre analytique. En différant l'interprétation, les thérapeutes rendent possible l'inscription d'un éprouvé sans déborder les défenses psychiques en place.

Sous-thème 5.2 - *Élaborer le rejet du corps sexué féminin et ses significations inconscientes.*

Dans certaines situations, les transformations corporelles s'accompagnent d'un rejet explicite du corps sexué, souvent investi de manière défensive face aux conflits inconscients liés à la féminité, à la sexualité ou aux relations parentales. Ce sous-thème examine la manière dont les adolescent·es

en questionnement de genre expriment ce rejet, et comment le travail psychothérapeutique tente d'en approcher les significations latentes, à partir des enjeux identificatoires, sexuels et relationnels.

Un récit clinique met en lumière l'impact du surgissement de la féminité adulte sur l'appareil psychique adolescent, à travers la formulation d'un souhait d'hystérectomie :

Au bout de trois mois de rencontres, elle annonça que sa mère lui avait dit de me parler de son souhait de subir une hystérectomie. Je lui dis qu'elle voulait retirer ce qui appartenait spécifiquement à son corps sexué adulte, la capacité d'avoir un enfant. Elle réagit presque physiquement à mes propos, reculant visiblement, devenant pâle d'horreur. « Honnêtement », dit-elle finalement, « quelque chose dans cette conversation » la dérangeait profondément, elle se sentait presque mal. Il s'agissait, admit-elle, des mots « corps sexué », et elle confirma ensuite que c'était bien son corps adulte : elle ne pourrait plus avoir d'enfants si elle subissait l'hystérectomie. Elle ne voulait pas d'enfant. Et cette conviction, précisa-t-elle, était récente. (Flanders, 2023, p. 114-115, [traduction libre])

Ce fragment clinique illustre la façon dont l'apparition de la féminité corporelle peut être investie de manière persécutante, au point de susciter un rejet somatique du corps sexué. L'évocation des mots « corps sexué » déclenche une réaction quasi corporelle de retrait, traduisant l'intensité de l'affect associé à cette représentation. L'intervention du thérapeute, en nommant la perte potentielle liée à l'hystérectomie, ouvre un espace de confrontation symbolique avec ce qui jusque-là demeurait indicible ou hors du champ de la symbolisation. Le refus récent d'avoir des enfants semble moins relever d'un choix subjectif que d'une tentative défensive face à l'irruption de la capacité procréative, vécue comme étrangère ou insupportable. Ce travail d'élaboration met en tension les représentations de la maternité, la reconnaissance du corps adulte et les mouvements identificatoires propres à l'adolescence.

Un second extrait poursuit cette exploration des conflits inconscients liés au corps sexué, cette fois à partir d'un matériel transférentiel inattendu, mobilisant à la fois le regard, la filiation et la sexualité :

Dans une séance ultérieure, sans y être invité, Jon a apporté une autre photographie de Joan, qui révélait son malaise dans son corps féminin de naissance, alors qu'il se tenait partiellement dissimulé derrière la silhouette imposante de son père. [...] Le fait que je regarde ces photographies a puissamment mis en lumière combien mon regard pouvait être ressenti comme hostile et critique, ce qui a mené à des souvenirs de la puberté, lorsque Jon préférait rester à l'intérieur et se cacher du regard des autres. Il a parlé du fait que ce qu'il

avait le plus détesté chez lui, ce sont ses seins. En approfondissant, le « sein » qu'il avait à la fois le plus désiré et haï était le sein des filles pour lesquelles il avait ressenti de l'attirance, mais une attirance qu'il ne s'était pas senti autorisé à éprouver en tant que Joan. Le désir homosexuel devait être littéralement coupé dans son esprit, une coupure qui semblait s'actualiser à travers la mastectomie anticipée. Nous en sommes venus à comprendre que, par sa présentation plus androgyne et par le fantasme conscient de la mastectomie à venir, Jon parvenait à faire taire le vacarme inconscient de l'angoisse liée à sa sexualité et au conflit que cela engendrait dans son esprit. Les « seins » avaient été inconsciemment vécus comme des signaux bruyants de son homosexualité naissante, que Jon percevait comme annonçant la fin d'une proximité fragile avec son père, proximité qu'il n'était pas encore parvenu à élaborer psychiquement. (Lemma, 2023, p. 824, [traduction libre])

À travers cette image apportée spontanément, s'actualise une dynamique transférentielle où le regard du clinicien devient un support projectif chargé d'hostilité redoutée. La photographie, support muet mais chargé, condense un vécu de honte, de désaffiliation corporelle et de conflit identificatoire. Ce qui s'y joue déborde la question du genre pour toucher aux noyaux conflictuels de la sexualité, du désir homosexuel et du lien au père. Le fantasme de mastectomie fonctionne comme une tentative de mise à distance de cette ambivalence, tout en maintenant un fragile équilibre identificatoire. La posture analytique, à la fois en retrait et réceptive, permet au patient d'esquisser une mise en récit des conflits psychiques jusque-là clivés, en s'appuyant sur les formations transférentielles les plus tangibles.

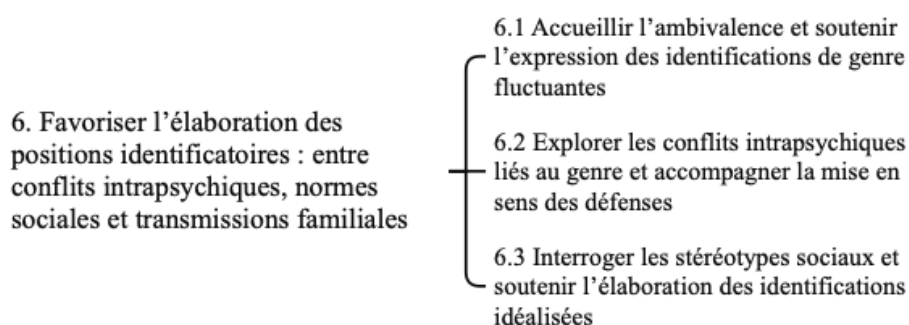
Ces deux situations cliniques illustrent combien les transformations pubertaires peuvent raviver des angoisses archaïques, mobiliser des défenses massives et engager un travail thérapeutique délicat autour du corps sexué. Au-delà de ces remaniements corporels, une autre dimension centrale du travail psychique à l'adolescence concerne l'élaboration des positions identificatoires.

Thème 6 - Favoriser l'élaboration des positions identificatoires : entre conflits intrapsychiques, normes sociales et transmissions familiales

Les parcours des adolescent·es en questionnement de genre s'inscrivent dans des configurations identificatoires souvent mouvantes, marquées par des tensions internes, des attentes normatives et des transmissions familiales implicites. Plusieurs auteur·es du corpus soulignent l'importance d'un accompagnement attentif à la pluralité des registres psychiques sollicités, afin de préserver un espace de pensée non réducteur, apte à accueillir les incertitudes propres à cette période.

Ce thème, présent dans 21 articles, explore la manière dont les clinicien·nes soutiennent l'expression de positionnements de genre en transformation, sans figer les identifications ni précipiter leur élaboration.

Trois sous-thèmes en précisent les modalités :



Sous thème 6.1 - *Accueillir l'ambivalence et soutenir l'expression des identifications de genre fluctuantes.* Certain·es adolescent·es en questionnement de genre expriment des identifications ambivalentes, incertaines ou évolutives, parfois difficiles à formuler dans un langage partagé. Même lorsque des démarches de transition sont engagées, ces positionnements peuvent être sujettes à des fluctuations ou à des hésitations.

Les auteur·es décrivent des interventions favorisant un espace analytique propice à l'émergence progressive de ces mouvements, dans une temporalité respectueuse de leur complexité.

Le premier extrait montre comment la clinicienne Tsoukala (2018) engage une relance associative par une question apparemment simple sur le motif de consultation d'Alex :

Qu'est-ce que tu veux dire par 'identité trans' je décide de lui demander, en précisant d'un ton léger que la question peut sembler naïve, mais que je suis curieuse d'entendre sa version de l'histoire. Alex rit et l'atmosphère dans la pièce devient plus détendue. « Parce que je me sens comme un garçon, je veux dire que je ne me sens pas comme une fille, mais pas complètement comme un garçon non plus. Peut-être 90 % garçon et 10 % confus », explique-t-il. Je lui dis : « Tu es en train de me faire savoir qu'il y a une petite part de toi qui ne sait pas ? » « Hmm », répond-il pensivement. (Tsoukala, 2018, p. 93, [traduction libre])

Formuler une question ouverte et non normative pour favoriser l'expression de la complexité identificatoire permet ici de soutenir un mouvement associatif respectueux de l'incertitude. En assumant d'emblée une position de non-savoir, formulée sur un mode léger et non intrusif, la clinicienne désamorce toute tentative de clarification hâtive. Cette posture ouvre un espace où Alex peut s'autoriser à dire sans devoir savoir, rendant possible une articulation psychique entre ce qui est éprouvé, ce qui est su, et ce qui demeure encore confus ou en devenir.

Dans le cas d'Helen, c'est moins la relance que la constance transférentielle qui permet de favoriser une élaboration psychique :

Lors des séances, le corps physique d'Helen, vers lequel les autres jeunes ramenaient sans cesse l'attention, de manière très crue, coexistait avec son corps désiré et sa personnalité métaphorique. Il me semblait que mon rôle, en tant que psychothérapeute, était d'aider Helen à restaurer son fragile sentiment d'être une personne et de lui offrir ma perception continue d'elle comme étant un garçon [...] Il semblait que la relation thérapeutique offrait à Helen un espace dans lequel elle pouvait partager ses sentiments d'angoisse et de honte concernant son corps réel, tout en ayant le sentiment que je pouvais percevoir, maintenir et valoriser son corps et son moi imaginés et désirés. (Cohen, 2024, p. 161, [traduction libre])

Soutenir dans la durée une perception transférentielle stable des identifications multiples constitue l'enjeu central de l'intervention thérapeutique. En adoptant une posture empathique et continûment ajustée au double registre du vécu d'Helen, la psychothérapeute permet que coexistent, dans la relation, la douleur liée au corps réel tel qu'il est perçu socialement et l'investissement dans un moi imaginaire plus apaisant. Cette double reconnaissance offre un espace psychique suffisamment souple pour accueillir les identifications multiples sans recourir au clivage.

Sous-thème 6.2 - Explorer les conflits intrapsychiques liés au genre et accompagner la mise en sens des défenses. Chez certain·es adolescent·es, les positionnements de genre s'élaborent sur fond de conflits intrapsychiques, parfois inaccessibles à la parole ou au récit. Ces tensions peuvent être liées à des vécus de deuil ou d'abandon, à des attentes identificatoires parentales non métabolisées, ou encore à des discordances entre les représentations internes de soi et les normes sociales. Face à ces impasses, le recours à des défenses rigides comme le clivage, la dénégation ou l'idéalisation peut venir entraver le travail psychique.

Dans ces situations, l'objectif thérapeutique n'est pas de confronter les défenses de manière prématurée, mais de créer un espace où la conflictualité puisse advenir et se transformer.

Le premier extrait illustre la manière dont le clinicien tente d'engager l'associativité face à un discours opératoire, c'est-à-dire centré sur les faits et appauvrie en résonances affectives et symboliques :

Au fil des entretiens, l'adolescent est reçu seul, et l'on tente de favoriser l'associativité chez celui-ci, mais il semble toujours ramener l'échange à des éléments opératoires, très factuels. Lorsque l'on aborde la question de la représentation qu'il a de lui-même et la manière dont il se considère en tant que personne, en lui demandant s'il apprécie, il paraît gêné puis déclare avec hésitation qu'il se perçoit de manière négative : « Je pense que je ne suis pas quelqu'un de bien, je suis plutôt quelqu'un de mauvais ». Interrogé sur le choix de ce terme, il précise à nouveau avec hésitation, comme s'il livrait une vérité peu avouable mais qu'il reconnaîtrait néanmoins : « Je suis mauvais car je suis jaloux avec mes amis, je ne peux pas être tranquille, je suis possessif avec eux. J'ai toujours besoin d'être rassuré. » (Blanc et Ledrait, 2024, p 49)

Cet extrait met en évidence les résistances à l'associativité, le recours à des représentations de soi dévalorisées et la difficulté à penser ses émotions. Les interventions cliniques ont comme objectif de relancer l'associativité afin de dépasser le fonctionnement opératoire et à favoriser l'émergence d'un discours subjectif. En s'appuyant sur une question simple centrée sur la vision de soi, les clinicien·ne ouvrent un espace où peut se formuler, avec hésitation, un rapport conflictuel à ses affects et à ses représentations. Cette approche, non interprétative dans l'immédiat, respecte la temporalité du sujet tout en créant les conditions d'un début de mise en sens psychique.

Dans ce deuxième extrait, la patiente évoque avec une curiosité nouvelle son histoire d'adoption et ses résonances identificatoires :

La curiosité tardive de Jane à propos des raisons pour lesquelles sa mère biologique aurait pu l'abandonner à l'adoption nous a permis d'explorer certains des fantasmes liés à son adoption et la manière dont ceux-ci étaient en lien avec sa confusion de longue date au sujet de son identité, ce qu'elle appelait sa "substance". [...] être un garçon [...] permettait à Jane de s'ancrer dans un corps qui lui semblait plus consistant, avec tous les fantasmes associés selon lesquels, en tant que garçon, elle aurait été désirée par sa mère biologique et prise au sérieux. (Lemma, 2018, p. 1098, [traduction libre])

Explorer les fantasmes soutenant une défense narcissique face à un traumatisme d'abandon engage ici un travail délicat autour d'une identification investie non comme un choix conscient, mais comme une issue protectrice à une blessure précoce. L'exploration proposée par la psychanalyste met en lumière la fonction contenant de l'identification masculine, structurée par des fantasmes de désir et de reconnaissance parentale. En s'attachant à ces constructions imaginaires sans confrontation prématurée, l'intervention analytique permet d'esquisser un lien entre les positionnements de genre et un noyau conflictuel archaïque, tout en maintenant un espace de subjectivation.

Le troisième extrait souligne le travail thérapeutique autour des identifications parentales conflictuelles, en résonnance avec les défenses et les positionnements de genre :

À ce stade, cependant, son thérapeute continue d'explorer les dynamiques familiales "à l'extérieur". Cela culmine avec le fait qu'Alex parvient à dire qu'il déteste les conflits et à se concentrer sur ce qu'il trouve difficile plutôt que de continuer à analyser les fautes de ses parents. Le psychothérapeute et Alex travaillent alors ensemble à décrire son identification à son accusateur, à la fois interne et externe, ainsi que son douloureux sentiment de ne pas pouvoir tenir sa position. Alex passe de la plainte selon laquelle son père "le fait taire" à la reconnaissance que c'est lui-même qui se ferme, incapable de penser ou de parler. Cette partie de la séance semble offrir quelques indices sur l'identité de genre qu'il a choisie. Il explique que se disputer est devenu plus facile depuis qu'il s'est déclaré "trans". Alors que sa mère et son moi insécure sont décrits comme passifs ou passifs-agressifs, le père, lui, crie et défend son point de vue. Désormais, en tant qu'"Alex" et garçon, il sent qu'il peut lui aussi entrer dans le conflit ouvert. (Rustin, 2018, p. 133, [traduction libre])

Le psychothérapeute aide ici à *repérer les mécanismes d'identification projective et leurs effets sur la conflictualité*, en accompagnant l'adolescent dans la reconnaissance progressive de ce qui, en lui, rejoue des postures parentales intériorisées. Plutôt que d'analyser uniquement les relations familiales, l'intervention vise à articuler les positionnements de genre à une conflictualité interne, dans une perspective de subjectivation. La nomination masculine prend alors sens comme tentative de remaniement identificatoire, soutenue par une capacité retrouvée à affronter psychiquement la relation à l'autre.

Enfin, l'extrait suivant articule les dimensions défensives, identificatoires et transgénérationnelles autour d'une nomination genrée:

« Être un garçon », ou plutôt se nommer garçon devient alors la seule issue possible face au féminin refusé. [...] Ce retour et cette nomination de « transgenre » lui permettent de s'engager dans la voie de sa propre subjectivation [...] Manière aussi de se différencier de sa mère, qui se sent, dira-t-elle, « trahie » par son choix d'identification « transgenre ». Invention donc d'une voie dans sa sexualité à partir de ce retour androgyne d'avant la puberté. [...] (Perret, 2025, p. 117)

Dans cet extrait, l'intervention analytique soutient la mise en sens des enjeux identificatoires parentaux et transgénérationnels, permettant à l'adolescente de transformer une nomination défensive dans son processus de différenciation avec sa mère, en levier de subjectivation. *Soutenir l'appropriation d'une nomination identificatoire dans son potentiel subjectivant* implique ici de reconnaître la fonction médiatrice de cette désignation dans le travail psychique de sexualité, en tant qu'elle permet l'émergence d'un positionnement moins contraint par les identifications aliénantes.

Sous-thème 6.3 - Interroger les stéréotypes sociaux et soutenir l'élaboration des identifications idéalisées

Dans le corpus étudié, 13 auteur·es analysent l'influence des normes sociales, des stéréotypes de genre et des modèles identificatoires, souvent véhiculés par les réseaux sociaux ou dans certaines communautés de paroles. Explorer ces représentations collectives permet d'ouvrir un espace de réflexion où l'adolescent·e peut prendre conscience des attentes extérieures qui orientent ses positionnements identificatoires. Ce travail favorise un déplacement de la norme intériorisée vers une vision plus singulière, soutenant ainsi une appropriation subjective du genre. Laufer et Rabain (2023) estiment que : « Le travail analytique vise à déconstruire les chaînes associatives à l'origine des préjugés, qui peuvent inhiber les adolescent·es dans leur élaboration subjective » (p.304).

Les extraits cliniques suivants montrent plusieurs modalités d'intervention permettant d'accompagner cette mise à distance des représentations normatives.

Certain·es auteur·es relèvent que les discours des adolescent·es en questionnement de genre s'appuient parfois sur des formulations stéréotypées fortement investies, dont l'origine sociale ou numérique reste souvent peu élaborée psychiquement. C'est ce que rapporte Perret (2022) :

Les leitmotivs des ressentis exprimés, largement générés et diffusés par les réseaux sociaux, sont, en effet, souvent présentés par ces jeunes comme des vérités dogmatiques : que ce soit le fait que leur corps et leur sexe seraient « assignés » à la

naissance, ou encore de « ne pas être né dans le bon corps », ou d'être un « garçon dans un corps biologique de fille. » (Perret, 2022, p. 77)

Dans cet extrait, la psychanalyste met en évidence la manière dont ces signifiants collectifs peuvent s'imposer comme des certitudes discursives, figées, empêchant leur mise en mouvement psychique. L'enjeu pour le clinicien devient alors de mettre à distance les signifiants normatifs issus des réseaux sociaux pour en favoriser l'appropriation subjective, en accompagnant leur réinscription dans une histoire singulière. Il ne s'agit pas d'invalider ces paroles, mais d'ouvrir un espace de réélaboration, où ces énoncés puissent être explorés dans leur valeur symbolique et identificatoire, afin qu'ils cessent d'opérer comme des assignations.

À cette perspective s'ajoute celle de Tsouskala (2018) qui illustre une intervention clinique plus implicite centrée sur la reconnaissance empathique des compromis défensifs mis en place face aux normes sociales. Cette dynamique est particulièrement perceptible dans l'extrait suivant qui montre les effets concrets d'une discrimination involontaire à l'école et de la difficulté à maintenir une position claire face à des normes contradictoires :

Je ne pense pas beaucoup à la question du genre... enfin, sauf quand quelque chose se passe et que je n'arrive plus à arrêter d'y penser... » me dit-il. Je me demande s'il pense à quelque chose de précis, et il me donne quelques exemples. « Je ne sais pas... à l'école, il y a cette histoire avec les toilettes... j'ai demandé à utiliser celles des garçons, mais on m'a dit "non"... et je ne veux pas non plus utiliser celles des filles, alors ils m'ont proposé d'utiliser celles pour personnes handicapées... mais je ne suis pas handicapé...(Tsouskala, 2018, p.94, [traduction libre])

Elle commente ensuite :

Ce discours, bien qu'il structure une grande partie de nos échanges, exprime de manière très claire le sentiment qu'ont certains jeunes que les questions de genre, même omniprésentes, sont trop insolubles pour être pensées directement. Alex finit par se replier sur un "je ne sais pas" pour gérer le malaise qu'il ressent vis-à-vis de son corps féminin et des formes plus subtiles de discrimination, comme la solution imposée par l'école. (...) Plutôt que de confronter ce repli, je m'appuie ici sur le travail de Wilson (2001) qui propose que ce type de "je ne sais pas" -aussi frustrant soit-il pour le cadre thérapeutique- est une expression nécessaire de la complexité du savoir et du non-savoir. C'est peut-être ce type de non-savoir que le travail analytique doit viser, une forme contenant, qui reflète une réalité psychique instable mais tolérable. (Tsouskala, 2018, p 95, [traduction libre])

En refusant toute tentative de clarification hâtive, la thérapeute reconnaît la fonction défensive du « je ne sais pas », expression d'un non-savoir psychique à la fois protecteur et conflictuel. Contenir l'ambivalence liée au non-savoir en offrant un espace de parole tolérant à l'instabilité psychique devient ici un levier thérapeutique essentiel, permettant au sujet de maintenir une forme de cohérence interne malgré l'impossible articulation entre son vécu intime et les normes sociales extérieures.

En parallèle, certains auteur-es s'intéressent au rôle des figures idéalisées du genre, souvent construite à travers des identifications numériques et fantasmatiques. Lemma (2018) montre cette dynamique à travers le cas de Jane, une adolescente qui investit un avatar masculin dans ses interactions en lignes :

Elle me raconta que, lorsqu'elle était en ligne en tant que Jake, elle se sentait libre, comme si elle pouvait désormais faire et dire des choses qu'elle ne pouvait pas dans son corps féminin réel. Elle dit qu'elle était comme elle imaginait qu'elle aurait toujours dû être. Elle insistait particulièrement sur le plaisir qu'elle éprouvait à imaginer Jake en train de courir, parce que "ses jambes sont fortes et on dirait qu'il peut aller où il veut". Je lui dis que le fait d'être un garçon semblait la rendre plus attirante et plus confiante, plus protégée contre les attaques des autres... plus consistante... Elle répondit qu'elle ne comprenait même plus comment elle avait pu être aussi "fifille" pendant si longtemps. Je lui demandai ce qu'elle entendait par "fifille". Dans sa réponse, Jane donna une image très caricaturale d'une fille "princesse" : quelqu'un qui aime les jolis motifs, obsédée par le maquillage et les garçons, et "sans cervelle". J'observai que cela ressemblait un peu à une princesse en carton, sans substance. Jane répondit avec animation : "Exactement ! C'est ça dans quoi j'étais piégée. C'est pour ça que c'est si libérateur de me couper les cheveux, changer mes vêtements et respirer !! Maintenant j'ai l'impression d'être quelqu'un. Enfin... ce que je veux dire, c'est que je suis moi..." (Lemma, 2018, p. 1096, [traduction libre])

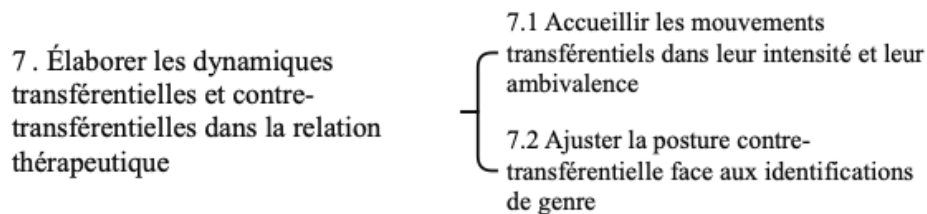
Ce travail clinique met en évidence l'importance d'accompagner l'investissement d'un avatar idéalisé comme support transitionnel d'une nouvelle identification. L'avatar masculin permet à Jane de se dégager d'une image féminine aliénante, réduites à des stéréotypes perçus comme dévalorisants. Sans disqualifier cette construction fantasmatique, Lemma soutient son inscription dans un espace psychique intermédiaire, facilitant l'exploration des tensions entre idéal du moi et élaboration subjective. Cet appui transitionnel ouvre ainsi une voie d'accès à une représentation de soi plus consistante, encore en cours de construction.

Thème 7 - Élaborer les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles dans la relation thérapeutique

Dans les suivis psychodynamiques d'adolescent·es en questionnement de genre, les mouvements transférentiels et contre-transférentiels occupent une place centrale. Ils mobilisent la relation thérapeutique dans toute sa complexité et engagent le clinicien au cœur de sa position subjective.

Ce thème, présent dans 20 articles du corpus, regroupe des situations dans lesquelles les configurations transférentielles deviennent un enjeu clinique à part entière.

Deux sous-thèmes permettent d'en explorer les modalités :



Sous-thème 7.1 - *Accueillir les mouvements transférentiels dans leur intensité et leur ambivalence.* Chez les adolescent·es en questionnement de genre, les relations transférentielles peuvent mobiliser des affects puissants, traversés par des clivages, des identifications défensives ou des attentes de reconnaissance immédiate. Ces mouvements, adressés au thérapeute, s'accompagnent parfois de projections idéalisantes ou persécutrices qui viennent défier les capacités contenant du cadre analytique. Le travail clinique consiste alors à recevoir ces manifestations sans les interpréter trop précocement, en maintenant une position tierce susceptible de favoriser une mise en pensée différée.

Un fragment clinique, issu du travail de Flanders (2023) rend compte, dans sa densité même, de la complexité des mouvements transférentiels lorsqu'ils mobilisent intensément le lien au thérapeute:

J'ai reçu sa révélation dans le transfert ; je lui ai dit qu'elle craignait que son père -ou moi- soit déçu·e si elle devenait plus autonome et moins comme une enfant. Même si cette interprétation transférentielle me semblait justifiée, presque réclamée à grands cris, elle l'a vécue comme une intrusion violente et indigeste (Aulagnier, 1975 ; Lombardi, 2017). Elle a immédiatement réagi par la panique, puis une salve de négations. Désespérée, elle a interprété chacune de mes tentatives de clarification comme une insulte à son intelligence.

Écumant de rage, elle a crié avec sarcasme : « Vous savez mieux, vous êtes le seule adulte ici. » Pris de court, j'ai néanmoins persisté : peut-être ressentait-elle que j'étais jalouse de sa participation, pendant cette période, à une séance avec un intervenant de la même institution, dans le cadre d'une activité de type ergothérapie. Brusquement, son attitude a complètement changé : « Oh, ne dites pas que vous êtes fâché contre moi, s'il vous plaît, ne soyez pas fâché ». Le ton hostile et supérieur s'est effondré dans une supplique, avant de se retourner tout aussi vite contre elle-même : « Je suis nulle ». Les projections fusaient. Je peinais à les contenir, à comprendre ce qui se jouait, jusqu'à ce qu'à ma grande horreur, elle se frappe violemment la tête contre les accoudoirs en bois de sa chaise, une, deux, peut-être trois fois. Ce fut la séance la plus explosive que j'aie jamais vécue. Horrifié, en lutte contre ma propre panique, je lui ai demandé, avec une inquiétude impérative, d'arrêter. Elle s'est arrêtée. Elle s'est levée pour partir. Ce n'était pas encore la fin de la séance. Je lui ai demandé de rester, et, très secoué, conscient d'avoir précipité puis intensifié cette tempête par mes interprétations transférentielles, j'ai dit qu'il me semblait qu'« il existait une ligne, une frontière très fragile, au-delà de laquelle toute amélioration ou tout mieux-être devenait dommageable pour quelqu'un ». J'ai tenté de prendre de la distance, de formuler cette idée de manière plus abstraite. Je voyais bien que j'avais provoqué une explosion traumatique. (Flanders, 2023, p. 119-120, [traduction libre])

L'extrait met en lumière un moment de rupture transférentielle, dans lequel l'interprétation, bien que techniquement fondée, dépasse les capacités d'accueil de la patiente. L'intensité de la réaction en chaîne - effroi, attaques contre soi, projections massives - souligne la fragilité de l'espace psychique sollicité. *Relancer la fonction contenant du cadre, malgré le débordement affectif et la charge transférentielle*, permet parfois de maintenir un fil ténu, condition d'un travail de liaison à venir. Dans ce contexte, l'intervention ne vise plus à interpréter, mais à soutenir, dans l'urgence, une contenance minimale afin d'éviter l'effondrement du lien. Le recours à une formulation plus abstraite, la reconnaissance implicite d'un franchissement de seuil traduisent un travail analytique au bord de la rupture.

Dans un registre différent, un autre extrait rend compte d'un travail transférentiel indirect passant par une médiation symbolique. L'intervention clinique vise ici à approcher les enjeux latents sans confrontation directe :

Lorsqu'il se présente à nous, il réclame d'emblée une attestation qui confirme son autodiagnostic, à savoir un syndrome d'Asperger : « Je suis venu parce que j'aimerais que vous me confirmiez que je suis Asperger [...] En fait, mes difficultés "affectives et sociales" sont dues au fait que je suis Asperger ; c'est tout ! » Cette demande initiale était motivée par le désir de « prouver à [ses] parents qu'ils ont tort ». Toutefois, lors de la deuxième séance, nous avons compris que sa revendication « d'être reconnu en tant qu'Asperger » était bien davantage liée à son père qui, pendant son enfance, l'aurait sauvagement étiqueté

« autiste ». « Suis-je “Asperger” ou non ? », nous demande James, le regard plein de défi. (p. 86). Sa demande pressante et agressive auprès de nous pour entériner ce diagnostic-écran de la question généalogique et identitaire a provoqué une crise transférentielle qui a failli se solder par l’arrêt du traitement. C’est en nous appuyant précisément sur la médiation de l’œuvre romanesque de James que nous avons pu lui faire entendre les questions sous-jacentes à l’autodiagnostic d’Asperger que l’adolescent associait désormais à son autodétermination comme trans’ : De quel/s parent/s suis-je suis né/e ? De ma mère seule, de mon père, ou de mes sœurs ? Suis-je issu/e d’une descendance surnaturelle ou suis-je la créature originale d’un autoengendrement ? En somme « Quel est le genre de ma filiation ? » (Evzonas et Rabain, 2021, p. 86)

Dans cette situation clinique, la demande de validation d’un autodiagnostic agit comme une défense transférentielle, masquant une angoisse plus profonde liée à l’origine, à la filiation et aux identifications sexuées. Utiliser une médiation symbolique pour déplacer les enjeux transférentiels sur un tiers narratif permet d’engager l’adolescent dans un travail d’élaboration lorsque la relation directe demeure défensive ou impensable. L’œuvre romanesque investie par le patient devient un espace projectif permettant une mise en récit métaphorique des questions identificatoires et généalogiques. En contournant la revendication d’objectivation, l’intervention clinique soutient un mouvement de subjectivation indirecte, sans confrontation interprétative frontale.

Ce travail de déplacement et d’élaboration peut également se jouer dans la relation transférentielle elle-même, lorsque le thérapeute est confronté à des projections clivées qui mobilisent intensément sa position subjective. Un extrait tiré du suivi de Sam (non binaire) en donne une illustration particulièrement évocatrice :

Sam continuait de me percevoir comme normatif et tout ce que je pouvais faire était d’essayer de comprendre comment mon patient percevait ce qui se jouait entre nous. [...] En acceptant la dureté de Sam, j’ai été contraint de renoncer à l’idée d’être perçu comme j’aimerais l’être, à ce désir d’une lecture « juste » de moi-même. À travers les yeux de mon patient·e, j’étais conservateur, normatif, vieux et rigide. En retour, je voyais Sam comme il ou elle était souvent perçu·e par les autres : puéril·e, illisible, hostile et hors d’atteinte. La réprimande implacable de Sam a constitué un coup narcissique porté à mon sentiment de maîtrise, me rappelant que je ne me situais pas en dehors des fantasmes de genre de mon patient. Je ne pouvais plus comprendre Sam à partir de mes propres repères. Je lui ai signifié que je voyais bien qu’il ou elle me percevait comme incapable de comprendre - tout en reconnaissant que cette perception était sujette à des oscillations. Certaines séances permettaient la pensée ; d’autres étaient dominées par une impasse. (Gozlan, 2022, p. 476-477, [traduction libre])

Dans cet extrait, le transfert se cristallise dans des assignations projectives rigides, mobilisant le clinicien dans des positions idéalisées ou disqualifiantes. Accueillir les mouvements transférentiels sans chercher à les corriger permet au clinicien de soutenir un espace de pensée partagé, malgré les clivages et les résonances contre-transférentielles. Ce travail implique un renoncement au désir d'être compris ou reconnu comme sujet par le patient, au profit d'un maintien de la tiercéité analytique. C'est à travers ce maintien, au sein même des assignations les plus clivées, qu'une différenciation symbolisante devient possible, ouvrant la voie à un remaniement progressif des représentations de soi et de l'autre.

L'accueil des mouvements transférentiels ne va pas sans un travail parallèle de l'analyste sur son propre contre-transfert, en particulier face aux identifications de genre.

Sous-thème 7.2 - *Ajuster la posture contre-transférentielle face aux identifications de genre.* Les identifications de genre mobilisées par les adolescent·es viennent parfois questionner les repères internes du clinicien. Ces résonances appellent un travail réflexif constant sur les mouvements contre-transférentiels qu'elles suscitent, afin de préserver une disponibilité psychique et un cadre de pensée non saturé par les représentations personnelles du thérapeute. Les situations cliniques rassemblées montrent comment l'analyste peut être affecté dans sa subjectivité tout en cherchant à maintenir un espace analytique ouvert, propice à l'exploration des identifications sexuées et genrées.

Une situation familiale marquée par un silence enveloppant autour des identifications de genre offre un terrain encourageant l'émergence de mouvements contre-transférentiels subtils, appelant le clinicien à interroger ses propres repères :

Précédemment au téléphone, le père a rapidement évoqué que son fils était "peut-être perturbé par l'apparition récente de ses règles". J'ai accueilli cette parole comme un récit de rêve, dans une attention à la fois flottante et en éveil. Je n'ai posé aucune question. Puis, lors du premier rendez-vous en famille, la même étrangeté me saisit de nouveau. D'où vient ce sentiment ? Du trouble produit par Zack, qui est un garçon avec un corps de fille ? De l'absence de mots posés sur sa transidentité tout au long de cette séance ? De l'impression qu'il inverse l'ordre générationnel en adoptant une position de savoir face à nous, adultes ignorants ? Certainement tout cela à la fois... [...] Progressivement, à partir de cette séance, la verbalisation des questionnements transidentitaires émerge pour Zack. La possibilité associative autour de son propre vécu se dessine. Après-coup, je pense que quelque chose

s'est déplacé en moi, autorisant la mise en route d'une dynamique transféro-contre-transférentielle différente. Pour la première fois, un espace de rêverie partagée voit le jour entre nous, propice à la co-construction et à l'élaboration entre-deux. Je réalise que la manière dont Zack incarne sa transidentité, en combinant tranquillement traits masculins et féminins, en posant comme un non-problème le fait d'être un garçon avec un corps de fille, vise peut-être à provoquer chez moi - et chez ses parents aussi - un questionnement, une ouverture quant à mes/nos prétendus savoirs sur les identités genrées et les catégories sexuelles. Ainsi, la fermeture n'était pas juste de son côté, mais nous concernait tous, traduisant sûrement des aspects défensifs en chacun. (Pechikoff, 2023, p. 333)

Accueillir le trouble initial du clinicien comme point d'appui dans la dynamique contre-transférentielle devient ici un levier pour l'ouverture d'un espace tiers propice à la co-élaboration symbolisante. Le récit de Pechikoff (2023) illustre comment l'ébranlement subjectif du thérapeute peut favoriser l'émergence d'une rêverie partagée dès lors qu'il est reconnu et traversé. En se laissant affecter par la complexité du vécu adolescent, le clinicien contribue à instaurer un climat analytique dans lequel les catégories genrées peuvent être interrogées sans réduction, et les identifications explorées dans leur singularité.

Une autre extrait, cette fois décrite de manière plus réflexif que narratif, met en évidence ce qui se joue dans les tout premiers temps de la rencontre clinique, lorsque l'adolescent interroge silencieusement le positionnement intime du thérapeute face aux enjeux de genre :

En quoi, dans les premiers temps de la rencontre, l'ado teste-t-il le ou la thérapeute pour connaître son positionnement intime, personnel face à ces questions ? Cet enjeu est primordial, il est d'ailleurs palpable dans le moment de la rencontre : l'ado a besoin de savoir si le psy qu'il a en face de lui a des convictions sur la question de la transidentité, de la possibilité de faire sa transition sociale et/ou médicale lorsqu'on est mineur, ou même plus largement ses représentations des questions de genre. Il est probablement essentiel que le ou la thérapeute puisse envoyer un double message : assurer et garantir sa position absolument non jugeante et ouverte, mais aussi un message implicite de ne pas voir la question de la transidentité ou des questionnements de genre comme un champ inconnu, fascinant, trop fascinant voire renvoyant à des prises de position personnelles. Le fait que le ou la thérapeute puisse parler de la question du genre, avec un vocabulaire adapté comme faisant partie de la grande famille des questionnements identitaires essentiels fait en outre passer un message très fort à l'ado et provoque souvent un apaisement. (Périer et al., 2024, p. 41)

Dans les premiers temps de la rencontre, l'adolescent met parfois à l'épreuve la position du clinicien, à la recherche de signes implicites de jugement, d'adhésion ou de rejet des identifications

de genre non conformes. Cette épreuve convoque les représentations personnelles, politiques ou culturelles du thérapeute. *Soutenir une forme de neutralité clinique qui évite autant la fascination que le positionnement idéologique face aux identifications de genre* apparaît comme un levier important. Cette position ne relève ni de l'effacement ni du désengagement affectif, mais d'un maintien actif d'un espace psychique disponible, permettant l'accueil des projections idéologiques sans qu'elles soient déniées ou agies. Cette neutralité permet de faire place à la complexité des vécus adolescents sans les réduire à des catégories normatives ou militantes. Elle contribue à instaurer un socle transférentiel suffisamment sécurisant, propice à la symbolisation des questions identitaires.

Enfin, cette exigence d'un travail réflexif sur les présupposés théoriques et culturels du clinicien se trouve également mise à l'épreuve dans une perspective lacanienne du contre-transfert, que mobilise l'extrait suivant :

Face aux troubles dans les genres, les psychanalystes n'auraient-ils pas à questionner leurs propres préjugés ? c'est, du reste, ce que suggère l'approche lacanienne du contre-transfert en considérant qu'il serait la somme des préjugés de l'analyste : « le contre-transfert n'est rien d'autre que la fonction de l'ego de l'analyste, ce que j'ai appelé la somme des préjugés de l'analyste » (Lacan, 1953-1954, p. 31). (Laufer et Rabain p. 306 - 307)

L'énoncé de Lacan, convoqué dans cet extrait, agit comme un appel à la vigilance clinique. Il invite à *interroger les présupposés théoriques du clinicien face aux configurations de genre non normées*, en les envisageant non comme des repères neutres mais comme des constructions traversées par l'histoire, la culture et l'économie libidinale du sujet-analyste. La notion de contre-transfert, entendue comme la somme des préjugés du praticien, renverse la perspective classique d'un contre-transfert à maîtriser ou à interpréter : elle impose un travail de désidéalisation du savoir analytique lui-même, susceptible d'être mis en crise par les identifications contemporaines. Ce déplacement épistémique ouvre la voie à une posture plus souple, dans laquelle le cadre analytique peut se réajuster sans se désorganiser, à condition que l'analyste accepte de se laisser déplacer dans ses propres certitudes.

Ce dernier thème clôt ainsi l'analyse des résultats en mettant en lumière le rôle central du lien transférentiel et de la posture analytique dans l'élaboration des souffrances et des remaniements

psychiques. Il ouvre sur une réflexion plus large quant aux enjeux, tensions et apports de ces pratiques cliniques, qui seront discutés dans la section suivante.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

La présente discussion s'inscrit dans le cadre méthodologique proposé par Arksey et O'Malley (2005), enrichi par les apports de Levac, Colquhoun et O'Brien (2010). Cette cartographie restitue la richesse et la diversité des débats contemporains en psychothérapie psychodynamique auprès des adolescent·es en questionnement de genre, en soulignant à la fois des repères partagés ainsi que des lignes de fracture persistantes. Elle expose d'abord les résultats dans leur dimension descriptive, avant de les examiner sous un angle interprétatif afin d'en dégager les principaux apports, les tensions repérées et les implications cliniques, théoriques et relatives à la formation.

Conformément à la visée exploratoire d'un examen de la portée, les constats sont présentés sous forme de tendances qualitatives plutôt que de données chiffrées. Ce choix reflète la diversité des positions et la complexité des débats sans prétendre à l'exhaustivité quantitative, objectif qui relève davantage des revues systématiques (Arksey et O'Malley, 2005 ; Levac, Colquhoun et O'Brien, 2010 ; Peters et al., 2020).

C'est dans ce cadre que se situent les questions qui orientent l'examen. La question centrale porte sur les pratiques cliniques contemporaines en psychothérapie psychodynamique auprès des adolescent·es en questionnement de genre. Deux sous-questions en découlent, la première portant sur la manière dont la souffrance psychique de ces jeunes est comprise et articulée dans le cadre psychodynamique, la seconde sur les modalités d'intervention mobilisées pour les accompagner.

La réflexion qui suit se déploie progressivement, passant par la synthèse intégrative des résultats, leur mise en perspective critique, l'analyse des implications cliniques et formatives, puis l'examen des limites et des zones d'ombre. Elle s'ouvre enfin sur de nouvelles pistes de recherche.

4.1 Synthèse intégrative

La synthèse intégrative propose une lecture structurée des résultats en mettant en évidence un paysage marqué par des convergences solides qui dessinent un socle commun de pratiques, par des

divergences qui reflètent des orientations contrastées et par des nuances intermédiaires qui traduisent des différences d'accents ou de priorités.

4.1.1 Reconnaissance et adresse de la souffrance psychique. La souffrance psychique de ces adolescent·es constitue un thème central et récurrent dans les écrits recensés. La plupart des auteur·es s'accordent sur l'intensité de cette détresse et font ressortir la nécessité de la penser dans toute sa complexité. Elle peut être reliée aux conflits identificatoires et aux remaniements pubertaires, aux ruptures et défaillances du lien familial, mais aussi aux effets de la stigmatisation et de la violence sociale. Dans l'ensemble, les travaux soulèvent l'importance de l'inscrire dans un cadre clinique capable d'accueillir cette pluralité d'éprouvés, en offrant un espace et une temporalité d'élaboration indispensables à l'ouverture d'un véritable processus de subjectivation.

Les travaux se distinguent toutefois dans la manière de conceptualiser la souffrance. Certain·es, comme Perret (2022) et Rustin (2018), l'ancrent dans le registre intrapsychique, en la reliant aux angoisses archaïques, aux conflits identificatoires ou aux deuils non résolus. Ils·elles insistent par conséquent sur la nécessité d'un travail d'élaboration centré sur la conflictualité interne. D'autres, tels McGeughlin (2020) et Rachidi et al., (2023), privilégient une lecture davantage sociale et politique, mettant en avant le poids de la stigmatisation, du rejet scolaire et des violences genrées dans la genèse de la détresse. Enfin, plusieurs contributions, notamment celles de Di Ceglie (2021) et de Gozlan (2023), adoptent une approche intégrative qui articule ces deux registres et soulignent l'imbrication constante du psychique et du social.

Le rôle du diagnostic psychiatrique suscite en revanche des appréciations plus contrastées. Pour Gauld (2020) ainsi que Lopez et Wortman (2023), il peut constituer un repère structurant capable d'orienter le travail thérapeutique, à condition d'en faire un usage prudent afin de ne pas confondre crise identitaire transitoire et dysphorie persistante. McGeughlin (2020) en critique plutôt les usages normatifs et idéologiques, en particulier à travers la catégorie de *rapid-onset gender dysphoria*, largement remise en cause pour son absence de fondement empirique et pour les risques de stigmatisation qu'elle comporte.

Ces apports dessinent une pluralité de conceptualisations de la souffrance psychique, entre compréhension intrapsychique, lecture socio-politique et débats sur le statut du diagnostic

psychiatrique. Ces divergences trouvent un prolongement dans les discussions autour du cadre clinique et de la posture thérapeutique.

4.1.2 Posture clinique et cadre thérapeutique. De nombreux auteur·es estiment que l'accompagnement psychodynamique des adolescent·es en questionnement de genre requiert un cadre thérapeutique stable et contenant, offrant sécurité, continuité et repères symboliques. Blanc et Ledrait (2024) ainsi que Naso (2018) le présentent comme une condition préalable à tout travail d'élaboration.

Parallèlement, d'autres concentrent davantage leur réflexion sur relation elle-même, en soulignant l'importance de construire progressivement l'alliance thérapeutique (Kurdziel, Flores et Macfie, 2018) ou de maintenir une neutralité analytique. Watson (2022) définit cette dernière comme le support d'un travail dialectique permettant d'historiciser les expériences, d'interroger idéaux et conflits et de distinguer le désir de l'Autre du désir propre, tandis que Perret (2022) met surtout en avant la fonction protectrice face à une lecture idéologique ou prescriptive, afin que la transidentité puisse être pensée parmi d'autres éléments de la vie psychique et familiale. Ensemble, ces deux conceptions illustrent la diversité des perspectives cliniques présentes dans le corpus.

Les perspectives diffèrent également quant au degré de souplesse du cadre thérapeutique. Rustin (2018) et Wright (2018) mettent en avant l'importance d'accueillir ruptures, retours et rythmes irréguliers caractéristiques du travail avec les adolescent·es. À l'inverse, Evzonas et Rabain (2021) ainsi que Flanders (2023) défendent non pas une rigidité du cadre en tant que tel, mais un dispositif institutionnel plus formalisé, introduisant un tiers symbolique et une organisation structurée.

Enfin, la posture clinique se décline selon des orientations distinctes. Certaines publications, comme celles de Gozlan (2023) et Watson (2022), valorisent une écoute ouverte et non normative, offrant au sujet un espace d'exploration libéré de toute visée prescriptive. D'autres, tels que Flanders (2023) et Thompson (2023), s'inscrivent plutôt dans une perspective plus classique, centrée sur le transfert et l'interprétation des conflits intrapsychiques.

Ce portrait met en évidence la centralité du cadre thérapeutique contenant et sécurisant, assortie de désaccords sur sa souplesse et sur la posture du clinicien. Ces débats s'articulent étroitement avec

l'exploration des positions identificatoires et des conflits intrapsychiques, autre dimension incontournable du suivi psychothérapeutique psychodynamique auprès de cette population.

4.1.3 *Élaboration des positions identificatoires et des conflits intrapsychiques.* Des points de vue communs se dégagent autour de la nécessité d'accueillir les questionnements sur les identifications de genre dans une temporalité ajustée à la singularité de chaque parcours, afin de soutenir l'exploration et la subjectivation des expériences identitaires (Vaughan, 2018 ; Wright, 2018). Plusieurs auteur·es mettent en garde contre les approches uniformisées, qui risqueraient de figer les trajectoires, d'ignorer la temporalité psychique propre à chaque sujet et d'entraver l'élaboration des conflits intrapsychiques (Di Ceglie, 2021 ; Lions, 2024).

Trois orientations se distinguent quant à l'émergence de ces conflits. La première, défendue par Pernot-Masson (2022) et Rustin (2018), met l'accent sur l'ancrage intrapsychique et relationnel précoce, en lien avec traumatismes, deuils ou carences affectives. La seconde, illustrée par McGeughlin (2020), privilégie une lecture socio-culturelle, en soulignant le rôle des normes et idéaux de genre qui créent des tensions lorsque l'expérience subjective ne s'y conforme pas. La troisième, représentée notamment par Lemma (2018) et Ruiz (2018), adopte une perspective intégrative articulant ces deux dimensions et insiste sur l'imbrication constante du psychique et du social dans le développement identitaire.

Les débats portent plus spécifiquement sur le statut des identifications idéalisées, qu'il s'agisse des avatars numériques ou des modèles issus des communautés trans. Pour Croix (2022), elles traduisent une croyance illusoire en la possibilité d'abolir la différence des sexes et d'échapper aux limites du corps, au risque de choix précipités et d'impasses subjectives. Lopez et Wortman (2023) les rattachent plutôt à la crise identitaire décrite par Erikson, comprise comme un processus inconscient et multifactoriel qui, selon eux, requiert des recherches cliniques approfondies. D'autres, comme Del Mar Miller (2024) et Lemma (2018, 2022) y voient au contraire des supports transitionnels légitimes favorisant la subjectivation et l'intégration psychique.

Les auteur·es du corpus étudié convergent donc sur la nécessité d'accueillir ces questionnements dans leur temporalité singulière, tout en divergeant sur l'étiologie des conflits identificatoires et sur la valeur des identifications idéalisées.

4.1.4 Temporalité clinique et accès aux soins médicaux. La question de la temporalité clinique et de son articulation avec les démarches médicales constitue un enjeu déterminant, confrontant les impératifs psychothérapeutiques aux contraintes institutionnelles et à l'urgence fréquemment exprimée par les jeunes.

Le corpus s'accorde sur la nécessité d'éviter toute précipitation dans les transformations corporelles. Les perspectives varient toutefois quant à l'articulation entre temps psychique et calendrier médical. Certains travaux défendent des délais plus courts, estimant qu'une attente prolongée risque d'accentuer la détresse identitaire et de fragiliser le processus thérapeutique (Condat et Cohen, 2022 ; Foigel et Mezan, 2023). D'autres préconisent au contraire un temps d'élaboration plus long afin de limiter les décisions impulsives propres à l'adolescence ou les identifications défensives (Perret, 2022 ; Pommier, 2023). Entre ces positions, plusieurs auteur·es suggèrent de faire progresser conjointement la réflexion psychothérapeutique, l'exploration identitaire et les démarches médicales, en tenant compte des singularités de chaque parcours (Gherovici, 2024 ; Samy, 2024).

Ces débats s'élargissent à la prise en charge des troubles concomitants. Pour Gauld (2020) et Pernot-Masson (2022), un traitement préalable garantit une meilleure stabilité psychique et un consentement pleinement éclairé. D'autres estiment qu'imposer cette stabilisation renforce le sentiment d'exclusion et de perte de contrôle déjà présent dans la dysphorie de genre, entrave l'alliance thérapeutique (Périer et al., 2024) et retarde inutilement l'accès à des soins jugés urgents (Condat et Cohen, 2022 ; Foigel et Mezan, 2023).

En somme, si l'importance de la temporalité clinique fait consensus, son articulation avec la souffrance psychique, les troubles associés et le parcours médical demeure traversée par des interrogations cliniques et éthiques. Ces enjeux concernent également les parents, dont la place dans l'accompagnement psychodynamique mérite une attention particulière

4.1.5 Travail auprès des familles. Les articles analysés mettent en évidence le rôle structurant des familles dans l'accompagnement psychodynamique des adolescent·es en questionnement de genre. Leur implication concerne à la fois la reconnaissance des éprouvés parentaux, l'articulation entre

espaces familial et individuel et la gestion des tensions suscitées par les choix identitaires et thérapeutiques.

Un accord existe sur la nécessité d’offrir aux parents des lieux où leurs émotions et représentations puissent être élaborées. Rabain (2021) et Tsoukala (2018) montrent que cet accompagnement allège la charge émotionnelle et soutient le processus de subjectivation, les parents pouvant alors jouer une fonction de tiers contenant permettant au jeune de se différencier tout en bénéficiant d’un cadre protecteur.

Les conceptions diffèrent toutefois quant à la manière d’articuler ce rôle au travail thérapeutique. Pour Condat et Cohen (2022) ainsi que Rabain (2021), l’engagement parental constitue un appui dans la mesure où il favorise la reconnaissance et l’élaboration des conflits familiaux, soutenant ainsi le processus de subjectivation de l’adolescent·e. Long (2024) estime au contraire que cet appui peut devenir un frein s’il réactive le refus des identifications de genre, les attentes idéalisées ou une certaine rigidité idéologique. Périer et al. (2024) soulignent enfin les tensions qui apparaissent lorsque les choix des adolescent·es s’opposent à ceux de leurs parents, notamment autour de l’autonomie décisionnelle.

Les positions se distinguent également sur les modalités d’implication parentale. Périer et al. (2024) et Rachidi et al. (2023) défendent une présence directe pour assurer cohérence et continuité, tandis que Long (2024) et Wielart (2020) privilégient le maintien d’espaces distincts afin de préserver les frontières psychiques nécessaires à l’élaboration individuelle. Le choix du dispositif semble dépendre étroitement du contexte institutionnel et des dynamiques propres à chaque famille.

L’implication des familles constitue ainsi une donnée structurante, mais elle oscille entre soutien, résistance et conflictualité et appelant des ajustements constants de la part des clinicien·nes.

4.1.6 Dynamiques transférentielles et contre-transférentielles. Les phénomènes transférentiels et contre-transférentiels occupent une place essentielle dans le travail psychodynamique auprès des adolescent·es en questionnement de genre. Inévitables et souvent féconds sur le plan clinique, ils peuvent toutefois devenir source d’impasse s’ils ne sont pas pensés avec soin. La plupart des auteur·es reconnaissent leur rôle majeur dans la compréhension des conflits psychiques et

identitaires (Gozlan, 2022 ; Vaughan, 2018) et attirent l'attention sur l'importance d'une élaboration constante des mouvements affectifs suscités chez le ou la clinicien·ne afin d'éviter que ses propres positions idéologiques ou affects personnels n'interfèrent avec le processus thérapeutique (Pechikoff, 2023 ; Silber, 2019).

La neutralité analytique apparaît, dans le corpus, comme une notion traversée par des tensions. Pour certain·es auteur·es, la neutralité stricte reste un horizon éthique qui permet de contenir les projections et de soutenir le travail de différenciation du désir, même si elle se heurte à ses limites lorsqu'elle est confrontée à des demandes portant directement sur le corps (Hefez, 2020 ; Marchand, 2019 ; Perret, 2022 ; Watson, 2022). D'autres soulignent qu'une neutralité comprise comme abstention est illusoire et mettent en avant l'importance d'une implication affective ajustée et d'une posture réceptive, capable d'accueillir la singularité des parcours sans tomber dans l'affirmation immédiate ni dans le soupçon systématique (Lemma, 2018, 2023 ; McGleughlin, 2024). Enfin, plusieurs contributions rappellent que même les choix de langage engagent l'analyste et que refuser d'adopter les prénoms et pronoms choisis revient à reconduire une normativité qui fragilise le lien thérapeutique (Evzonas et Rabain, 2021 ; Rabain, 2021). Dans l'ensemble, la neutralité n'apparaît donc pas comme un principe figé mais comme une position clinique toujours à réinventer dans la rencontre avec les adolescent·es en questionnement de genre.

La temporalité des interventions interprétatives constitue un autre point de discussion. Certain·es recommandent une grande prudence afin d'éviter que des interprétations trop précoces ne soient vécues comme intrusives ou ne provoquent des résistances (Bonfato et Crasnow, 2018 ; Evzonas et Rabain, 2021 ; Flanders, 2023). D'autres privilégient une posture de « non-savoir » analytique, permettant aux significations inconscientes d'émerger progressivement, sans précipitation (Gozlan, 2022 ; Vaughan, 2018). Un consensus se dessine néanmoins autour de la nécessité d'ajuster la posture et le rythme interprétatif à la capacité du patient, tandis que les divergences concernent surtout la manière de soutenir l'élaboration transférentielle sans rigidité ni précipitation. Il s'agit d'un enjeu qui reste au cœur des débats contemporains.

4.1.7 Conclusion de la synthèse intégrative. L'examen des six dimensions principales met en évidence des accords solides, qui dessinent un socle commun de pratiques et de principes, mais

aussi des divergences qui reflètent la pluralité des sensibilités cliniques, des contextes institutionnels et des orientations théoriques.

Dans l'ensemble, les écrits recensés témoignent d'une psychothérapie psychodynamique en transformation, soucieuse d'articuler la rigueur du cadre, l'ouverture à la pluralité des vécus et à la reconnaissance des multiples parcours identitaires. Ces constats rejoignent les réflexions de Chambry (2024), pour qui il n'existe aucun parcours de vie typique de la transidentité. Selon cet auteur, aucune théorie unifiée ne saurait aujourd'hui rendre compte de la complexité des liens entre le corps sexué et les vécus de genre. Cette perspective invite à accueillir les expériences subjectives sans les rabattre sur une lecture strictement symptomatique et à maintenir une posture clinique ouverte, affranchie de tout a priori idéologique.

Cette première partie de la discussion, volontairement descriptive, restitue la diversité des positions contemporaines et prépare la transition vers une mise en perspective critique, destinée à interroger les présupposés, à éclairer les zones d'ombre et à dégager les implications cliniques et institutionnelles de ces résultats.

4.2 Mise en perspective critique

Au-delà de la diversité descriptive, l'analyse critique révèle des impensés et des résistances plus profondes, qui mettent en jeu les fondements mêmes de la psychanalyse dans son rapport au sujet, au soin et au genre. Elle reviendra d'abord sur les critiques adressées à la psychanalyse classique, puis explorera la pluralité des positions contemporaines et les clivages géographiques et générationnels qui structurent le champ. Elle s'ouvrira enfin sur les enjeux que ces débats soulèvent pour la clinique actuelle.

4.2.1 Les psychanalystes face à leurs propres impensés¹: tensions critiques sur le traitement du genre. Les analyses recensées proviennent en grande partie d'une réflexion interne, où des psychanalystes interrogent les limites et les résistances de leur discipline face aux enjeux du genre et de la diversité des identités. Elles montrent que la rencontre entre psychanalyse et questions de genre a été traversée par de fortes tensions théoriques et épistémologiques (Blass, 2020 ; Marchand, 2023). Le concept de genre, issu des sciences sociales, introduit une dissociation entre sexe biologique et appartenance subjective, comprise comme une construction sociale, historique et politique (Ayouch, 2015 ; Gurreri, 2022). Contrairement à l'« identité sexuelle » freudienne, enracinée dans les théories de la pulsion et les processus identificatoires liés à la différence des sexes, cette notion vient bousculer les repères classiques, en particulier ceux qui reposent sur la scène œdipienne et sur une naturalisation du sexué (Barden, 2011 ; Marchand, 2024).

4.2.1.1 Héritage développementaliste et lecture pathologisante. Dans son dialogue initial avec la psychiatrie et la médecine du début du XX^e siècle, la psychanalyse a souvent interprété les variations de genre et de sexualité à travers des schèmes normatifs (Ayouch, 2015 ; Barden, 2011). Les modèles freudiens et post-freudiens ont ainsi posé comme horizon la consolidation du sexe assigné à la naissance et l'hétérosexualité comme signe d'une maturation psychique « réussie » (Lingiardi et Nardelli, 2023 ; Lynch, 2021 ; Mair, 2006).

Ce cadrage a contribué à pathologiser les identités trans et non binaires, perçues comme des arrêts ou des échecs du développement (Berry et Lezos, 2017 ; Nathans, 2021). Il a également consolidé des normes hétéronormatives implicites et installé une logique déficitaire au sein des théories psychanalytiques (Gurreri, 2022). La portée de cet héritage a été officiellement reconnue en 2019, lorsque Lee Jaffe, alors président de l'American Psychoanalytic Association, a souligné la contribution historique de la psychanalyse à la stigmatisation des identités de genre non conformes (Tronconi, 2020, cité dans Mezzan et al., 2023).

¹ L'expression « les psychanalystes face à leurs propres impensés » s'appuie sur les travaux de Laufer et Rabain (2023), qui mentionnent : « Ce n'est pas à la psychanalyse de parler des personnes trans, mais aux personnes trans de dire à la psychanalyse dans quelle mesure la binarité sexuelle, l'hétéronormativité et la complémentarité des sexes peuvent poser problème. Par leur corps, les personnes transgenres rendent visibles et lisibles ces impensés qui contraignent, entravent, enferment et tourmentent » (p. 307).

4.2.1.2 Manque d'ouverture aux savoirs contemporains. À cet héritage s'ajoute la difficulté persistante d'une partie de la psychanalyse classique à dialoguer avec les disciplines qui, depuis la seconde moitié du XX^e siècle, ont profondément renouvelé la compréhension du genre et de la sexualité (Joy, 2024 ; Malark, 2017). Les études de genre, queer et trans, de même que les sciences sociales, ont montré que les catégories de sexe et de genre ne sont ni fixes ni universelles, mais historiquement situées et culturellement construites (Ayouch, 2015 ; Bosse, Sinacore et al., 2022 ; Lynch, 2021).

La psychanalyse est ainsi accusée d'avoir érigé la différence des sexes en « roc » structurant, ce qui limite la reconnaissance des vécus transgressant la binarité (Gurreri, 2022 ; Heenen-Wolff, 2021 ; Joy, 2024). Ce repli théorique a parfois accentué le décalage avec d'autres disciplines qui invitent à penser le genre comme fluide et pluriel, donnant l'impression d'un cadre conceptuel figé sur ses propres paradigmes alors même que le contexte scientifique et culturel évolue rapidement (Ayouch, 2015 ; Marchand, 2024).

4.2.1.3 Réductionnisme intrapsychique et négligence des contextes sociaux. Un autre ensemble de remises en question vise la tendance à expliquer la diversité des identités de genre par des schèmes psychiques universalisés, tels que les traumatismes infantiles, les conflits œdipiens ou les fixations développementales (Ehrensaft, 2021 ; Lemma, 2018). Une telle lecture anhistorique conduit à considérer les identités trans et non binaires comme des manifestations d'un développement compromis ou inachevé (Heenen-Wolff, 2021).

Ce réductionnisme a deux effets majeurs. D'une part, il invisibilise les dimensions sociales et relationnelles qui façonnent les trajectoires identitaires (Barden, 2011 ; Ciclitira et Foster, 2012 ; Lynch, 2021) et d'autre part, il tend à naturaliser les catégories de sexe et de genre, perçues comme universelles, alors qu'elles sont traversées par des rapports de pouvoir et des contextes historiques spécifiques (Elis, 2021 ; Lingiardi et Nardelli, 2023).

4.2.1.4 L'opacité et le retrait du clinicien dans la relation thérapeutique : Enfin, plusieurs auteur·es mettent en cause la prétention à une neutralité totale dans la relation clinique (Evzonas, 2024 ; Marchand, 2019). Comme le souligne Marchand (2019), « ne rien entreprendre » ne peut être considéré comme neutre et risque d'être vécu comme invalidant par les patients issus de la

diversité sexuelle et de genre. D'autres analystes (Berry et Lezos, 2017 ; Guerreri, 2022 ; Mair, 2006 ; Malark, 2017) montrent qu'une réserve prolongée peut réactiver des blessures narcissiques ou être interprétée comme un désintérêt. Pour Ehrensaft (2021) et Stona (2022), une neutralité trop stricte peut même s'apparenter à une forme implicite de thérapie réparatrice, reproduisant des violences cliniques. Plutôt que d'assurer une objectivité, elle risque alors de masquer les positions implicites de l'analyste et de réactiver, dans le transfert, des vécus de honte ou de rejet.

Ces critiques ont mis en évidence les limites d'une lecture exclusivement intrapsychique et ouvert la voie à des approches plus attentives à l'articulation entre dynamiques psychiques, contextes sociaux et transformations culturelles. Elles annoncent les débats contemporains marqués par le déploiement de positions cliniques et théoriques contrastées.

4.2.2 Diversité des positions psychanalytiques face à la pluralité des genres. Les critiques adressées à la tradition psychanalytique ne concernent pas seulement ses fondements théoriques, elles traversent également la clinique concrète auprès des adolescent·es en questionnement de genre. La littérature contemporaine montre ainsi que la psychanalyse ne constitue pas un bloc homogène mais un champ travaillé par des sensibilités théoriques et cliniques différenciées. Ces divergences touchent à la manière de concevoir le sujet et le genre, mais orientent aussi des pratiques distinctes quant au cadre analytique et à l'accompagnement des jeunes.

Dans ce contexte, Gozlan (2022) et Marchand (2019) ont mis en évidence l'existence de deux pôles de positionnement. Une approche « prudente », plus traditionnelle et centrée sur une neutralité revendiquée et une approche « affirmative », qui propose un soutien explicite à la transition et à l'expression identitaire. Cette polarisation se retrouve dans le corpus analysé, où une minorité de textes s'inscrivent dans une approche franchement affirmative ($n = 3$), tandis que les approches classiques ou prudentes apparaissent plus fréquemment ($n = 16$). Toutefois, la majorité des contributions ($n = 37$) se situent dans une position intermédiaire ou évolutive, cherchant à retravailler les concepts psychanalytiques à la lumière des transformations contemporaines.

Cette typologie ne vise pas à enfermer les écrits dans des catégories figées, mais à dégager les lignes de force qui structurent aujourd'hui les débats. Les pages qui suivent présentent

successivement les spécificités de ces trois orientations, afin d'en éclairer les logiques cliniques et les implications pour la pratique auprès des adolescent·es.

4.2.2.1 Le courant affirmatif. Cette orientation met l'accent sur la nécessité de rompre avec la pathologisation historique et la rigidité binaire qui ont longtemps marqué la psychanalyse (Gherovici, 2017 ; Mezzan et al., 2023 ; Sironi, 2011). Plusieurs analystes (Gurreri, 2022 ; Heenen-Wolff, 2021) plaident pour une actualisation de la métapsychologie à la lumière des contextes socioculturels et des nouvelles formes de rapport au corps. Les concepts de différence des sexes, de bisexualité psychique ou de castration sont ainsi historicisés et ouverts à la pluralité des devenirs (Ayouch, 2015 ; Lingiard et Nardelli, 2023). Sur le plan clinique, cette approche valorise un cadre sécurisant et non normatif, le respect des noms et pronoms choisis et la reconnaissance des formes singulières d'expression identitaire. Elle insiste aussi sur l'importance du travail transférentiel et contre-transférentiel pour déjouer les biais cisnormatifs (Gozlan, 2023 ; Hansbury, 2017).

Sa force réside dans sa valeur éthique et sa vigilance face aux effets iatrogènes des approches normatives, mais certains soulèvent le risque d'aplanir la conflictualité psychique si la reconnaissance sociale devient prépondérante (Lemma, 2018).

4.2.2.2 Le courant classique ou prudent. À l'opposé, un courant rattaché à la psychanalyse classique considère que les concepts d'Œdipe, de castration ou de sexuation demeurent indispensables pour penser les remaniements identificatoires. L'Association internationale de psychanalyse (2017) rappelle que les théories analytiques doivent être replacées dans leur histoire et leur contexte, mais que leur validité ne saurait être indexée sur les seules évolutions sociales. Dans cette perspective, le genre y est conçu avant tout comme structuré par la logique du désir et par les organisateurs psychiques fondamentaux (Flavigny, 2012). Cliniquement, cette orientation se caractérise par le maintien de la neutralité et de l'abstinence, une vigilance face aux demandes somatiques souvent interprétées comme défensives et une temporalité longue centrée sur l'élucidation des conflits inconscients. Dans cette perspective, plusieurs auteur·es (Croix, 2022 ; Masson et Eliacheff, 2022) mettent en garde contre une médicalisation rapide qui risquerait de clore prématurément un questionnement identitaire lié à la bisexualité psychique. Ils

défendent un travail psychique approfondi et une prudence accrue face aux interventions somatiques hâtives.

Cette orientation valorise la profondeur du travail conflictuel et fantasmatique, mais elle est critiquée pour son risque de reconduire une essentialisation de la différence des sexes et pour sa difficulté à intégrer le stress minoritaire et les violences normatives.

4.2.2.3 Le courant intermédiaire ou évolutif. Entre ces deux pôles se déploient une voie transformative reprend les concepts psychanalytiques sans les abandonner ni les figer, en les retravaillant à la lumière des transformations contemporaines. Des auteur·es comme Lemma (2018, 2022), Marchand (2024), Saketopoulou (2020) et Samy (2024) mettent en avant une élaboration qui intègre l'ambivalence, l'intersubjectivité et l'historicité des parcours. Le genre est appréhendé comme une expérience relationnelle et processuelle, structurée par les fantasmes inconscients tout en étant façonnée par les scènes culturelles et sociales. De ce point de vue, toute norme développementale fixe est récusée, de même que l'idée d'une causalité unique des questionnements identitaires (Ellis, 2021 ; Nathans, 2021).

Sur le plan clinique, ce courant valorise un cadre conjuguant stabilité et réflexivité, une posture de non-savoir ouverte à l'inattendu et une écoute des demandes corporelles dans leur double registre, concret et fantasmatique. Son apport majeur tient de sa capacité à articuler les dimensions intrapsychiques, intersubjectives et sociales et son défi est de préserver la conflictualité sans la réduire à un simple contextualisme ni se perdre dans un éclectisme théorique.

Ces trois sensibilités se distinguent par la manière dont elles orientent le regard analytique. L'approche affirmative insiste sur la dépathologisation et la reconnaissance, l'approche prudente sur la permanence des organisateurs classiques, tandis que la voie évolutive cherche à tenir ensemble la conflictualité psychique, l'expérience subjective du corps et l'historicité. Plutôt qu'un classement figé, cette cartographie invite à lire les tensions qui traversent la psychothérapie psychodynamique contemporaine et à comprendre comment elles orientent, de manière diverse, la pratique auprès des adolescent·es en quête de repères identitaires.

4.3 Clivages géographiques et générationnels

La cartographie des positions psychanalytiques face au genre ne rend pas entièrement compte d'une autre dimension essentielle. Au-delà des divergences théoriques, la littérature fait apparaître des clivages géographiques et générationnels qui traversent le champ. Ces différences, souvent implicites, rappellent que la psychanalyse n'évolue jamais dans un espace neutre, mais toujours dans un cadre historique et culturel situé.

4.3.1 *Europe versus Amérique du Nord.* Les premières consultations spécialisées ont vu le jour aux États-Unis et au Canada dans les années 1970, avant de se développer en Europe, notamment aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (Rabain, 2023). En France, ce n'est qu'en 2013 que trois consultations pionnières ont été ouvertes (Condat et al., 2016), témoignant d'un décalage institutionnel et temporel. La majorité des textes traditionnels recensés dans le corpus proviennent de France (n = 13 sur 16), marqués par une forte référence freudienne et par une conception structurale du genre (Evzonas, 2024 ; Wielart, 2020). Néanmoins, ce paysage ne se réduit pas à la perspective traditionnelle : avec un total de vingt-sept publications, la production française comprend aussi une part significative de travaux inscrits dans des positions intermédiaires.

La littérature nord-américaine met davantage l'accent sur la diversité des récits trans et sur les processus transférentiels, dans une sensibilité relationnelle et intersubjective. Levine (2019, cité par Evzonas, 2024) associe ce contraste à deux épistémologies, un modèle « archéologique », dominant en Europe, centré sur le dévoilement du conflit inconscient, et un modèle « transformationnel », plus présent en Amérique du Nord, qui valorise la co-construction de l'expérience et le rôle actif du clinicien.

Enfin, deux textes explicitement affirmatifs proviennent de contextes socioculturels plus restrictifs, en Argentine et au Maroc, la prégnance des normes y favorisant l'émergence de discours critiques. Au Maroc, Rachidi et al. (2023) montrent que l'accompagnement se limite souvent à la gestion de la souffrance liée à la stigmatisation, l'approche affirmative ne pouvant être mise en œuvre dans ce contexte culturel. Cette contrainte rend d'autant plus audibles les appels à une écoute éthique, collaborative et ouverte. En Amérique latine, Tajer et al. (2023) décrivent le poids d'un idéal

masculiniste hégémonique, qui complique l'accueil des vécus trans et non binaires et renforce la nécessité de repenser les pratiques psychanalytiques.

4.3.2 *Analystes seniors versus les jeunes générations.* Un second clivage oppose analystes seniors et jeunes générations (Zoldan et Rambeau-Collin, 2024). Selon Corbett (2001), les cliniciens formés dans les cadres classiques manifestent souvent une résistance aux approches affirmatives et aux théories queer, perçues comme un risque de dilution des fondements de la psychanalyse. À l'inverse, de nombreux jeunes cliniciens plaident pour une psychanalyse capable d'interroger ses propres impensés, plus attentive aux enjeux sociopolitiques et ouverte aux apports des sciences sociales (Corbet, 2001 ; Gabarron-Garcia, 2021). Ces différences de générationnelles ne relèvent donc pas seulement d'une évolution théorique, mais traduisent des sensibilités cliniques contrastées dans la manière d'accueillir les parcours trans et non binaires.

4.3.3 *Effets sur la clinique actuelle.* Ces écarts, qu'ils soient géographiques ou générationnels, se rejouent dans la rencontre clinique elle-même. Les analystes doivent composer avec des attentes contradictoires, certains mettant l'accent sur la temporalité longue et la prudence nécessaires à l'élaboration psychique, tandis que d'autres accentuent les risques liés à un délai trop important, susceptible d'accentuer la détresse des adolescent·es et de renforcer un vécu d'impasse. Comme le rappelle Hansbury (2017), la séance devient alors le lieu où s'affrontent héritages conceptuels, idéologies culturelles et demandes subjectives. Ces tensions se manifestent également en supervision, lorsque la posture théorique de certains superviseurs conduit de jeunes cliniciens à une suridentification défensive avec leurs patients, ce qui peut réduire leur capacité à reconnaître la complexité des enjeux psychiques (Evzonas, 2022).

Elles rappellent enfin la nécessité d'une réflexion sur la formation et la transmission psychanalytiques afin d'intégrer les apports de disciplines connexes et de développer une réflexivité critique sur les implicites théoriques et institutionnels.

En définitive, les positions psychanalytiques face au genre ne peuvent être comprises qu'en les replaçant dans les contextes dans lesquelles elles émergent. Traditions nationales, environnements socioculturels et écarts générationnels façonnent à la fois les sensibilités cliniques et les orientations conceptuelles. L'accompagnement des adolescent·es en questionnement de genre

s'élabore ainsi toujours au croisement de choix théoriques, d'héritages culturels et de réalités sociales.

4.4 Implications cliniques et pour la formation

Les résultats de cet examen de la portée ne se limitent pas à mettre en évidence des clivages théoriques ou des sensibilités divergentes. Ils dessinent également des lignes directrices susceptibles d'orienter la pratique clinique et d'éclairer la formation des futurs cliniciens. Ils ouvrent ainsi sur un champ qui requiert souplesse, vigilance éthique et créativité. L'un des fils conducteurs qui se dégage de l'ensemble des travaux recensés est l'exigence d'une psychanalyse réflexive, attentive à ses présupposés théoriques et capable d'accueillir la singularité des parcours adolescents sans les rabattre sur des schèmes normatifs.

Cette réflexivité se déploie d'abord dans la rencontre clinique. Être analyste, c'est accepter de se laisser ébranler par des expériences inédites et reconnaître que l'inconfort, loin de constituer un obstacle, peut devenir un moteur de travail. Une telle disponibilité permet de maintenir ouvert l'espace d'exploration psychique, sans réduire trop rapidement la dissonance de genre, et de remettre en question les modèles conceptuels lorsqu'ils se révèlent trop rigides pour accueillir la singularité des trajectoires (Gozlan, 2022 ; Marchand, 2019 ; Silber, 2019). Dans le même mouvement, cette réflexivité engage une attention soutenue au transfert et au contre-transfert, intensifiés par les enjeux identitaires liés au genre. Leur élaboration apparaît alors essentielle pour éviter que l'angoisse ou la confusion du clinicien ne s'imposent dans la cure, et pour transformer ces résonances inconscientes en véritables leviers de compréhension (Rabain, 2021, 2024 ; Tsoukala, 2018). Le contre-transfert est envisagé comme un espace dans lequel se rejouent les biais implicites du praticien, appelant un travail continu qui engage directement sa responsabilité éthique (Berry et Lezos, 2017 ; Ratigan, 2018; Lynch, 2021).

Ces considérations trouvent une déclinaison directe dans le champ de la formation. Les interventions relevées dans le corpus, bien que singulières, offrent des repères transposables permettant de penser non seulement la pratique individuelle, mais aussi l'accompagnement des cliniciens en devenir. L'accent mis sur la posture réflexive et sur la complexité des processus identificatoires souligne la nécessité de préparer les futurs praticiens à accueillir la pluralité des

trajectoires. Plusieurs travaux recommandent d'intégrer explicitement la diversité de genre dans les cursus de psychiatrie, de psychologie et de psychanalyse, à travers des enseignements portant sur les dimensions éthiques, juridiques et sociopolitiques (Laufer et Rabain, 2023 ; Rabain, 2021). La formation ne saurait pour autant se restreindre à la transmission de savoirs théoriques. Elle doit également proposer des dispositifs de supervision et d'intervision où les cliniciens peuvent élaborer leurs réactions contre-transférentielles, interroger leurs représentations du genre et travailler les tensions institutionnelles auxquelles ils sont confrontés. Ces espaces collectifs visent à inscrire la réflexivité au cœur de la transmission, tout en participant au développement de compétences professionnelles indispensables pour exercer auprès d'une population souvent exposée à de vifs débats sociaux et idéologiques.

Ainsi, la valorisation d'une posture réflexive s'articule directement avec l'attention portée à la souffrance des adolescent·es telle qu'elle ressort de la première partie des résultats. Qu'il s'agisse de conflits intrapsychiques, de troubles associés, de ruptures familiales ou de violences sociales et institutionnelles, cette souffrance ne se laisse pas réduire à un registre unique. Elle requiert au contraire une pratique capable d'articuler écoute et créativité, stabilité et vigilance éthique. La réflexivité apparaît alors comme le fil conducteur qui relie la compréhension de cette souffrance, l'élaboration clinique et la formation des praticiens.

4.5 Limites de l'étude, zones d'ombre

Cette dernière partie de la discussion met en évidence à la fois les limites de l'étude et les zones d'ombre de la littérature, tout en esquisant les perspectives qu'elles ouvrent. Sur le plan méthodologique, l'absence d'évaluation critique des sources constitue une limite inhérente aux examens de la portée, puisque la sélection repose sur la pertinence des textes pour la question de recherche et non sur leur qualité scientifique (Arksey et O'Malley, 2005). Si cette approche convient au caractère exploratoire de l'étude, elle ne permet pas de pondérer les résultats selon la robustesse des données. À cela s'ajoute un biais linguistique et culturel lié au choix de publications en anglais et en français, qui favorise la surreprésentation des travaux occidentaux. Une étape supplémentaire de sélection, inspirée de Peters et al. (2020), a par ailleurs été introduite entre le tri initial des articles sur la base des titres et résumés (étape 1) et la lecture intégrale des textes retenus (étape 2). Cette étape intermédiaire consistait à vérifier certains critères d'inclusion, tels que l'âge

des participant·es, qui n'étaient pas toujours mentionnés dans les résumés. Lorsque ces critères n'étaient pas remplis, l'article était exclu avant lecture complète, ce qui a concerné 32 articles, comme le montre le diagramme PRISMA (p.27). Cette procédure a permis de réduire le nombre de textes soumis à l'analyse en profondeur, mais elle comporte le risque d'avoir écarté par erreur des références pertinentes. Enfin, il convient de rappeler le positionnement réflexif adopté par l'auteure, inscrit dans une perspective intermédiaire et évolutive. Il peut avoir influencé l'analyse, malgré un souci de neutralité dans la volonté de restituer la pluralité des positions et d'éviter toute lecture univoque.

Certaines zones d'ombre relèvent toutefois des lacunes de la littérature elle-même. La manière dont le positionnement idéologique des clinicien·nes influe sur la dynamique contre-transférentielle reste peu explorée (Evzonas, 2024). Les effets des identifications numériques ou communautaires sur les processus identificatoires de genre demeurent largement méconnus (Croix, 2022 ; Del Mar Miller, 2024 ; Flanders, 2023 ; Lions, 2024). De même, l'impact des différentes temporalités de prise en charge, qu'il s'agisse d'attente prolongée, d'approche intégrative ou de traitement préalable obligatoire, sur les trajectoires psychiques et médicales à long terme est rarement documenté (Condat et Cohen, 2022 ; Lopez et Wortman, 2023). Enfin, à notre connaissance, le vécu des jeunes et de leurs familles face aux choix thérapeutiques, particulièrement dans des contextes socioculturels variés, sont encore très peu rapportés.

4.6 Ouverture vers des pistes de recherche futurs

Ces constats invitent à poursuivre la recherche au-delà des contextes nord-américains et européens. Explorer la manière dont les dimensions culturelles et linguistiques façonnent les parcours identitaires, les demandes de soins et les réponses institutionnelles apparaît comme une étape nécessaire pour élargir la compréhension de ces expériences et enrichir la pratique clinique. Une revue systématique pourrait constituer un prolongement pertinent de ce travail exploratoire, en permettant d'évaluer plus finement la qualité des données empiriques disponibles et de dégager des recommandations cliniques appuyées sur des bases méthodologiques plus robustes.

CONCLUSION

L'histoire de la psychanalyse a longtemps associé la transidentité au registre psychotique (Laufer, Marchand et Bony, 2021). Plusieurs analystes, notamment Czermak (2012), ont tiré de leurs expériences hospitalières auprès de patient·es psychotiques des généralisations qui ont contribué à figer une représentation pathologisante de la transidentité (Condat et Cohen, 2022). Pertinentes dans leur contexte, ces lectures ont par la suite été amplifiées de manière disproportionnée, consolidant l'idée d'un destin psychotique inhérent à toute trajectoire trans. Les identités de genre non conformes ont ensuite été interprétées comme l'expression d'un symptôme hystérique (Gherovici, 2017) ou comme l'indice de jouissances perverses (Evzonas, 2020 ; Heenen-Wolff, 2021), puis comme des manifestations symptomatiques d'une structuration limite (Evzonas, 2020 ; Heenen-Wolff, 2021).

Si ces conceptions relèvent d'un héritage théorique inscrit dans un contexte historique particulier, elles continuent néanmoins d'imprégner la clinique contemporaine, avec une acuité singulière dans le champ de l'adolescence. Puberté, remaniements identificatoires et conflits intrapsychiques s'articulent désormais à l'élargissement des modèles identificatoires, à l'accès croissant aux interventions médicales et aux transformations législatives. Ces ouvertures offrent aux jeunes de nouveaux espaces de subjectivation (Gozlan, 2023), mais elles suscitent également des angoisses considérables pour les familles, les institutions et les clinicien·nes, confrontés à une responsabilité perçue comme déterminante pour l'avenir psychique. Ces préoccupations se manifestent parfois sous la forme d'un discours sur la « contagion sociale » (Littman, 2018), à travers les interrogations relatives à la fonction des espaces numériques et des communautés en ligne dans la construction des identifications de genre. Ces débats, qui traversent également le champ psychanalytique, invitent à réexaminer l'articulation entre processus intrapsychiques et dynamiques socioculturelles, dans une perspective qui évite toute réduction unilatérale.

Ces controverses théoriques et cliniques constituent la toile de fond du présent travail. Dans l'esprit des recommandations de Saketopoulou (2020), l'analyse s'est centrée sur les élaborations issues de l'expérience clinique directe auprès de patient·es en questionnement de genre, en se démarquant des positions théoriques énoncées par des analystes sans pratique effective de ce champ. Ce choix

permet d'en appréhender les enjeux dans leur dimension concrète et relationnelle, là où se cristallisent les tensions les plus vives et s'esquissent les ouvertures les plus fécondes pour la pratique. L'examen de la portée s'est dès lors appuyé sur les contributions d'auteurs contemporains, afin de mieux comprendre la manière dont la souffrance psychique des adolescent·es en questionnement de genre est conceptualisée et quelles postures cliniques sont mobilisées pour les accompagner.

L'analyse thématique descriptive a permis de mettre en évidence une série de préoccupations récurrentes, qu'il s'agisse de la reconnaissance de la souffrance psychique, de la définition d'un cadre thérapeutique, de l'élaboration des positions identificatoires ou encore de l'articulation entre dimensions médicales, sociales et institutionnelles. Ces constats, bien qu'ancrés dans des contextes cliniques diversifiés, convergent pour dessiner les contours d'une clinique en tension entre fidélité aux cadres analytiques hérités et nécessité d'innovation face aux réalités contemporaines. De ces matériaux s'est dégagée une synthèse intégrative, qui a souligné la capacité de la psychanalyse à accueillir la conflictualité psychique, à travailler transferts et contre-transferts dans toute leur intensité, et à préserver des temporalités subjectives souvent dissonantes avec l'urgence sociale ou médicale.

La littérature recensée met en évidence une pluralité d'orientations psychanalytiques face aux enjeux du genre. Certaines conceptions dites classiques privilégient une lecture centrée sur l'intrapsychique et tendent à négliger les contextes historiques et sociaux, ce qui peut conduire à figer des représentations normatives. Les approches transaffirmatives, en contrepoint, valorisent la reconnaissance des vécus trans et l'appui sur les transformations culturelles et institutionnelles, mais leur limite réside dans une tendance à sous-estimer l'incidence des conflits intrapsychiques et de leur élaboration. L'approche intermédiaire, enfin, qui apparaît aujourd'hui comme la plus fréquemment mobilisée dans la clinique contemporaine, cherche à articuler dynamiques psychiques et contextes socioculturels dans une posture ouverte à l'inattendu, tout en exigeant une souplesse et une créativité clinique parfois difficiles à maintenir dans des cadres institutionnels contraints.

La fécondité de cette orientation repose sur la réflexivité qui en constitue la condition essentielle. Celle-ci engage le clinicien à assumer une position de non-savoir, à se laisser surprendre sans

réduire trop rapidement la dissonance, à travailler les résonances transféro-contre-transférentielles et à préserver un espace analytique où la subjectivation puisse se déployer. Plusieurs auteur·es rappellent que cette exigence s'appuie également sur des dispositifs de supervision, d'intervision de travail pluridisciplinaire qui offrent un cadre pour élaborer ces mouvements, interroger les représentations implicites du genre et soutenir une pratique capable de résister aux polarisations idéologiques. Dans cette perspective, l'approche intermédiaire inclut aussi la prise en compte des contextes socioculturels où s'inscrivent les parcours, en reconnaissant l'incidence des expériences de marginalisation, de stigmatisation et de discrimination. Ces dimensions, loin d'être périphériques, interagissent avec la conflictualité psychique et modèlent les modalités de subjectivation. Ce qui se dessine alors est une clinique à la fois souple et rigoureuse, qui préserve la conflictualité et ouvre à la psychanalyse un espace renouvelé pour penser la complexité des devenirs identitaires.

Cette réflexivité ne se réduit pas à la posture clinique. Elle engage également une remise en question des modèles théoriques eux-mêmes. Plusieurs auteur·es ont mis en évidence les limites de certains concepts classiques, tels le complexe d'Œdipe ou la castration, pour appréhender les configurations contemporaines liées au genre, et invitent à les réévaluer à la lumière des mutations historiques et des transformations sociales (Blestcher, 2023 ; Gozlan, 2022). D'autres proposent d'élaborer une métapsychologie du genre (Samy, 2024), ou encore d'intégrer aux approches psychanalytiques les apports des études de genre et queer (Laufer et Rabain, 2023). Enfin, des travaux récents recommandent de développer de nouveaux modèles de recherche, psychanalytiques et éthiques, capables de tenir ensemble dynamiques inconscientes et contextes sociopolitiques dans la subjectivation de genre (Lopez et Wortman, 2023).

En conclusion, la rencontre avec les adolescent·es en questionnement de genre n'apporte pas de réponses définitives, mais engage la psychanalyse à poursuivre son travail d'invention, à demeurer disponible à l'inattendu et à se laisser transformer par ce qu'elle rencontre. En ce sens, plusieurs auteur·es insistent sur la nécessité pour la psychanalyse de s'adapter aux recherches contemporaines et d'intégrer la voix des analystes provenant de la diversité de genre (Giovanardi et al., 2019 ; Saketopoulou, 2020). Comme le rappellent Mezza et al. (2023), reconnaître le droit à l'autodétermination et soutenir l'expression de soi apparaissent dès lors comme des conditions essentielles, non seulement pour éviter de reconduire les biais historiques, mais aussi pour favoriser

la résilience et le bien-être psychique des adolescent·es en questionnement de genre. Il importe de rappeler que, pour plusieurs adolescent·es, la reconnaissance familiale, sociale ou par le ou la clinicien·ne peut suffire à soutenir un processus de subjectivation, sans recours nécessaire à des interventions médicales ou chirurgicales (Hefez et Hiridjee, 2021). Ce cheminement reste ouvert, invitant moins à conclure qu'à continuer de penser et d'écouter.

ANNEXE A

STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Tableau 2
Détails de la recherche documentaire

#	Base de données	Date	Recherche exacte	Champs inter-régés	Filtres appliqués	NB
1	PsycINFO	1 ^{er} février 2025	Adolescen* OR teen* AND Transgend* OR "gender dysphoria" OR "Gender Identity" OR "gender transition" OR "gender transitioning" OR "gender variance" OR transidentification OR "gender discordance" OR "gender fluidity" OR "gender incongruence" OR "Nonbinary" OR "non-binary" OR "non-binarity" OR transsexual* OR "gender diverse" OR "gender representation" AND Psychoanal* OR psychodynamic OR countertransfer* OR transfer* OR "unconscious processes"	Any fields	2018-2025	137
2	Scopus	1 ^{er} Février 2025	Adolescen* OR teen* AND Transgend* OR "gender dysphoria" OR "Gender Identity" OR "gender transition" OR "gender transitioning" OR "gender variance" OR transidentification OR "gender discordance" OR "gender fluidity" OR "gender incongruence" OR "Nonbinary" OR "non-binary" OR "non-binarity" OR transsexual* OR "gender diverse" OR "gender representation" AND Psychoanal* OR psychodynamic OR countertransfer* OR transfer* OR "unconscious processes"	Article title, abstract, keywords	2018-2025 Anglais et français	91
3	Gender Watch	1 ^{er} Février 2025	(Adolescen* OR teen*) AND (Transgend* OR "gender dysphoria" OR "Gender Identity" OR "gender transition" OR "gender transitioning" OR "gender variance" OR transidentification OR "gender discordance" OR "gender fluidity" OR "gender incongruence" OR "Nonbinary" OR "non-binary" OR "non-binarity" OR transsexual* OR "gender diverse" OR "gender representation") AND (Psychoanal* OR psychodynamic OR countertransfer* OR transfer* OR "unconscious processes")	Partout, sauf texte intégral NOFT	2018-2025 Anglais et français	1
4	Gender studies	1 ^{er} février 2025	Adolescen* OR teen* AND Transgend* OR "gender dysphoria" OR "Gender Identity" OR "gender transition" OR "gender transitioning" OR "gender variance" OR transidentification OR "gender discordance" OR "gender fluidity" OR "gender incongruence" OR "Nonbinary" OR "non-binary" OR "non-binarity" OR transsexual* OR "gender diverse" OR "gender representation" AND Psychoanal* OR psychodynamic OR countertransfer* OR transfer* OR "unconscious processes"	Tous les champs	Dans les 10 dernières années	4
5	Archives of Sexuality & Gender	1 ^{er} Février 2025	Adolescen* OR teen* AND Transgend* OR "gender dysphoria" OR "Gender Identity" OR "gender transition" OR "gender transitioning" OR "gender variance" OR transidentification OR "gender discordance" OR "gender fluidity" OR "gender incongruence" OR "Nonbinary" OR "non-binary" OR "non-binarity" OR transsexual* OR	Mots clés	2018 et plus Français et anglais	0

#	Base de données	Date	Recherche exacte	Champs inter-rogés	Filtres appliqués	NB
			"gender diverse" OR "gender representation" AND Psychoanal* OR psychodynamic OR countertransfer* OR transfer* OR "unconscious processes"			
6	LGBTQ+ Life	2 Février 2025	Adolescen* OR teen* AND Transgend* OR "gender dysphoria" OR "Gender Identity" OR "gender transition" OR "gender transitioning" OR "gender variance" OR transidentification OR "gender discordance" OR "gender fluidity" OR "gender incongruence" OR "Nonbinary" OR "non-binary" OR "non-binarity" OR transsexual* OR "gender diverse" OR "gender representation" AND Psychoanal* OR psychodynamic OR countertransfer* OR transfer* OR "unconscious processes"	Tous les champs	10 dernières années	5
7	Érudit	2 février 2025	Adolescen* ET transgen* OU "dysphorie de genre" OU "Identité de genre" OU "transition de genre" OU transidentité OU "discordance de genre" OU "fluidité de genre" OU "incongruence de genre" OU "non-binarité" OU transsexual* OU "représentation de genre" ET psychanal* OU psychodynamique OU contre-transfert OU transfert OU processus inconscients	Tous les champs sauf texte intégral	2018-2025 Anglais et français	15
8	OpenEdition	2 février 2025	adolescent ("Identité de genre" OR transgenre) AND (psychanalyse OR psychodynamique) site:openedition.org	Tous les champs	2018-2025 Français	55
9	cairn	2 février 2025	Adolescen* ET transgen* OU "dysphorie de genre" OU "Identité de genre" OU "transition de genre" OU transidentité OU "discordance de genre" OU "fluidité de genre" OU "incongruence de genre" OU "non-binarité" OU transsexual* OU "représentation de genre" ET psychanal* OU psychodynamique OU contre-transfert OU transfert OU processus inconscients	Résumé	10 dernières années	194
10	Persée	2 février 2025	adolescent ("Identité de genre" OR transgenre) AND (psychanalyse OR psychodynamique) site:persee.fr	Tous les champs		0

Note. La colonne « # » indique le numéro de la recherche. La colonne « NB » se réfère au nombre de résultats obtenus.

ANNEXE B
SÉLECTION DES ÉTUDES

Tableau 3
Grille de sélection des études

# Critères	Type de Critères	Critères	Spécifications
1	Population	Adolescents de 13 à 17 ans	Inclusion possible des études avec des tranches d'âge plus larges (≥ 12 ans ou ≤ 18 ans) sous réserve d'une analyse de pertinence.
1	Concept	Psychothérapie psychodynamique	Toutes les approches psychodynamiques. Si une étude inclut différentes approches psychothérapeutiques -par exemple, psychodynamique et TCC-, elle peut être incluse si des résultats spécifiques à la psychothérapie psychodynamique sont détaillés.
1	Concept	Adolescents en questionnement de genre	Transgenre, non binaires, a-genre et toutes les minorités de genre.
2	Contexte	Psychothérapie Individuelle, familiale ou de groupe.	À condition que l'adolescent soit directement impliqué.
3	Années de publication	2018 et plus	
4	Langues	Français et anglais	
5	Types d'études	Toutes	À l'exception des erratums

ANNEXE C

EXTRACTION DES DONNÉES

Tableau 4

Exemples d'utilisation de la grille d'extraction des données

ID	Principaux enjeux observés pour les adolescents	Principales interventions effectuées
A18	Ambivalence identitaire exprimée par le désir d'être reconnu garçon tout en rejetant certaines caractéristiques masculines et en conservant une esthétique féminine. Détresse face à la puberté avec l'apparition des seins vécue comme terrifiante, entraînant anxiété et automutilation. Ambivalence face à la chirurgie avec une demande insistante d'une mastectomie accompagnée d'hésitation explicite (« Est-ce vraiment ce que je veux? »). Souffrance liée au regard externe marquée par une angoisse intense face aux erreurs d'identification par autrui. Ambivalence transférentielle caractérisée par une oscillation entre contrôle agressif du cadre analytique (silences, attaques) et demande implicite d'attention et de reconnaissance. Refus de l'exploration psychique avec un rejet marqué de toute exploration des significations psychiques du genre, malgré un désir manifeste de transition. Expression d'une impitoyabilité adolescente à travers des attaques transférentielles verbales fréquentes envers l'analyste perçu comme normatif. Recherche insistante de reconnaissance manifestée par une demande de validation externe (lettre), vécue comme urgente mais accompagnée d'une attitude de défiance.	Maintien d'un espace analytique intermédiaire permettant l'exploration du genre sans rechercher une origine causale ou traumatique Accueil des attaques transférentielles (« ruthlessness »), sans riposte persécutrice, afin de permettre une élaboration progressive Fourniture d'une lettre attestant du processus analytique de Sam, non comme affirmation morale mais comme holding transitionnel permettant une expérimentation subjective du genre. Renoncement progressif de l'analyste à ses attentes normatives ou théoriques afin de permettre à Sam de construire sa propre narration de genre. Questionnements ouverts (« Qui veux-tu devenir ? ») permettant une élaboration symbolisante progressive. Mise en évidence des ambivalences : Exploration analytique des contradictions dans les demandes exprimées par Sam (certitude/hésitation, reconnaissance/rejet).

ID	Principaux enjeux observés pour les adolescents	Principales interventions effectuées
A47	Simon: Difficultés liées au mégenrage, y compris au sein du dispositif thérapeutique. Conflits récurrents avec la mère, notamment autour de la reconnaissance de son identité de genre. Anxiété intense, avec manifestations proches d'une phobie sociale (peur d'être enlevé dans l'espace public). Histoire d'adoption transnationale précoce, peu élaborée psychiquement. Automutilations localisées au niveau de l'abdomen, apparues puis réactivées en période de crise. Crise suicidaire, avec idées de mort exprimées en séance. Honte associée aux menstruations, vécues comme une menace d'exposition de son assignation de naissance. Sentiment d'isolement ethnique et culturel à l'école. Difficulté à symboliser les expériences affectives et identitaires, notamment autour de la filiation et de l'origine. Mark\Xenobia: Frustration face à la centralité du genre dans les discours familiaux et sociaux. Sentiment d'exclusion et d'aliénation raciale, ancré dans des expériences précoces et répétées. Mélancolie raciale et détresse identitaire dans un contexte de deuxième génération d'immigration. Surcharge affective et sentiment d'étrangeté lors des séjours dans le pays d'origine. Dissonance entre le vécu subjectif et l'environnement familial. Difficulté de différenciation psychique face à des parents porteurs de deuils non élaborés. Effondrement du dialogue intergénérationnel, marqué par une tendance parentale à « réparer » plutôt qu'écouter. Automutilation comme expression d'un conflit psychique non symbolisé. Régulation de l'angoisse par des passages à l'acte liés au corps et à l'apparence.	Simon: Stabilisation de la crise suicidaire, sans recours à l'hospitalisation. Renforcement du lien mère-fils, marqué par une meilleure communication autour des vécus identitaires. Verbalisation accrue des expériences affectives et mise en récit de l'histoire adoptive. Participation active à un événement scolaire, avec prise de parole en langue d'origine. Diminution de la honte liée à l'identité de genre, notamment à travers l'élaboration conjointe de scènes de la vie quotidienne. Réduction du repli (ex. inclusion dans les photographies familiales). Amorce d'une intégration narrative des dimensions corporelles, culturelles et affectives du soi. Atténuation du sentiment de folie, à mesure qu'une cohérence narrative se constitue. Mark\Xenobia: Accès à une verbalisation plus directe des affects, notamment de la colère et de la confusion dans le lien maternel. Transformation de la honte en sentiment de fierté à l'égard de l'identité raciale et culturelle. Reprise d'une identification féminine, dans un mouvement subjectif assumé. Affirmation de l'agentivité, à travers le choix du prénom, de l'apparence et du positionnement subjectif. Réduction de l'anxiété, accompagnée d'une élaboration plus nuancée des dynamiques familiales. Ouverture d'un espace de pensée partagé sur les transmissions affectives et culturelles.

ID	Principaux enjeux observés pour les adolescents	Principales interventions effectuées
A56	Dysphorie de genre et trouble alimentaire comme solutions défensives. Refus initial de considérer l'anorexie comme un problème, maintien rigide du contrôle sur le corps. Désir d'ambiguïté de genre, arrêt du développement pubertaire, évitement des transformations corporelles. Pensée concrète limitant la symbolisation, recours à des solutions rigides et absolues. Attaques contre les liens et difficulté à tolérer l'exploration psychique. Identification au père et relation parentifiée avec la mère après la séparation parentale. Déni du deuil de la perte du père et impossibilité de symboliser cette absence. Angoisse face à la séparation et au processus adolescent de différenciation. Retrait relationnel initial, difficulté à reconnaître l'existence d'un « autre » avec une subjectivité propre.	Exploration des pensées et du monde interne du patient, sans objectif immédiat de changement, avec un travail progressif d'intégration entre monde interne et monde externe. Travail sur la transition de la pensée concrète à la pensée symbolique pour réduire la nécessité de réponses immédiates et absolues aux conflits internes. Accompagnement dans l'exploration des émotions sous-jacentes aux stratégies défensives rigides, en identifiant les oscillations entre positions schizoparanoïde et dépressive. Mise en évidence du lien entre le rapport au poison et les conflits internes non résolus. Création d'un espace thérapeutique ouvert, permettant au patient de revenir lorsqu'il se sent prêt.

Note. Seuls quelques articles représentatifs sont présentés ici à titre d'illustration. Les exemples ont été choisis pour refléter la diversité des méthodologies, des contextes cliniques et des types de résultats. La grille complète, incluant l'ensemble des articles, est disponible sur demande

ANNEXE D
PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ARTICLES ET DES CAS CLINIQUES INCLUS

Tableau 5 (D1)
Résumé descriptif des 56 articles inclus

ID	Auteur(s) et année	Titre de l'article	Pays	Type d'étude	Cadre clinique
A1	Adrian, V. (2018)	À l'écoute des adolescents transgenres: le premier entretien	France	Réflexion théorico-clinique	Consultation spécialisée
A2	Blanc, S. et Ledrait, A. (2024)	De l'impossible identification sexuée à la transidentification pubertaire : une étude de cas	France	Étude de cas	Consultation spécialisée
A3	Blestcher, F. (2023)	Adolescences dissidentes	Argentine	Réflexion théorico-clinique	—
A4	Bonfatto, M. et Crasnow, E. (2018)	Gender/ed identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service	Royaume-Uni	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Consultation spécialisée
A5	Cohen, A. (2024)	This is who I am: Psychotherapy with gender questioning and transgender adolescents	Royaume-Uni	Analyse théorico-clinique (vignette)	Consultation spécialisée
A6	Condat, A. et Cohen, D. (2022)	La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France: Controverses récentes et enjeux éthiques.	France	Réflexion théorico-clinique	Institutionnel
A7	Condat, A., Allouch, A. et Rabain, N. (2020)	Accompagner des mineur-e-s transgenres et leurs parents. Manifestations et clinique de l'angoisse.	France	Entretien clinique avec une experte	Consultation spécialisée
A8	Croix, L. (2022)	L'enquête des adolescentes « trans »	France	Recherche qualitative d'entretiens	—

ID	Auteur(s) et année	Titre de l'article	Pays	Type d'étude		Cadre clinique
A9	Del Mar Miller, K. (2024)	Caring for cryptids: Welcoming the more-than-human into psychoanalytic treatment	États-Unis	Étude de cas		NS
A10	Di Ceglie, D. (2021)	Shapes of gender identity: Three stories with impact	Royaume-Uni	Études de cas		Consultation spécialisée
A11	Di Ceglie, D. (2018)	The use of metaphors in understanding atypical gender identity development and its psychosocial impact	Royaume-Uni	Étude de cas		Consultation spécialisée
A12	Evzonas, N. et Rabain, N. (2021)	Un destin adolescent des signifiants énigmatiques	France	Analyse (vignette)	théorico-clinique	Institutionnel
A13	Flanders, S. (2023)	New challenges for adolescence: The virtual world and the gendered body	Royaume-Uni	Analyse (vignettes)	théorico-clinique	Institutionnel et privé
A14	Foigel, M. et Mezan, R. (2023)	De la non-conformité à la diversité de genre.	Brésil	Réflexion (groupes)	théorico-clinique	Consultation spécialisée
A15	Gauld, C. (2020)	Adolescents en questionnement de genre (incongruence ou dysphorie)	France	Réflexion (descriptive)	théorico-clinique	Institutionnel
A16	Gherovici, P. (2024)	Gender transition between life and death	États-Unis	Étude de cas		Privé
A17	Gozlan, O. (2023)	Adolescences trans: Quels défis pour la psychanalyse?	Canada	Réflexion (critique)	théorico-clinique	—
A18	Gozlan, O. (2022)	Adolescent ruthlessness and the transitioning of the analyst's mind	Canada	Étude de cas		NS

ID	Auteur(s) et année	Titre de l'article	Pays	Type d'étude	Cadre clinique
A19	Hefez, S. (2020)	Les limites du genre	France	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Institutionnel et privé
A20	Houssier, F. (2023)	Devenir une femme : féminin pur et changement catastrophique à l'adolescence	France	Étude de cas	NS
A21	Kurdziel, G., Flores, L. et Macfie, J. (2018)	The role of sexual and gender identity in long-term psychodynamic therapy for comorbid social anxiety and depression in an adolescent female	États-Unis	Étude de cas	NS
A22	Laufer, L. et Rabain, N. (2023)	Fluidités de genre	France	Réflexion théorico-clinique	NS
A23	Lemma, A. (2023)	The missing: Exploring the use of photographs in “working through” the natal body with transgender youth	Royaume-Uni	Étude de cas (composite)	Privé
A24	Lemma, A. (2018)	Trans-itory identities: Some psychoanalytic reflections on transgender identities	Royaume-Uni	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Consultation spécialisée
A25	Lions, A. (2024)	Réflexions cliniques et éthiques, analyse du discours et de la demande transidentitaire	France	Étude de cas	Institutionnel
A26	Long, K. (2024)	Transforming a body: Sculpting in therapy	États-Unis	Étude de cas	Institutionnel
A27	Lopez, D.L. et Wortman, A. (2023)	Gender as the new language of teen rebellion	États-Unis	Étude de cas	NS
A28	Marcelli, D. (2023)	Avoir le choix » : un enjeu de l'éducation contemporaine qui n'est pas sans conséquence psychopathologique...	France	Réflexion théorico-clinique	NS

ID	Auteur(s) et année	Titre de l'article	Pays	Type d'étude	Cadre clinique
A29	Marchand, J.B. (2019)	L'adolescent-e. transgenre: La désintrication du genre et du sexuel	France	Réflexion théorico-clinique	—
A30	McGleughlin, J. (2024)	Transgender imagining and the danger of normative theory	États-Unis	Analyse critique (vignette)	—
A31	Naso, R.C. (2018)	Finding and being a self: Schizoid phenomena in the psychoanalytic treatment of a transgendered adolescent	États-Unis	Étude de cas	NS
A32	Pechikoff, S. (2023)	Penser les transidentités au prisme de l'adolescence	France	Analyse théorico-clinique (vignette)	NS
A33	Périer, A., Harf, A., Radjack, R. et Moro, M.R. (2024)	L'adolescent/te en interrogation sur son identité de genre ou en conduite trans-affirmative : construire une alliance thérapeutique	France	Analyse théorico-clinique (vignettes)	NS
A34	Perret, A. (2025)	Adolescentes en demande de transition sexué	France	Étude de cas	NS
A35	Perret, A. (2022)	Quelle écoute psychanalytique auprès d'adolescents s'interrogeant sur leur identité sexuée	France	Analyse théorico-clinique	—
A36	Pernot-Masson, A.C. (2022)	La dysphorie de genre : l'expérience d'une pédopsychiatre, éléments théoriques et discussion	France	Étude de cas	Institutionnel
A37	Pommier, F. (2023)	Corps à prendre (ou à laisser)	France	Réflexion théorico-clinique	NS
A38	Porchat, P. (2023)	L'hormone ou la vie? Les menaces genrées.	Brésil	Étude de cas	Institutionnel

ID	Auteur(s) et année	Titre de l'article	Pays	Type d'étude	Cadre clinique
A39	Rabain, N. (2023)	Abord groupal de la diversité des genres à l'adolescence	France	Observations cliniques\analyse groupale	Consultation spécialisée
A40	Rabain, N. (2021)	Transference and countertrans-ference dynamics in multifamily Group for Transgender Adolescents	France	Observations cliniques\analyse groupale	Consultation spécialisée
A41	Rabain, N. (2020)	Les adolescent.e.s transgenres et leurs parents: abord groupal de la transition	France	Observations cliniques\analyse groupale	Consultation spécialisée
A42	Rachidi, L., Jbilou, W., Maaroufi, M., El Ouazzani, K., Faiki, A. et Benjelloun, G. (2023)	Dysphorie de genre: Entre tabou et réalité dans la peau des jeunes marocains (Cas clinique)	Maroc	Analyse théorico-clinique (vignette)	Institutionnel
A43	Ruiz, G. (2018)	Psychoanalytic trends in theory and practice: The second century of the talking cure	Royaume-Uni	Étude de cas	Institutionnel et privé
A44	Rustin, M. (2018)	Clinical commentary by Margaret Rustin, child and adolescent psychotherapist	Royaume-Uni	Étude de cas	Institutionnel
A45	Samy, M. (2024)	Tran in April: The analysis of a transgender adolescent with notes on the metapsychology of gender transition	Canada	Étude de cas	NS
A46	Schei Jessen, R., Wæhre, A., David, L. W., Indrevoll Stänicke, L. et Stänicke, E. (2025)	Finding Oneself in the Gazes of Others: An Exploration of Subjective Experiences of Gender Among Young Binary Transgender Men	Norvège	Recherche qualitative d'entretiens	Institutionnel
A47	Silber, L.M. (2019)	Locating ruptures encrypted in gender: Developmental and clinical considerations	États-Unis	Étude de cas	NS

ID	Auteur(s) et année	Titre de l'article	Pays	Type d'étude	Cadre clinique
A48	Sulimovic, L. et Balsan, G. (2019)	Dysphorie de genre à l'adolescence : enjeux identificatoires chez le consultant	France	Analyse théorico-clinique (vignettes)	Consultation spécialisée
A49	Thompson, C. (2023)	Transréalités	France	Étude de cas	NS
A50	Trichet, G. (2022)	Mila, l'envie d'un autre corps	France	Étude de cas	Institutionnel
A51	Tsoukala, K. (2018)	Un-certainty': working therapeutically with a transgender young person and learning to bear the unknown	Royaume-Uni	Étude de cas	NS
A52	Vaughan, S.C. (2018)	Suicidality in LGBTQ+ Youth	États-Unis	Étude de cas	NS
A53	Velt, J. (2022)	Imago, identifications et identités trans à l'adolescence	France	Étude de cas	NS
A54	Watson, E. (2022)	Gender transitioning and variance in children and adolescents: Some temporal and ethical considerations	Irlande	Réflexion théorico-clinique	Institutionnel
A55	Wielart, J. (2020)	Demandes de changement de genre à l'adolescence	France	Réflexion théorico-clinique	Institutionnel
A56	Wright, H. (2018)	'Emotional turbulence': the development of symbolic thinking in the psychothe-rapeutic treatment of an adolescent girl	Royaume-Uni	Étude de cas	Institutionnel

Note. Le « NS » signifie que l'information n'est pas spécifiée. Le symbole « _ » indique que l'information ne s'applique pas. La colonne « NB de cas » se réfère au nombre d'adolescent-es faisant l'objet d'un suivi ou d'une analyse clinique. Le « ID » est le numéro attribué à chaque article. Les auteur-s sont présentés en ordre alphabétique et lorsque plusieurs publications d'un même auteur sont incluses, elles apparaissent du plus récent au plus ancien afin de refléter l'ancrage de cet essai dans l'étude des pratiques contemporaines.

Tableau 6 (D2)
Caractéristiques cliniques et démographiques des cas inclus

ID	NB cas	Âge	Sexe à la naissance	Identification de genre aux premières consultations	Durée du suivi
A1	—	—	—	—	—
A2	1	17 ans	F	Dysphorique	7 mois
A3	—	—	—	—	—
A4	2	15 ans et 16 ans	F et G	Transgenre	NS
A5	2	12 ans et 13 ans	F et G	Transgenre	NS
A6	—	—	—	—	—
A7	—	—	—	—	—
A8	40	NS	34F et 6G	Trans	—
A9	1	NS	F	Trans	3 ans
A10	2	13 et 16 ans	2F	Transgenre	2 et 4 ans
A11	1	17 ans	F	Transgenre	Période de 2 ans
A12	1	18 ans	F	Transgenre	NS
A13	2	18 ans et NS	2F	Transgenre et non binaire	Quelques mois et 3 ans
A14	NS	Entre 12 et 17ans	NS	Transgenre et non binaire	NS
A15	1	13 ans	F	"Inconfort phorique"	NS
A16	1	19 ans	NS	Non binaire	1 séance
A17	—	—	—	—	—
A18	1	18 ans	F	Transgenre	Suivi sur 5 ans
A19	2	14 et 15 ans	F et G	Transgenre	NS
A20	1	13 ans	G	Transgenre	1 an
A21	1	14 ans	F	Non binaire	2 ans et 9 mois
A22	—	—	—	—	—

ID	NB cas	Âge	Sexe à la naissance	Identification de genre aux premières consultations	Durée du suivi
A23	2	16 ans et 17 ans	2F	Transgenre	5 ans et NS
A24	10	15 ans	10F	Transgenre	Entre 2 ans et 8 ans
A25	1	15 ans	F	Transgenre	NS
A26	1	13 ans	G	Non binaire	3 ans
A27	1	14 ans	F	A-genre	NS
A28	—	—	—	—	—
A29	—	—	—	—	—
A30	—	—	—	—	—
A31	1	14 ans	F	Non binaire	1 an
A32	1	14 ans	F	Non binaire	NS
A33	2	15 et 17 ans	F et G	Transgenre	2 ans
A34	—	—	—	—	—
A35	2	14 et 15 ans	2F	Transgenre	4 ans et NS
A36	5	Entre 15 à 17 ans	4F et 1G	Transgenre et non binaire	NS
A37	—	—	—	—	—
A38	2	15 et 16 ans	F	Transgenre et non binaire	NS
A39	10	Entre 14 à 19 ans	6 F et 2 G	Transgenre et non binaire	Plusieurs mois
A40	NS	NS	NS	Transgenre	Plusieurs mois
A41	10	Entre 13 à 19 ans	NS	Transgenre	Plusieurs mois
A42	1	14 ans	G	Transgenre	NS
A43	1	Entre 11 et 21	G	Transgenre	10 ans
A44	1	16 ans	F	Genre fluide	Environ 1 an
A45	1	12 ans à 19 ans	F	Transgenre	7 ans
A46	4	Entre 15 à 19 ans	4F	Transgenre	—

ID	NB cas	Âge	Sexe à la naissance	Identification de genre aux premières consultations	Durée du suivi
A47	2	13 et 14 ans	2F	Transgenre	—
A48	2	16 et 17 ans	2F	Transgenre	NS
A49	1	17 ans	F	Transgenre	NS
A50	1		F	Transgenre	18 mois
A51	1	16 ans	F	Transgenre	1 an
A52	1	17 ans	G	Transgenre	3 ans
A53	1	12 ans	F	Transgenre	NS
A54	—	—	—	—	NS
A55	NS	NS	F et G	Transgenre et non binaire	2 ans
A56	1	16 ans	F	Non binaire	3 ans

Note. Le «NS» signifie que l'information est non spécifié. Le symbole « _ » indique que l'information ne s'applique pas. La colonne « Durée du suivi » indique la durée approximative des suivis cliniques ou des observations lorsque cette information est disponible. La colonne « NB cas » se réfère au nombre d'adolescent-es faisant l'objet d'un suivi ou d'une analyse clinique. Le sigle « F » représenté fille et le « G » garçon. Les études sont classées par l'«ID».

RÉFÉRENCES

- Abbruzzese, E., Levine Stephen, B. et W. Mason, J. (2023). The myth of “reliable Research” in pediatric gender medicine : A critical evaluation of the dutch studies and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(6), 673-699. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>
- Adrian, V. (2018). À l’écoute des adolescents transgenres : Le premier entretien. *Revue Belge de Psychanalyse*, 72(1), 27-42. <https://doi.org/10.3917/rbp.072.0027>
- Alessandrin, A. (2014). Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : Ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logo. Revue de l'association française de sociologie*, 9. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2837>
- American Psychiatric Association. (1980/1983). *DSM-III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (traduit par P.Pichot et J.D. Guelfi ; 3^e éd.) Masson
- American Psychiatric Association et American Psychiatric Association Task Force. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV* (4th éd.). American Psychiatric Association.
- American psychiatric association (2004). *Mini DSM-IV-TR : critères diagnostiques*. (traduit par J.D. Guelfi ; 4^e éd.) Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2024, juillet). Position statement on conversion therapy and LGBTQ+ patients. <https://www.psychiatry.org/getattachment/3d23f2f4-1497-4537-b4de-fe32fe8761bf/Position-Conversion-Therapy.pdf>
- Anzieu, D. (1985/1995). *Le Moi-peau* (2^e éd.). Dunod.
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies : Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Ashley, F. (2020). L’In/visibilité constitutive du sujet trans : L’exemple du droit québécois. *Canadian Journal of Law and Society / La Revue Canadienne Droit et Société*, 35(2), 317-340. <https://doi.org/10.1017/cls.2020.16>
- Ashley, F. (2023). Interrogating gender-exploratory therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 18(2), 472-481. <https://doi.org/10.1177/17456916221102325>
- Athéa, N. (2023). Quels adolescents demandent une transition ? *Le Carnet Psy*, 265(8), 19-23. <https://doi.org/10.3917/lcp.265.0019>

- Ayouch, T. (2015). Psychanalyse et transidentités : Hétérotopies. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(2), 303-316. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.01.004>
- Barden, N. (2011). Disrupting Oedipus: The legacy of the Sphinx. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 25(4), 324-345. <https://doi.org/10.1080/02668734.2011.627140>
- Bastien Charlebois, J., Dagenais, S., et Gosselin, L. (2015, avril). *Quel est ce « sexe » que l'on mentionne ? Quelques implications du projet de règlement encadrant les demandes de changement de mention de sexe pour les personnes intersex(ué)es*. Comité visibilité intersexe. https://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_103765&process=
- Beauvoir, S. de. (1949/1976). *Le deuxième sexe II : L'expérience vécue*. Gallimard.
- Bell, D. (2020). First do no harm. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1031-1038. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810885>
- Berry, M. D. et Lezos, A. N. (2017). Inclusive sex therapy practices : A qualitative study of the techniques sex therapists use when working with diverse sexual populations. *Sexual and Relationship Therapy*, 32(1), 2-21. <https://doi.org/10.1080/14681994.2016.1193133>
- Biggs, M. (2023). The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals : Origins and Evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4), 348-368. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2121238>
- Bion, W. R. (1982). *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*. Presses universitaires de France.
- Blanc, S. et Ledrait, A. (2024). De l'impossible identification sexuée à la transidentification pubertaire : Une étude de cas. *La psychiatrie de l'enfant*, 67(2), 45-58. <https://doi.org/10.3917/psye.672.0045>
- Blass, R. B. (2020). Introduction to “can we think psychoanalytically about transgenderism?” *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1014-1018. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1818967>
- Blestcher, F. (2023). Adolescents dissidentes. *Revue Adolescence*, 41(2), 421-434. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0421>
- Blos, P., Malmquist, C. P. et Carek, D. J. (1980). The Adolescent Passage: Developmental Issues. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(3), 535-536. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61072-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61072-4)
- Bonfatto, M. et Crasnow, E. (2018). Gender/ed identities : An overview of our current work as child psychotherapists in the gender identity development service. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29-46. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1443150>

- Bosse, J., Sinacore, A. L. et Stockdale, K., Fischer, O., Corbett, L., King, J., Shaw, A., Cummings, J. et Gupta, R. (2022). *Promotion de la diversité et de l'expression de genre et prévention de la haine et des préjudices liés au genre*. Société canadienne de psychologie.
<https://cpa.ca/docs/File/Position/Gender%20Diversity%20Report%20FR%202023%20Final.pdf>
- Braun, V. et Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis : A practical guide*. Sage.
- British Psychoanalytic Council. (2021, November 11). PPNOW 2021 homosexuality statement of regret. British Psychoanalytic Council. <https://www.bpc.org.uk/ppnow-2021-homosexuality-statement-of-regret/>
- Bustos, S. S., Bustos, V. P., Mascaro, A., Ciudad, P., Forte, A. J., Del Corral, G. et Manrique, O. J. (2021). Complications and patient-reported outcomes in transfemale vaginoplasty : An updated systematic review and meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 9(3), e3510. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003510>
- Butler, J. (1990). *Gender trouble : Feminism and the subversion of identity*.
https://selforganizedseminar.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/07/butler-gender_trouble.pdf
- Butler, J. (2004). *Undoing Gender*. Taylor & Francis Group. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=183001>
- Cabarat, M. (2023). Transitions de genre durant la jeunesse : Controverses nord-américaines. *Mouvements*, 115(3), 110-117. <https://doi.org/10.3917/mouv.115.0110>
- Cahn, R. (2002). Les identifications à l'adolescence. Dans *Identifications* (p. 111-125). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.danon.2002.01.0111>
- Cantor, J. M. (2019). Transgender and gender diverse children and adolescents : Fact-checking of AAP policy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(4), 307-313. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>
- Castel, P.-H. (2003). *La métamorphose impensable : Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*. Gallimard.
- Castel, P.-H. (2008). Distinguer sexe et genre. De l'exigence empirique à l'impasse conceptuelle : Le moment stollérien. Dans I. Théry et P. Bonnemère (dir.), *Ce que le genre fait aux personnes* (p. 213-233). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. <https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.20477>
- Caze, E. (2023). Le développement positif de l'identité de genre chez les jeunes adultes trans et non-binaires du Québec. [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. Corpus UL. <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/460afa81-abda-4714-807d-af06ea9c845e?>

- Chambry, J. (2024). Treize ans d'accompagnement d'adolescents et de jeunes adultes avec la transidentité. Dans B. Golse et K. Hiridjee (dir.), *Transition de genre : États des lieux et perspectives clinique*. Éres. <https://doi.org/10.3917/eres.golse.2024.02>
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A. Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 210-218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>
- Chiland, C. (2004). La naissance de l'identité sexuée. Dans S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé. (dir.) *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. (vol. 2, p. 297-317). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.0297>
- Chiland, C. (2011). *Changer de sexe : Illusion et réalité*. Odile Jacob.
- Ciclitira, K. et Foster, N. (2012). Attention to culture and diversity in psychoanalytic trainings. *British Journal of Psychotherapy*, 28(3), 353-373. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.2012.01298.x>
- Clarke, P. et J Amos, A. (2024). Gender-affirming care through the lens of abnormal illness behaviour and abnormal treatment behaviour. *Australasian Psychiatry*. 0(0), 1- 7. <https://doi.org/10.1177/10398562241276978>
- Cohen, A. (2024). This is who I am : Psychotherapy with gender questioning and transgender adolescents. *Journal of Child Psychotherapy*, 50(1), 145-165. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2023.2279638>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Coletta, A. (2023, juin 28). Canadian leader : Teachers can't use student pronouns without parent okay. *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/world/2023/06/28/canada-deadnaming-blaine-higgs/>
- Compaoré, W. V. (2023). *Identité de genre dans les écoles : la Saskatchewan adopte sa loi malgré la controverse*. Radio Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2019738/projet-loi-droits-parentaux-education>
- Condat, A., Allouch, A. et Rabain, N. (2020). Accompagner des mineur-e-s transgenres et leurs parents. Manifestations et clinique de l'angoisse. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 38, p. 155-171. <https://doi.org/10.4000/traces.11557>
- Condat, A., Bekhaled, F., Mendes, N., Lagrange, C., Mathivon, L. et Cohen, D. (2016). La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : Histoire française et vignettes

- cliniques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 64(1), 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2015.06.001>
- Condat, A. et Cohen, D. (2022). La prise en charge des enfants, adolescentes et adolescents transgenres en France : Controverses récentes et enjeux éthiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 70(8), 408-426. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.10.003>
- Cotton, J.-C., Nadeau, S., Daigneault, M.-M. et Pullen Sansfaçon, A. (2025). *Identité, transition et santé psychosociale : portrait de jeunes trans et non-binaires de 14 à 17 ans résidant au Québec*. Sherbrooke : Laboratoire de recherche inclusif de l'Université de Sherbrooke. <https://chairejeunesse.ca/documentation/identite-transition-sante-psychosociale-portrait-jeunes-trans-non-binaires-14-17-ans-quebec/>
- Cotton, J. C., Sansfaçon, A. P. et Courcy, N. (2024). *Pratiques psychoéducatives auprès des jeunes trans et non-binaires : Enjeux contemporains et approches innovantes*. Les Presses de l'Université du Québec. <https://puq.ca/catalogue/livres/pratiques-psychoeducatives-aupres-des-jeunes-trans-4190.html>
- Corbett, K. (2001). More life : Centrality and marginality in human development. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(3), 313-335. <https://doi.org/10.1080/10481881109348614>
- Croix, L. (2022). L'enquête des adolescentes « trans ». *Figures de la psychanalyse*, 43(1), 163-176. <https://doi.org/10.3917/fp.043.0163>
- Czermak, M. (2012). Patronymies : Considérations cliniques sur les psychoses. *Érès*. <https://shs.cairn.info/patronymies--9782749215662-page-45?lang=fr>
- D'Angelo, R. (2023). Supporting autonomy in young people with gender dysphoria : Psychotherapy is not conversion therapy. *Journal of Medical Ethics*, 51(1), e109282. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-109282>
- D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T. et Clarke, P. (2021). One Size Does Not Fit All : In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7-16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- De La Sablonnière-Plourde, N. (2021). *Étude évaluative concernant les problèmes, besoins et enjeux psychosociaux vécus par les personnes trans au Québec : Point de vue des intervenants psychosociaux spécialisés auprès de cette clientèle*. [Thèse de doctorat, Université Laval]. CorpusUL. <https://hdl.handle.net/20.500.11794/68627>
- Del Mar Miller, K. (2024). Caring for cryptids : Welcoming the more-than-human into psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 34(2), 164-172. <https://doi.org/10.1080/10481885.2024.2320939>
- de Oliveira, L., Carvalho, J., Sarikaya, S., Urkmez, A., Salonia, A. et Russo, G. I. (2020). Patterns of sexual behavior and psychological processes in asexual persons: A systematic

- review. *International Journal of Impotence Research*, 33(6), 641-651. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0336-3>
- De Roo, C., Schneider, F., Stolk, T. H. R., van Vugt, W. L. J., Stoop, D. et van Mello, N. M. (2025). Fertility in transgender and gender diverse people : Systematic review of the effects of gender-affirming hormones on reproductive organs and fertility. *Human Reproduction Update*, 31(3), 183-217. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac036>
- Dejours, C. (2015). Genre et théorie sexuelle. *Annuel de l'APF*, 2015(1), 159-170. <https://doi.org/10.3917/apf.151.0159>
- Di Ceglie, D. (2018). The use of metaphors in understanding atypical gender identity development and its psychosocial impact. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 5-28. Scopus. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1443151>
- Di Ceglie, D. (2021). Shapes of gender identity : Three stories with impact. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 35(4), 383-395. <https://doi.org/10.1080/02668734.2021.1990115>
- Dubois, D. (2008). Le "mauvais corps", entre médecine, psychologie et normativité. *Essai de problématisation sociologique du transsexualisme*. [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/1042/1/M10356.pdf?utm>
- Edwards-Leeper, L. et Anderson, E. (2021, 24 novembre). The mental health establishment is failing trans kids: Gender-exploratory therapy is a key step. Why aren't therapists providing it? The Washington Post. <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/11/24/trans-kids-therapy-psychologist/>
- Ehrensaft, D. (2021). Psychoanalysis meets transgender children: The best of times and the worst of times. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 68–91. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2021.1845022>
- Elkadi, J., Chudleigh, C., Maguire, A. M., Ambler, G. R., Scher, S. et Kozłowska, K. (2023). Developmental pathway choices of young people presenting to a gender service with gender distress : A prospective follow-up study. *Children*, 10(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/children10020314>
- Ellis, M. L. (2021). Challenging identities; lesbians, gay men, and psychoanalysis. *Psychodynamic Practice*, 27(3), 241-258. <https://doi.org/10.1080/14753634.2021.1939113>
- Evzonas, N. (2020). Transphobie psychanalytique ou le trauma généralisé du genre. *Recherches En Psychanalyse*, 30(2), 103. <https://doi.org/10.3917/rep2.030.0103>
- Evzonas, N. (2022). Revival of the fundamental anthropological situation : Supervision, intromission, trans*, and the sexual. *Studies in Gender and Sexuality*, 23(1), 54-64. <https://doi.org/10.1080/15240657.2022.2037314>

- Evzonas, N. (2024). *Devenirs trans* de l'analyste. Presses universitaires de France
- Evzonas, N. et Rabain, N. (2021). Un destin adolescent des signifiants énigmatiques. *Psychologie Clinique et Projective*, 30(2), 79-105. <https://doi.org/10.3917/pcp.030.0079>
- Fajnwaks, F. (2017). Vers une multitude de sexes ? *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 9, 185-200. <https://doi.org/10.4000/socio.2961>
- Fassin, É. (2008). L'empire du genre : L'histoire politique ambiguë d'un outil conceptuel. *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, 187-188 (3-4), 375-392. <https://doi.org/10.4000/lhomme.29322>
- Flanders, S. (2023). New challenges for adolescence : The virtual world and the gendered body. Dans C. Bronstein et S. Flanders (dir.), *Child and adolescent psychoanalysis in a changing world : Children on the edge* (p. 111-125). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003216360-11>
- Flavigny, C. (2012). La théorie du genre, reflet d'une époque. *Hors collection*, 175-188.
- Foigel, M. et Mezan, R. (2023). De la non-conformité à la diversité de genre. *Revue Adolescence*, 41(2), 407-419. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0407>
- Forno, N. (2025). *Comprendre les défis et les résistances des adolescent-es et jeunes adultes trans dans l'accès aux soins psychiques* [Thèse de doctorat, Université Paris-Cité] Hal Open Science. <https://theses.hal.science/tel-05042566>
- Freud, S.. (1905/1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. (Traduit par B.Reverchon-Jouve.; 4^e éd.). Gallimard. (traduit par J. Altounian, A. Bourguignon, P.Cotet, J. Laplanche et A.Rauzy; 1^{er} éd). Éditions Payot & Rivages.
- Freud., S. (1923/2001). Le moi et le ça. *Essais de psychanalyse*. (traduit par J. Altounian, A. Bourguignon, P.Cotet, J. Laplanche et A.Rauzy; 1^{er} éd). Éditions Payot & Rivages.
- Freud, S. (1917/2010). Deuil et mélancholie. Dans J. Laplanche (dir.), *Métopsychoanalyse*. (traduit par J. Altounian, A. Bourguignon, P.Cotet, J. Laplanche et A.Rauzy; 1^{er} éd). Presses universitaires de France.
- Gabarron-Garcia, F. (2021). *Histoire populaire de la psychanalyse*. La Fabrique éditions.
- Gauld, C. (2020). Dysphorie de genre de l'adolescent : Un appel à la prudence. *La psychiatrie de l'enfant*, 63(1), 115-122. <https://doi.org/10.3917/psy.631.0115>
- Gender Exploratory Therapy Association. (2023, 17 novembre). About Therapy First. Trans Data Library. <https://transdatalibrary.org/organization/gender-exploratory-therapy-association>
- Gherovici, P. (2017). *Transgender psychoanalysis : A lacanian perspective on sexual difference*. Routledge.

- Gherovici, P. (2024). Gender transition between life and death. *Studies in Gender and Sexuality*, 25(2), 84-92. <https://doi.org/10.1080/15240657.2024.2346454>
- Giami, A. (2015). Sexuality, health and human rights: The invention of sexual rights. *Sexologies*, 24(3), e45-e53. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2015.07.002>
- Gill-Peterson, J. (2018). *Histories of the transgender child*. University of Minnesota Press.
- Gouvernement du Québec. (2017) *Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie et la transphobie 2017-2022*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/gouv/homophobie-transphobie/PL_action_PLCHT_2017-2022_MJQ.pdf
- Gozlan, O. (2022). Adolescent ruthlessness and the transitioning of the analyst's mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 70(3), 459-484. <https://doi.org/10.1177/00030651221104483>
- Gozlan, O. (2023). Adolescents trans : Quels défis pour la psychanalyse? *Revue Adolescence*, 41(2), 379-391. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0379>
- Gribble, K. D., Bewley, S. et Dahlen, H. G. (2023). Breastfeeding grief after chest masculinisation mastectomy and detransition : A case report with lessons about unanticipated harm. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1073053. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1073053>
- Gurreri, S. (2022). La diversité sexuelle et de genre dans les approches psychodynamiques. *Revue québécoise de psychologie*, 43(3), 47-62. <https://doi.org/10.7202/1094891ar>
- Gutton, P. (1991/2003). *Le pubertaire*. (1^{er} éd.) Presses universitaires de France.
- Habib, C. (2021). *La question trans*. Gallimard. <https://doi.org/10.3917/gall.habib.2021.01>
- Hansbury, G. (2017). Unthinkable anxieties : Reading transphobic countertransferences in a century of psychoanalytic writing. *Transgender Studies Quarterly*, 4(3-4), 384-404. <https://doi.org/10.1215/23289252-4189883>
- Harris, R. M., Tishelman ,Amy C., Quinn , Gwendolyn P. et Nahata, L. (2019). Decision making and the long-term impact of puberty blockade in transgender children. *The American Journal of Bioethics*, 19(2), 67-69. <https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557284>
- Heenen-Wolff, S. (2021). Gender and transgender : A metapsychological contribution to the genesis of the sexual ego. *The International Journal of Psychoanalysis*, 102(3), 464-478. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1846457>
- Hefez, S. (2020). Les limites du genre. *Revue Adolescence*, 38(2), 447-462. <https://doi.org/10.3917/ado.106.0447>

- Hefez, S. et Hiridjee, K. (2021). Adolescents en mal de genre. *Le Carnet Psy*, 248(9), 30-32. <https://doi.org/10.3917/lcp.248.0030>
- Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P. et Olson, J. (2013). The gender Affirmative Model : what we know and what we aim to learn. *Human Development*, 56(5), 285-290. <https://doi.org/10.1159/000355235>
- Houssier, F. (2023). Devenir une femme : Féminin pur et changement catastrophique à l'adolescence. *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*, 9(2), 43-56. <https://doi.org/10.3917/nrea.009.0043>
- Jami, I. (2008). Judith Butler, théoricienne du genre. *Cahiers du Genre*, 44(1), 205-228. <https://doi.org/10.3917/cdge.044.0205>
- Joy, J. (2024). Gender without Identity : Ann Pellegrini and Avgi Saketopoulou in conversation with Jenn Joy. *Psychoanalytic Perspectives*, 21(2), 264-280. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2024.2328986>
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M. et Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence : Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 31-41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kaplan, B., Crawford, S., Cantell, M., Kooistra, L. et Dewey, D. (2006). Comorbidity, co-occurrence, continuum: What's in a name? *Child: Care, Health and Development*, 32(6), 723–731. <https://doi-org./10.1111/j.1365-2214.2006.00689.x>
- Keo-Meier, C. et Ehrensaft, D. (2018). *The gender affirmative model : An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000095-001>
- Krakowsky, Y., Potter, E., Hallarn, J., Monari, B., Wilcox, H., Bauer, G., Ravel, J. et Prodder, J. L. (2022). The effect of gender-affirming medical care on the vaginal and neovaginal microbiomes of transgender and gender-diverse People. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 11, 769950. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.769950>
- Krikorian, G. (2003). Transphobie. *Dictionnaire de l'homophobie*. Paris, Presses Universitaires de France, 406-409.
- Kurdziel, G., Flores, L. Y. et Macfie, J. (2018). The role of sexual and gender identity in long-term psychodynamic therapy for comorbid social anxiety and depression in an adolescent female. *Clinical Case Studies*, 17(5), 311-327. <https://doi.org/10.1177/1534650118788668>
- Labarge-Huot, Étienne. (2020). *De la transsexualité à la variance de genre : Éléments pour une généalogie de l'expérience contemporaine des identités trans au Québec* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal] Archipel. <https://archipel.uqam.ca/13797/1/M16512.pdf>

- Laplanche, J. (2003/2014). Le genre, le sexe et le Sexual. Dans *Sexual : La sexualité élargie au sens freudien*. Quadrige. <https://doi.org/10.3917/puf.lapa.2014.01>
- Laufer, M. et Laufer, M.E. (1989). *Adolescence et rupture de développement : Une perspective psychanalytique* (traduit par M. Gibeault). Presses Universitaires de France.
- Laufer, L., Marchand, J.-B. et Bonny, P. (2021). Travaux sur le genre. Dans A. Ducousso-Lacaze (dir.), *Ce que les psychanalystes apportent à l'université* (p. 31-40). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.ducou.2021.01.0031>
- Laufer, L. et Rabain, N. (2023). Fluidités de genre. *Revue Adolescence*, 41(2), 301-310. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0301>
- Le Mens, M. (2006). L’hermaphrodite dans le cabinet du médecin, de la fin du XVIII^e au XX^e siècle. *Face à face*, 8. <https://journals.openedition.org/faceaface/233>
- Lecomte, L. (2024). *La construction du sujet trans dans les discours juridiques québécois : Une analyse discursive du jugement Moore*. [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/18694/1/M18638.pdf>
- Lemma, A. (2018). Trans-itory identities : Some psychoanalytic reflections on transgender identities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 99(5), 1089-1106. <https://doi.org/10.1080/00207578.2018.1489710>
- Lemma, A. (2022) *Transgender identities : A contemporary introduction*. Routledge
- Lemma, A. (2023). The missing : Exploring the use of photographs in “working through” the natal body with transgender youth. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(5), 809-828. <https://doi.org/10.1080/00207578.2023.2238040>
- Levac, D., Colquhoun, H. et O’Brien, K. K. (2010). Scoping studies : Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lévesque, S. G. B., Bouchard, A., Gallant Chenel, F., Martin, V. et Montminy, A. (2024). Transitionner en contexte québécois. Transitionner.info. <https://transitionner.info>
- Lingiardi, V. et Nardelli, N. (2023). Partique psychodynamique et communautés LGBT. Dans D. Kealy, J.S. Ogrodniczuk (dir.), (traduit par F. Herrera, V. Estellon et U. Kramer) *La psychothérapie psychodynamique contemporaine : Évolution de la pratique* (p. 317-330). Elsevier Masson.
- Linhares, A. (2010). Le genre : De la politique à la clinique. *Champ psy*, 58(2), 23-36. <https://doi.org/10.3917/cpsy.058.0023>
- Lions, A. (2024). Réflexions cliniques et éthiques, analyse du discours et de la demande transidentitaire. *Cliniques*, 27(1), 140-152. <https://doi.org/10.3917/clini.027.0140>

- Littman, L. (2018) Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *Plos One*, 13(8) e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned : A survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353-3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163-w>
- Long, K. (2024). Transforming a body : Sculpting in therapy. *Psychoanalysis, Self and Context*, 19(2), 220-228. <https://doi.org/10.1080/24720038.2024.2318322>
- Lopez, D. L. et Wortman, A. (2023). Gender as the new language of teen rebellion. *Psychodynamic Psychiatry*, 51(4), 434-452. <https://doi.org/10.1521/pdps.2023.51.4.434>
- Löwy, I. et Rouch, H. (2003). Genèse et développement du genre : Les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre. *Cahiers du Genre*, 34(1), 5-16. <https://doi.org/10.3917/cdge.034.0005>
- Lynch, P. E. (2021). Sexuality and gender in development : Facets of bedrock and beyond. Dans D. McCann (dir.), *Same-sex couples and other identities : Psychoanalytic perspectives*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003255703-1>
- Ma, N., Moreau, K., Nadeau, K., Rothman, M. et Nokoff, N. (2022). OR13-4 bone mineral density in transgender youth on gender affirming therapies. *Journal of the Endocrine Society*, 6(supplement_1), A192-A193. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvac150.397>
- Madison Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., Kreukels, B. P. C. et Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(3), 756-763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Mair, D. (2006). Psychodynamic counselling and sexual orientation. Dans S. Wheeler (dir.), *Difference and diversity in counselling : contemporary psychodynamic perspectives* (p. 57-73). Bloomsbury Publishing Plc. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=6418691>
- Malark, A. (2017). Sexuality, religion, and atheism in psychodynamic treatment. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(4), 412-421. <https://doi.org/10.1037/sgd0000254>
- Marcelli, D. (2023). « Avoir le choix » : Un enjeu de l'éducation contemporaine qui n'est pas sans conséquence psychopathologique.... *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*, 8(1), 87-105. <https://doi.org/10.3917/nrea.008.0087>

- Marchand, J.-B. (2012). Différence des sexes ou distinction sexe/genre. Dans D. Cupa, H. Parat et G. Chaudoye (dir.), *Le sexuel, ses différences et ses genres* (p. 39-56). EDP Sciences. <https://doi.org/10.3917/edk.chaud.2011.01.0039>
- Marchand, J.-B. (2019). L'adolescent e transgenre : La désintrication du genre et du sexuel. *Revue Adolescence*, 37(1), 125-137. <https://doi.org/10.3917/ado.103.0125>
- Marchand, J.-B. (2023). Nouveaux propos sur le genre en psychanalyse : Un inconscient genré, crise ou révolution ? *Revue française de psychanalyse*, 87(4), 991-1001. <https://doi.org/10.3917/rfp.874.0991>
- Marchand, J.-B. (2024). Le genre et la psychanalyse : Un rendez-vous manqué ? *Topique*, 160(1), 153-170. <https://doi.org/10.3917/top.160.0151>
- Marchand, J.-B. (2025). Genre et psychanalyse : Une rencontre entre échanges et critiques. Dans Jung, J. et F.D. Camps (dir.), *Psychopathologie et psychologie clinique* (2, p. 350-359). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.jung.2025.01.0350>
- Marchand, J.-B., Pelladeau, E., et Pommier, F. (2015). Du transsexualisme à la dysphorie de genre : Regroupement ou amalgame. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(2), 331-348. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2015.01.006>
- Marchiano, L. (2021). Gender detransition : A case study. *The Journal of analytical psychology*, 66(4), 813-832. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12711>
- Martin, G. (2017). Chronique linguistique: comment définir le terme identitaire queer. *Le Collectif*, 5. <https://lecollectif.ca/societe/chronique-linguistique-definir-terme-identitaire-queer/>
- Masson, C. et Eliacheff, C. (2024). Les médecins face aux mineurs transidentifiés. *Innovations & Thérapeutiques en Oncologie*, 10(2), 65-66.
- McGleughlin, J. (2024). Transgender imagining and the danger of normative theory. *Studies in Gender and Sexuality*, 25(2), 129-142. <https://doi.org/10.1080/15240657.2024.2346458>
- Medico, D. (2019). Genres, subjectivités et corps au-delà de la binarité. *Filigrane*, 28(1), 57-71. <https://doi.org/10.7202/1064597ar>
- Medico, D., Pullen Sansfaçon, A., Galantino, G. et Zufferey, A. (2020). « J'aimerais mourir. » Comprendre le désespoir chez les jeunes trans par le concept d'oppression développementale. *Frontières*, 31(2), . <https://doi.org/10.7202/1070338ar>
- Mezzan, F., Mezzalira, S., Bochicchio, V. et Sacandurra, C. (2023). Transgender and gender diverse identities in psychoanalysis : A critical overview from past to current perspectives. *International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action & Society*, 3(2), 39-66. <https://doi-org./10.32111/SAS.2023.3.2.3>

- Miroshnychenko, A., Roldan, Y., Ibrahim, S., Kulatunga-Moruzi, C., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G. et Brignardello-Petersen, R. (2025). Puberty blockers for gender dysphoria in youth: A systematic review and meta-analysis. *Archives of disease in childhood*, 110(6), 429-436. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327909>
- Murphy, T. (2006). Experiments in gender : Ethics at the boundaries of clinical practice and research. Dans S.Sytsma (dir.), *Ethics and Intersex* (vol. 29, p. 139-151). Springer. https://doi.org/10.1007/1-4220-4314-7_8
- Naso, R. C. (2018). Finding and being a self : Schizoid phenomena in the psychoanalytic treatment of a transgendered adolescent. Dans D.L. Downing et J. Mills (dir.) *Outpatient treatment of psychosis : Psychodynamic approaches to evidence-based practice* (p. 197-223). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429478123-8>
- Nathans, S. (2021). Oedipus for everyone: Revitalizing the model for LGBTQ Couples and Single Parent families. *Psychoanalytic Dialogues*, 31(3), 312–328. <https://doi-org./10.1080/10481885.2021.1898398>
- Nicolas, J. et d'Allondans, T. G. (2023). (Ré-)invention de soi et revendication identitaire. *Revue Adolescence*, 412(2), 353-365. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0353>
- Pechikoff, S. (2023). Penser les transidentités au prisme de l'adolescence. *Revue Adolescence*, 41(2), 325-337. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0325>
- Périer, A., Harf, A., Radjack, R. et Moro, M. R. (2024). L'adolescent/te en interrogation sur son identité de genre ou en conduite trans-affirmative : Construire une alliance thérapeutique. *La psychiatrie de l'enfant*, 67(2), 33-43. <https://doi.org/10.3917/psyce.672.0033>
- Pernot-Masson, A.-C. (2022). La dysphorie de genre : L'expérience d'une pédopsychiatre, éléments théoriques et discussion. *Cahiers de psychologie clinique*, 59(2), 219-261.. <https://doi.org/10.3917/cpc.059.0219>
- Perret, A. (2022). Quelle écoute psychanalytique auprès d'adolescents s'interrogeant sur leur identité sexuée. *Figures de la psychanalyse*, 44(2), 77-88. <https://doi.org/10.3917/fp.044.0077>
- Perret, A. (2025). Adolescentes en demande de transition sexuée. *Psychanalyse YETU*, 55(1), 113-121. <https://www.cairn.info/revue-psychanalyse-yetu-2025-1-page-113.htm>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M. et Khalil, H. (2020). Scoping reviews. Dans E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla et Z. Jordan (dir.), *JBI manual for evidence synthesis* (2024). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Poirier, F., Condat, A., Laufer, L., Rosenblum, O. et Cohen, D. (2019). Non-binarité et transidentités à l'adolescence : Une revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67(5), 268-285. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2018.08.004>

- Pommier, F. (2023). Corps à prendre (ou à laisser). Dans F. Houssier (dir.), *L'adolescent et son corps* (p. 87-96). Éditions GREUPP. <https://shs.cairn.info/l-adolescent-et-son-corps--9782906323377-page-87?lang=fr>
- Porchat, P. (2023). L'hormone ou la vie ? Les menaces genrées. *Revue Adolescence*, 41(2), 393-406. <https://www.cairn.info/revue-adolescence-2023-2-page-393.htm>
- Posadas (2023). The staff of Tiresias : Resistance, revolt, ruptures, and repairing in psychoanalysis today. Dans A. Saketopoulou et A. Pellegrini (dir.), *Gender Without Identity*. NYU Press. <https://www.jstor.org/stable/jj.30347892>
- Pucheu-Paillet, S. (2018). Interventions psychodynamiques. Dans C. Lemogne, P. Cole, S.-M. Consoli, et F. Limosin (dir.), *Psychiatrie de liaison* (591-599). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.lemog.2018.01.0591>
- Pullen Sansfaçon, A. (2015). Parentalité et jeunes transgenres : Un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 93-107. <https://doi.org/10.7202/1034913ar>
- Pullen Sansfaçon, A. et Medico, D. (2021). *Jeunes trans et non binaires : De l'accompagnement à l'affirmation*. Les éditions du remue-ménage.
- Rabain, N. (2020). Les adolescent.e.s transgenres et leurs parents : Abord groupal de la transition. *Recherches en Psychanalyse*, 30(2), 140-146. <https://doi.org/10.3917/rep2.030.0140>
- Rabain, N. (2021). Transference and countertransference dynamics in a multifamily group for transgender adolescents. *Psychoanalytic Review*, 108(4), 457-474. <https://doi.org/10.1521/prev.2021.108.4.457>
- Rabain, N. (2023). Abord groupal de la diversité des genres à l'adolescence. *Dialogue : Familles et couples*, 242, 61-78.
- Rachidi, L., Jbilou, W., Maaroufi, M., El Ouazzani, K., Faiki, A. et Benjelloun, G. (2023). Dysphorie de genre : Entre tabou et réalité dans la peau des jeunes marocains (Cas clinique). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(3), 149-153. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.11.005>
- Ratigan, B. (2018). He or she ? Trying to think psychodynamically about a service for people with gender dysphoria. Dans B. Bolton, J. Hiller, H. Wood (dir.), *Sex, Mind, and Emotion : Innovation in Psychological Theory and Practice* (p. 163-181). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429479984-7>
- Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C.E., Max, R. et Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: A review. *The Lancet*, 388(10042), 412- 436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)

- Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O. et T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 95-102. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1106446>
- Roussillon, R. (2001). *Psychothérapie psychodynamique : Quelques principes fondateurs*. Société psychanalytique de Paris. <https://www.spp.asso.fr/textes/textes-et-conferences/introduction-psychanalyse/2000-2001-le-face-a-face-psychanalytique/psychotherapie-psychodynamique-quelques-principes-et-analyseurs/>
- Ruiz, G. (2018). Gender fluidity and analytic fluidity. Dans M. H. Etezady, I. Bloom et M. Davis (dir.) *Psychoanalytic trends in theory and practice : The second century of the talking cure* (p. 71-82). Lexington Books.
- Rustin, M. (2018). Clinical commentary by Margaret Rustin, child and adolescent psychotherapist. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 132-135. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1427773>
- Saketopoulou, A. (2020). Thinking psychoanalytically, thinking better : Reflections on transgender. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1019-1030. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810884>
- Samy, M. (2024). Tran in April : The analysis of a transgender adolescent with notes on the metapsychology of gender transition. *The Psychoanalytic Quarterly*, 93(2), 273-319. <https://doi.org/10.1080/00332828.2024.2345804>
- Sauvé, J.-S. (2015). L'interdiction de discriminer les personnes trans* dans la Charte des droits et libertés de la personne : Pour son amélioration par l'ajout de l'« identité de genre » et de l'« expression de genre » à la liste des motifs de distinction illicites. *Enfances, Familles, Générations*, 23, 108-126. <https://doi.org/10.7202/1034203ar>
- Schei Jessen, R., Wæhre, A., David, L.W., Stänicke, L.I. et Stänicke, E. (2025). Finding oneself in the gazes of others : An exploration of subjective experiences of gender among young binary transgender men. *Studies in Gender and Sexuality*, 26(1), 52-69. <https://doi.org/10.1080/15240657.2025.2453288>
- Shumer, D. E., Nokoff, N. J. et Spack, N. P. (2016). Advances in the care of transgender children and Adolescents. *Advances in pediatrics*, 63(1), 79-102. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.018>
- Silber, L. M. (2019). Locating ruptures encrypted in gender : Developmental and clinical considerations. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 18(2), 134-154. <https://doi.org/10.1080/15289168.2019.1601963>
- Sinaï, J. et Sim, P. (2024). Psychodynamic psychotherapy for gender dysphoria is not conversion therapy. *Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 33(2), 145-153.

- Sironi, F. (2011). *Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres*. Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.siron.2011.01>
- Spiliadis, A. (2019). Towards a gender exploratory model: Slowing things down, opening things up and exploring identity development. *Metalogos Systemic Therapy Journal*, 35, 1-16. <https://metalogos-systemic-therapy-journal.eu/en/issue/35>
- Stephen, A. et Mitchell, S. A. (1981/2002). The psychoanalytic treatment of homosexuality : Some Technical considerations. *Studies in Gender and Sexuality*, 3(1), 23–59. <https://doi.org/10.1080/15240650309349187>
- Stolk, T. H. R., Asseler, J. D., Huirne, J. A. F., van den Boogaard, E. et van Mello, N. M. (2023). Desire for children and fertility preservation in transgender and gender-diverse people : A systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 87, 102312. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102312>
- Stona, J. (2022). Le cissexisme comme norme non écrite de la psychanalyse (ou : À quoi bon le genre pour la clinique ?). *Recherches en psychanalyse*, 33(1), 96-115. <https://doi.org/10.3917/rep2.033.0096>
- Stryker, S. (2017). *Transgender history : The roots of today's revolution*. Seal Press
- Sulimovic, L. et Balsan, G. (2019). Dysphorie de genre à l'adolescence : Enjeux identificatoires chez le consultant. *Perspectives Psy*, 58(1), 35-43. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2019581035>
- Tajer, D. J., Reid, G. B., Lavarello, M. L., Cuadra, M. E., Saavedra, L. et Corel, C. (2023). Rupture et continuité de la binarité. *Adolescence*, 412(2), 435-451. <https://doi.org/10.3917/ado.112.0435>
- Thompson, C. (2023). Transréalités. *Le présent de la psychanalyse*, 10(2), 17-37. <https://doi.org/10.3917/lpp.232.0017>
- Trapin, D. (2005). De l'identité sexuelle à l'identité de genre : Une révolution képlérienne ? *Psychologie clinique et projective*, 11(1), 9-33. <https://doi.org/10.3917/pcp.011.0009>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Trichet, G. (2022). Mila, l'envie d'un autre corps. *Savoirs et clinique*, 30(1), 27-37. <https://doi.org/10.3917/sc.030.0027>

- Tsoukala, K. (2018). 'Un-certainty' : Working therapeutically with a transgender young person and learning to bear the unknown. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 90-107. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1434225>
- Vandenbussche, E. (2022). Detransition-related needs and Support : A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, 69(9), 1602-1620. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1919479>
- Vaughan, S. C. (2018). Suicidality in LGBTQ+ Youth. *Psychoanalytic Study of the Child*, 71(1), 40-54. <https://doi.org/10.1080/00797308.2017.1416866>
- Velt, J. (2022). Imago, identifications et identités trans à l'adolescence. *Revue française de psychanalyse*, 86(2), 277-287. <https://doi.org/10.3917/rfp.862.0277>
- Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J. et Heijboer, A. C. (2017). Effect of pubertal suppression and cross-sex hormone therapy on bone turnover markers and bone mineral apparent density (BMAD) in transgender adolescents. 95, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2016.11.008>
- Wang, A. M. Q., Tsang, V., Mankowski, P., Demsey, D., Kavanagh, A. et Genoway, K. (2022). Outcomes following gender affirming phalloplasty : A systematic review and meta-analysis. *Sexual Medicine Reviews*, 10(4), 499-512. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2022.03.002>
- Watson, E. (2022). Gender transitioning and variance in children and adolescents : Some temporal and ethical considerations. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 75(1), 184-190. <https://doi.org/10.1080/00797308.2021.1975460>
- Wielart, J. (2020). Demandes de changement de genre à l'adolescence. *Recherches en Psychanalyse*, 30, 147-154. <https://doi.org/10.3917/rep2.030.0147>
- Winter, S., Settle, E., Wylie, K., Reisner, S., Cabral, M., Knudson, G. et Baral, S. (2016). Synergies in health and human rights: A call to action to improve transgender health. *Lancet*, 388(10042), 318-321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30653-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30653-5)
- Wren, B. (2019). Reflections on 'thinking an ethics of gender exploration : Against delaying transition for transgender and gender variant youth'. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2), 237-240. <https://doi.org/10.1177/1359104519838591>
- Wright, H. (2018). 'Emotional turbulence' : The development of symbolic thinking in the psychotherapeutic treatment of an adolescent girl. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 55-72. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1440617>
- Wright, D., Pang, K. C., Giordano, S. et Gillam, L. (2024). Evaluating the benefits and risks of puberty blockers and gender-affirming hormones for transgender adolescents. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 61(1), 7-11. <https://doi.org/10.1111/jpc.16734>

- Zimman, L. (2020). Trans self-representation in mediated contexts: Voice, visibility, and resistance. In C. Levon et E. C. Lawson (Eds.), *Language, sexuality, and power* (pp. 241–266). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1515/ijsl-2018-2016>
- Zoldan, Y. et Rambeaud-Collin, D. (2024). Identités de genre et incertitudes analytiques. *Topique*, 160(1), 171-184. <https://doi.org/10.3917/top.160.0169>
- Zucker, K. J. (2019). Adolescents with gender dysphoria : Reflections on some contemporary clinical and research Issues. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1983-1992. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>