

L'ENFANT EN NON-CONFORMITÉ DE GENRE ET SA FAMILLE : UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

[Jean Malpas](#), [Samantha Bosman](#)

De Boeck Supérieur | « Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux »

2014/1 n° 52 | pages 139 à 165

ISSN 1372-8202

ISBN 9782804189945

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2014-1-page-139.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

L'enfant en non-conformité de genre et sa famille : une approche systémique ^{1,2}

Jean Malpas³, LMFT, LMHC

Résumé

Cet article analyse les réactions parentales face aux développements non conformes du genre de leur enfant et avance que les mandats parentaux de protection et d'acceptation deviennent problématiques du fait des différences qui existent entre les normes de genre de l'enfant et celles de sa famille, aussi bien qu'entre celles de l'enfant et celles de son environnement. Au travers de multiples modalités thérapeutiques – éducation et accompagnement parental, groupes de soutien de parents, thérapie de l'enfant et thérapie familiale – l'auteur illustre des interventions soutenant à la fois les parents et les enfants pré-pubères dans leur façon de négocier les liens familiaux et la fluidité du genre.

Abstract: Between Pink and Blue: A Multi-Dimensional Family Approach to Gender Nonconforming Children and their Families

Families of gender nonconforming children need to negotiate the interactions between two gender systems: a rigid gender binary imported from familial, social, and cultural experiences and a fluid gender spectrum articulated by their child. This article reviews parental reactions to nonconforming gender developments and poses that the parental mandates of protection and acceptance are problematized by the difference of gender norms between the child and the family, as well as the child and the environment. Through multiple therapeutic modalities— parental coaching and education, parent support group, and child and family therapy— the author illustrates interventions supporting both parents and prepubescent children in their negotiation of safety, connection, and fluidity. Case vignettes illustrate the method in action.

- 1 Je voudrais remercier Virginia Goldner, Ari Lev, Michele Scheinkman, Ellen Berman, Andrea Blumenthal et Florence Rubin pour leurs contributions et feedback à cet article. Ma gratitude va aussi à toutes les familles qui m'ont laissé être le témoin de leurs parcours courageux et merveilleux.
- 2 Texte traduit de l'anglais par Samantha Bosman, psychologue et thérapeute familiale, Nantes.
- 3 Directeur du Projet « Gender and Family », Ackerman Institute for the Family. New York.

Mots-clés

Enfants en non-conformité de genre – Thérapie familiale – Approche multidimensionnelle – Transgenre – Diversité de genre.

Keywords

Gender nonconforming children – Family therapy – Multi-dimensional approach – Transgender – Gender variance.

« Maman, je ne suis pas un garçon ; je suis une fille. »

« Depuis qu’il a deux ans, il ne cesse de dire qu’il veut être une fille, ou qu’il est une fille. Il sait qu’il n’en est pas une, mais il n’y a pas moyen de le faire changer d’avis. Il a six ans maintenant et il me demande encore tous les jours « Maman, est-ce que je pourrai être une fille quand je serai grand ? » Ces dernières années, j’ai reçu un nombre croissant d’appels de parents partageant des histoires similaires. Généralement, ils demandent de l’aide lorsqu’ils sont ébranlés ou s’ils ont des doutes quant à la façon de gérer l’expression non traditionnelle de genre ou l’identité transgenre de leur fils ou de leur fille. L’âge des enfants varie de deux à dix-huit ans. La plupart du temps, ils ont une bonne compréhension des normes sociales et, conformément aux étapes du développement de la permanence du genre (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003), ils sont capables de différencier un homme d’une femme. Ils comprennent la façon dont les garçons et les filles sont supposés s’habiller et se comporter, et peuvent indiquer quand un comportement est hors norme. « Un jour, mon petit garçon de six ans a insisté pour se déguiser en fée Clochette pour une fête. Mon mari lui a demandé si, lui aussi, il pouvait porter une robe. Notre fils a eu l’air dérouteré : « Bien sûr que non. Tu es un homme. Les hommes ne portent pas de robes ! » Dans la majeure partie des cas, ces enfants affirment des identifications et des préférences pour le genre opposé, que ce soit accompagné ou non de détresse par rapport à leur propre corps.

Comme d’autres cliniciens l’ont décrit (Corbett, 2009 ; Pleak, 1999), une large proportion de parents acceptent qu’il y ait une variation dans l’expression du genre, tout en étant inquiets pour le bien-être de leur enfant et incertains sur la façon appropriée de gérer la question (Brill & Pepper, 2008 ; Ehrensaft, 2011 ; Menvielle, 2009). Bien que les parents qui rejettent la non-conformité de genre soient moins enclins à appeler un thérapeute connu pour sa position non-pathologisante en la matière, les parents demandant de l’aide ont le plus souvent une position soutenante. Ils envisagent fréquemment le concept de genre comme un continuum fluide plutôt qu’une

binarité rigide (Lev, 2004, 2010 ; Malpas, 2006 ; Malpas & Lev, 2011) et, comme le dit Ken Corbett, ils ne considèrent pas que leur enfant souffre d'une psychopathologie. Ils considèrent la problématique comme étant sociale. « Leur fils ne correspond pas à la catégorie sociale du garçon. Il est en crise de catégorie » (Corbett, 2009, p. 122).

Dans d'autres cas, le tableau familial est plus compliqué et, du fait de la pression exercée par la communauté ou leurs propres croyances personnelles, les parents ont beaucoup de mal à accepter un enfant qui ne correspond pas à leurs attentes de genre. Certains sont prêts à accepter un enfant gay ou lesbien et/ou une non-conformité de genre minimale (Brill & Pepper, 2008), mais ils craignent de découvrir que leur enfant peut être en train d'évoluer vers une identité transgenre et vers le désir de changer de sexe. D'autres réagissent très négativement et la non-conformité de genre peut devenir une source significative de conflit entre les parents et une source de rupture dommageable entre le parent et l'enfant.

L'Approche Familiale Multidimensionnelle (MDFa en anglais) soutient les enfants en non-conformité de genre et leurs parents dans la négociation d'une série de tâches, souvent ordinaires dans le cycle de vie de famille élevant un enfant pré-pubère, mais hautement compliquées par la non-conformité de l'enfant. Qu'ils l'acceptent ou la combattent, les parents font face à la tâche ardue de devoir se positionner, à la maison et face au monde, à l'intersection de deux mandats parentaux qui, habituellement, n'entrent pas en conflit de façon aussi aiguë : nourrir et développer l'identité de leur enfant en tant que personne, tout en encourageant son adaptation aux normes sociales. L'autre dilemme est le combat des parents pour prendre des décisions cruciales sur le genre de leur enfant (tel que changer ses prénoms et pronom, permettre une expression de genre fluide ou même guider sa transition sociale), alors même qu'ils ne savent pas quelle identité il ou elle affirmera une fois adolescent et adulte. Les parents sont confrontés à la difficulté de rester flexibles tout en soutenant l'enfant dans son incarnation actuelle. Ces tâches doivent être traitées dans des contextes sociaux aussi bien soutenant que jugeant, dans lesquels la non-conformité de genre est parfois acceptée, mais où le plus souvent, elle est une source douloureuse de stigmatisation, d'oppression, d'isolement, d'intimidation, et même de violence meurtrière (Greytak, Kosciw & Diaz, 2009 ; Menvielle & Tuerk, 2002).

Polémiques ?

Catégories diagnostiques et études longitudinales

Le diagnostic psychiatrique d'enfants de genre non conforme et transgenre pose des questions éthiques primordiales (Hill, Rozanski, Carfagnini & Willoughby, 2007 ; Hill *et al.*, 2010 ; Pleak, 1999). Reflétant une intention de dépathologiser les individus transgenres, la nouvelle version du DSM a renommé la catégorie diagnostique « Trouble de l'identité de genre dans l'enfance » (GID en anglais) (American Psychiatric Association, 2000) par la celle de « Dysphorie de Genre » (American Psychiatric Association, 2013). Cependant de nombreux auteurs (Lev, 2005 ; Winters, 2005) suggèrent que n'importe quelle entité diagnostique est de par elle-même pathologisante et « réinscrit une binarité de genre traditionnelle homme/femme avec les comportements masculins et féminins appropriés correspondants » dans l'ordre social (Rottnek, 1999, p. 1).

Il n'existe pas d'études épidémiologiques fournissant des données sur la prévalence du Trouble de l'Identité de Genre dans l'enfance (GID) (Pleak, 2009). Les estimations proviennent donc de sources indirectes. Aux Pays-Bas, la prévalence estimée d'adolescents transgenres varie de 1/10 000 chez les garçons, à 1/30 000 chez les filles. Aux États-Unis, des données non confirmées rapportées par la Transgender Youth Family Alliance affirment qu'environ un enfant sur cinq cents s'identifie au genre opposé dans les écoles et communautés qui ont été visitées (K. Pearson, communication personnelle).

La question de l'évolution de leur identité de genre à l'âge adulte – c'est-à-dire de savoir si la non-conformité de genre dans l'enfance évolue habituellement en identité transgenre ou si elle représente plutôt une manifestation infantile d'une orientation homosexuelle ou bisexuelle – est l'une des controverses les plus complexes (Minter, 1999 ; Pleak, 1999). Les premières études de Green (1987) et de Zucker & Bradley (1995) suggéraient que la plupart des enfants en non-conformité de genre s'identifiaient plus tard comme gays ou lesbiens, tandis que seul un petit pourcentage (jusqu'à 6 %) persistait en tant qu'adulte transsexuel. Une récente étude hollandaise (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008) indique un pourcentage plus élevé (27 %) de jeunes persistant dans leur désir de changer de sexe après 12 ans. Cependant, il est possible que cette étude sous-estime significativement le nombre de jeunes transgenres dans la cohorte. Elle n'inclut pas les jeunes identifiés comme

transgenres qui ne souhaitent pas une chirurgie de confirmation de genre, et ne fournit pas de données sur la cohorte étudiée à un âge adulte. Le bon sens clinique actuel affirme que les enfants dont la non-conformité de genre apparaît le plus tôt et dont l'expression et la dysphorie sont les plus intenses, sont plus enclins à devenir transgenres à l'adolescence ou l'âge adulte (Menvielle, 2009 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Une identification continue au genre opposé après l'âge de 15 ans est généralement considérée comme stable (Pleak, 2009).

Approche psychiatrique

Les approches réparatives traditionnelles se sont principalement concentrées sur les garçons en non-conformité de genre et ont utilisé des thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques (Hill *et al.*, 2010) pour faire disparaître les identifications et les comportements de genre atypiques et pour renforcer les activités typiques de genre ainsi que les loyautés, particulièrement dans la relation père/fils (Green, 1987 ; Meyer-Bahlburg, 2002 ; Reckers, 1995 ; Zucker & Bradley, 1995). Les objectifs du traitement visaient la prévention de l'homosexualité (Reckers, 1995), de l'ostracisme social, de l'identité transgenre chez les adultes aussi bien que le traitement d'une psychopathologie sous-jacente ou associée (Green, 1987 ; Meyer-Bahlburg, 2002 ; Zucker & Bradley, 1995). Néanmoins, il existe peu de données indiquant que le traitement du GID chez les enfants a un impact significatif sur leur identité de genre ou sur leur identité sexuelle à l'âge adulte. Plus important encore, les tentatives pour altérer ou manipuler l'orientation sexuelle future d'un enfant et/ou son identité de genre ont soulevé de sérieuses questions éthiques et légales (Minter, 1999).

Approche affirmative

Étant donné ces préoccupations ainsi que l'échec du traitement clinique consistant à systématiquement modifier l'identité de genre et l'orientation sexuelle, les approches contemporaines de la non-conformité de genre dans l'enfance évoluent vers une position affirmative (Brill & Pepper, 2008 ; Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003 ; Cohen-Kettenis, Delemarre-van de Waal & Gooren, 2008 ; Corbett, 2009 ; MacNish & Gold, 2011 ; Hill *et al.*, 2007, 2010 ; Lev, 2004 ; Lev & Malpas, 2011 ; Malpas, 2010 ; Mallon, 2009 ; Menvielle, 1998, 2009 ; Pleak, 1999, 2009 ; Rosenberg, 2002 ; Saeger, 2006, Vanderburgh, 2008). Cette position considère le genre comme un spectre fluide et soutient (1) que la non-conformité de genre n'est pas une pathologie,

mais bien une variation humaine normale, (2) que les enfants de genre non conforme n'ont pas systématiquement besoin d'un traitement en santé mentale, et (3) que leurs familles peuvent idéalement bénéficier d'un mélange d'interventions psychoéducatives et/ou de soutien dans le milieu social. Tout cela vise à déstigmatiser et normaliser leurs expériences tout en leur offrant des outils pour négocier la sécurité de leurs enfants, leur bien-être, ainsi qu'un développement optimal dans leur environnement naturel et familial.

Les interventions cliniques avec les enfants sont centrées sur le soutien de la confiance en soi et sur le développement de l'intégration sociale, tout en fournissant une plate-forme de réflexion sur les choix liés à l'identification et l'expression de genre. La thérapie avec les enfants prépubères peut également inclure un soutien de leur transition sociale. Celle-ci consiste à changer le statut social de l'enfant et les attributs de genre – tel que le prénom, le pronom, les vêtements, les papiers officiels, et l'inscription dans des écoles et des activités de genre spécifiques - en accord avec son identité de genre, sans réaliser de changements médicaux définitifs.

Lorsqu'ils atteignent le début de la puberté (Étape 2 de Tanner), et avec le consentement de leurs parents, certains adolescents peuvent choisir de suivre un traitement hormonal (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003 ; Hembree *et al.*, 2009 ; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). L'intervention hormonale initiale va bloquer le déclenchement de la puberté du sexe biologique jusqu'à ce que la décision de l'adolescent soit suffisamment claire et aboutie. L'un des plus grands avantages de cette intervention est qu'elle évite l'inutile masculinisation ou féminisation du corps, qui peut être vécue comme extrêmement douloureuse émotionnellement chez certains adolescents transgenres (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003 ; Pleak, 2009). Ensuite, et au cas par cas, les adolescents et leur famille peuvent décider d'entamer la deuxième étape du traitement médical. Cette étape implique l'administration d'hormones du sexe opposé, ce qui initiera la puberté du genre d'identification. Une chirurgie de confirmation de genre (par exemple, une opération des organes génitaux et/ou une opération de la poitrine) constitue le stade suivant des traitements médicaux chez les adolescents plus âgés.

Les approches affirmatives ont donné une importance croissante au travail avec les parents (Menvielle, 1998, 2009 ; Menvielle & Tuerk, 2002 ; Pleak, 1999, 2009). Les interventions auprès des parents les aident à s'ajuster à la différence sociale de l'enfant et promeuvent le rétablissement et l'épanouissement du lien parent-enfant. L'accent est également mis sur l'entraide, le parrainage par les pairs, et l'éducation d'institutions sociales plus larges (Boenke, 1999 ; Greytak *et al.*, Mallon, 2009).

Approche familiale multidimensionnelle : sortir du dilemme et soutenir le lien parent-enfant

Quand protection et acceptation ne sont pas incompatibles

L'un des objectifs principaux de cette approche est de créer un contexte familial où les enfants peuvent affirmer leur identité et à la fois comprendre les exigences d'un monde essentiellement organisé autour d'une binarité de genres mutuellement exclusifs. De leur côté, les parents vont à la fois nourrir la singularité de leur enfant et agir comme médiateur entre le souhait de l'enfant et la réalité sociale.

La capacité du clinicien à se mouvoir de façon flexible entre de multiples positions au sein de la famille – consultant et coach pour les parents, thérapeute d'enfant et/ou de famille, et animateur de groupe de parents – fournit un soutien au système là où il en a le plus besoin. Le mandat du clinicien peut également inclure de donner aux familles les moyens d'agir et/ou de directement plaider en faveur des enfants en non-conformité de genre dans les communautés et les écoles.

Les parents sont le pilier de ce modèle thérapeutique. Ses objectifs incluent d'aider les parents à accepter une expression plus fluide du genre et de faciliter l'harmonie entre l'enfant et son environnement, en commençant par la famille d'origine. Une fois que leur propre anxiété diminue, les parents sont plus à même de contrôler leurs peurs et leurs réactions et peuvent alors faire la différence entre les besoins de leur enfant et les leurs. Ils seront également capables de militer et de promouvoir la flexibilité des normes de genre dans différents contextes sociaux, en commençant par les écoles, les communautés religieuses, les voisinages, les amis de la famille, la famille élargie, jusqu'à atteindre les médias sociaux et les messages culturels.

Les sections suivantes décrivent les modalités de la MDFA : (1) Éducation et implication parentale ; (2) Évaluation individuelle et thérapie de l'enfant ; (3) Accompagnement parental ; (4), Thérapie familiale systémique, et (5) Groupe de soutien aux parents. Des vignettes cliniques illustrent la méthode.

Éducation et implication parentale

Premier entretien avec les parents

Il est généralement recommandé au thérapeute de s'entretenir avec le(s) parent(s) avant de rencontrer l'enfant et le système familial plus large. Les parents ont le pouvoir de décision et par conséquent, il est nécessaire de créer une alliance thérapeutique initiale avec eux. Après avoir entendu le problème et les facteurs précipitants ayant mené à la consultation, il est important de s'enquérir des réactions parentales devant le trajet atypique de leur enfant. Ces réactions incluent souvent le choc, la peur, la colère, la tristesse, la honte, ou même le dégoût. Leur confusion, leur culpabilité ou leur impression d'être perdu viennent facilement s'emmêler avec leur capacité à ressentir de la fierté pour leur enfant et à l'accepter tel qu'il ou elle est. Le fait que ces conversations soient privées leur offre également l'opportunité de discuter de leur système de croyances et de leurs réactions face à l'homosexualité et à la question transgenre. Découvrir les traditions de genre et la flexibilité des deux parents, de leurs familles et leurs cultures d'origine à travers un génogramme clarifie les points de conflits et d'alliances potentiels entre les parents et avec les membres importants de la famille qui gravitent autour de l'enfant.

La seconde étape du rendez-vous avec les parents vise à obtenir un compte rendu détaillé du développement du genre de l'enfant (incluant ses choix d'amis, son attitude vestimentaire, ses jouets, le genre du personnage qu'il choisit dans les jeux de rôle, ses relations avec les membres adultes de la famille, et avec sa fratrie). Une chronologie minutieuse de l'identification de l'enfant (« Je suis un garçon/une fille ») et de ses relations avec son corps (particulièrement avec les organes génitaux et les caractéristiques sexuelles secondaires des autres personnes) constitue l'un des outils utilisés pour évaluer la non-conformité de l'enfant et une potentielle dysphorie de genre (c'est-à-dire une souffrance liée au corps sexué et/ou au fait de vivre socialement dans le genre assigné à la naissance). Une information exhaustive sur le fonctionnement émotionnel et social de l'enfant, ainsi que sur ses performances scolaires, devrait être recueillie aussi bien par rapport au développement de l'enfant dans son ensemble que par rapport aux facteurs de stress psychosociaux secondaires potentiels induits par la non-conformité de genre.

Il est primordial d'évaluer le degré d'acceptation ou de rejet que l'enfant rencontre ou pourrait rencontrer à l'école ou dans d'autres communautés

sociales. Une part significative de l'entretien évalue les signes de danger immédiat pour l'enfant, tels que des taquineries ou de l'intimidation dans l'environnement social de l'enfant et/ou dans sa famille élargie. Les parents sont encouragés à en parler avec les professeurs, avec l'administration de l'école, et avec les programmes périscolaires, car la recherche indique que les jeunes en non-conformité de genre tendent à minimiser considérablement leurs expériences de harcèlement à l'école (Greytak *et al.*, 2009).

Psychoéducation

La psychoéducation est un élément fondamental de la MDFA. « Que deviendra mon enfant lorsqu'il sera adolescent et adulte – en d'autres termes, sommes-nous capables de dire si il ou elle sera transsexuel(le) ? » – et « Que pouvons-nous y faire ? » sont deux des questions les plus fréquemment posées par les parents. Bien que les parents aient souvent fait des recherches minutieuses sur la question des enfants transgenres et sont devenus experts sur le sujet, il est utile d'évaluer leur niveau d'information ou de désinformation potentielle, et d'examiner avec eux la recherche actuelle.

Dans un esprit de transparence, les cliniciens devraient indiquer clairement qu'ils considèrent la non-conformité de genre comme une expression humaine normale et admettre qu'il est presque impossible de prédire ce que sera l'adolescence et la vie d'adulte d'un enfant transgenre. Il est utile de passer en revue la différence entre le sexe, le genre et l'orientation sexuelle et d'évoquer que la recherche montre (1) qu'une large majorité d'enfants en non-conformité de genre peuvent devenir gays ou lesbiens ; (2) que certains enfants persistent, à l'adolescence et à l'âge adulte, dans une identification de genre opposée à leur sexe biologique ; (3) que la non-conformité de genre d'un certain nombre d'enfants disparaîtra progressivement et que leur orientation sexuelle sera hétérosexuelle ; (4) et que d'autres encore garderont un genre atypique et seront hétérosexuels. Les premiers entretiens devraient mettre l'accent sur le rôle essentiel des parents, non pas comme responsables de l'apparition de la non-conformité de genre, ni d'ailleurs de son remède, mais dans leur capacité à trouver une façon collaborative d'élever leur enfant, de soutenir sa personnalité et ses choix. Ils sont indispensables pour poser des limites, assurer la sécurité ainsi que pour se préparer à prendre des décisions éclairées sur une potentielle transition médicale et sociale. La thérapie peut aider les parents à trouver un rythme équilibré – c'est-à-dire en n'empêchant pas leur enfant de progresser, mais en ne le poussant pas non plus de façon anxieuse – mais au contraire en le

laissant leur montrer le chemin de sa propre réalisation, tandis qu'ils restent en charge du choix des routes les plus sûres et les plus aimantes.

Programme de traitement

Il importe d'être vigilant lors de l'évaluation initiale car celle-ci révèle parfois que ce n'est pas l'enfant qui est en crise, mais bien les parents. Dans ces circonstances, en plus d'évaluer l'enfant, il peut être opportun de proposer un accompagnement et un groupe de soutien aux parents. Les enfants qui ne présentent pas de signe de détresse à propos de leur non-conformité de genre, qui ne sont pas opprimés ou mis en danger par des réactions extérieures, et qui ne demandent pas à parler de leur identité, peuvent ne pas nécessiter de psychothérapie au-delà de l'évaluation initiale. Il est inutile de prendre le risque de stigmatiser ou de créer plus de détresse chez l'enfant quand ce sont ses parents, dans l'immédiat, qui ont besoin d'aide. Dans la plupart des cas, néanmoins, les parents demandent une évaluation du niveau de détresse de leur enfant. Les enfants ont également hâte de trouver un espace où leur fluidité et leurs différences peuvent être normalisées.

Vignette clinique

« Nicky est une force de la nature », disent ses parents, Terry et Albert. « Elle a huit ans et a presque fait sa transition à l'école. Elle a demandé à ses amis de l'appeler « Nick » et ne s'est même pas souciée de nous en parler ! » s'exclament Terry et Albert, avec un mélange de fascination et de perplexité. Comme beaucoup de parents que je rencontre, ils ont fait beaucoup de recherches sur le sujet et sont connectés à une liste de diffusion de parents qui les a adressés à mon groupe de soutien aux parents et vers une thérapie familiale potentielle.

« Cela a commencé il y a trois ans. Avant l'âge de cinq ans, elle avait des préférences variées dans les jouets et les activités. Elle avait des copains et des copines et avait même eu le béguin pour un garçon. Cela a commencé à changer en première année primaire. Elle a commencé à jouer uniquement avec des garçons, à vouloir porter des jeans et des vêtements neutres. Du fait qu'elle était une fille, nous n'en avons pas pensé grand-chose et n'avons pas réalisé que quelque chose de plus profond était en train de changer. Peut-être que c'est la différence entre les garçons et les filles en non-conformité de genre. Avant la fin de la première année primaire, elle disait qu'elle était un « garçon manqué ». Nous avons supposé qu'elle avait entendu cela à

l'école. En deuxième année, elle a progressivement refusé de porter des vêtements féminins, y compris les maillots de bain et les sous-vêtements. Au début de la troisième année primaire, nous avons accepté qu'elle ait une coupe de cheveux plus courte. C'est toujours bouclé, vous savez, mais c'est beaucoup plus androgyne ».

Terry et Albert étaient très souteneurs, mais préoccupés : « Nous l'aimons quoi qu'il arrive. Nous avons pensé qu'elle pouvait être lesbienne, ce qui ne nous poserait absolument aucun problème. Mais on dirait que c'est plus que cela. Elle a exprimé vouloir être un garçon, et même qu'elle était un garçon, et nous a demandé de l'appeler Nick également ». Albert poursuivait : « L'aspect le plus difficile est qu'elle ne veut pas parler de cela avec nous. Lorsqu'on s'approche du sujet, elle fait la sourde oreille, ou elle quitte la pièce. J'ai même essayé d'en parler indirectement en choisissant un programme sur les enfants en non-conformité de genre à la télévision, et elle a fait une crise de colère. Je pense qu'elle est gênée. Nous ne voulons pas la mettre dans une situation embarrassante, mais nous tentons de trouver une façon d'être avec elle et de comprendre ce qu'elle traverse. »

Le premier entretien a examiné en détail les étapes du développement psychologique, social et de genre de Nicky. Nous avons vérifié que, bien qu'ayant des doutes sur les stratégies à adopter, Terry et Albert s'étaient assurés que l'école était un endroit sûr et que Nicky n'était pas en danger ou victime de moqueries de la part des professeurs, des pairs ou d'autres parents. Malgré sa réticence à parler de ses soucis à propos du genre, Nicky ne montrait pas d'autres signes importants de détresse. Elle était parfois anxieuse et avait toujours eu une « forte personnalité », mais sa vie familiale et sociale ne posait pas de problèmes et ses performances scolaires étaient satisfaisantes. Nous nous sommes mis d'accord sur le fait qu'elle devrait venir me voir pour une évaluation. Terry et Albert lui avaient déjà suggéré de parler à un « docteur des sentiments », mais elle avait catégoriquement refusé. Ils voulaient éviter de lui mettre la pression inutilement, et plutôt trouver une stratégie qui la mettrait moins dans une situation embarrassante. Ils décidèrent de commencer en lui parlant de leur rendez-vous avec moi. Ils exprimèrent leur désir de se rencontrer en famille avec moi, puisque je travaillais avec d'autres enfants comme elle.

Terry et Albert quittèrent la première session soulagés d'avoir eu l'opportunité de démêler les différents aspects de leur situation avec quelqu'un qui avait entendu des histoires similaires. Ils dirent à Nicky qu'ils rejoignaient un groupe de parents d'enfants comme elle. Nicky réagit à peine à

la nouvelle et, tout d'abord, ne montra pas d'intérêt à rejoindre ses parents pour une conversation familiale. Terry et Albert, par contre, épanchèrent leur douleur dans le groupe de parents et s'habituaient progressivement à appeler leur fille « Nick ».

Rencontre et évaluation : travailler avec les enfants

Rencontre

Les enfants en non-conformité de genre expriment souvent directement ce qui les amène en thérapie. « Nous allons parler du fait que je veux être une fille et si je peux aller à l'école en tant que fille l'année prochaine », déclarait Tom, un garçon en non-conformité de genre de sept ans, à sa première séance. Quand l'enfant entame la rencontre avec une telle clarté, il est important pour l'alliance thérapeutique de répondre avec autant de transparence que possible. « Absolument. Nous sommes ici pour parler de la façon dont tu te vois et te sens comme un garçon ou une fille » pourrait être en accord avec la franchise de l'enfant. Une identification claire du rôle central du genre rend ce que nous savons de façon implicite explicitement disponible pour une exploration.

La première rencontre vise à créer un espace où les enfants et leur subjectivité peuvent être vus plus pleinement (Corbett, 2009). Le ton et le contenu devraient sciemment éviter de stigmatiser l'enfant et de réifier la dynamique déjà souvent présente du patient identifié. Ceci peut se faire à travers des questions sur la vie quotidienne de la famille, les joies, les activités et les histoires qui suscitent la fierté, aussi bien qu'en se renseignant de façon large sur les relations dans la fratrie et avec les amis. La séance devrait être adaptée à l'âge des enfants, en alternant la conversation avec des temps créatifs et physiques : réaliser des jeux de rôles, bouger, dessiner, regarder des photos de famille et raconter des histoires.

Évaluation

L'un des aspects délicats du travail initial avec les enfants est de combiner une rencontre authentique et ouverte avec le mandat d'évaluation. L'évaluation vise à repérer si l'enfant est en non-conformité de genre ou transgenre ; dans ce cas, l'enfant expérimenterait une détresse plus profonde avec le genre assigné à la naissance. Des dialogues ouverts sur ses amis préférés, ses jouets, ses activités et ses choix de personnages dans les jeux de

rôles aussi bien que l'observation en direct de son intérêt pour les jouets stéréotypés masculins ou féminins, fournit une quantité d'informations sur l'identité et l'expression de genre de l'enfant. Plusieurs outils, tels que le test du « dessin d'une personne » (Meyer-Bahlburg, 2002), le « questionnaire de l'identité de genre » (Zucker, Bradley, Lowry Sullivan, Kuksis, Birkenfeld-Adams & Mitchell, 1993, p. 448) et le « questionnaire des préférences de genre » (Cohen-Kettenis & Pfafflin, 2003, p. 112), fournissent des données tout en ouvrant des discussions sur l'aisance de l'enfant avec son corps, avec ses organes génitaux, sur sa place préférée dans la salle de bain, aussi bien que sur le genre de l'adulte qu'il imagine devenir. Malgré le fait que le compte-rendu des parents dépeint le plus souvent l'intensité et la profondeur de la non-conformité de genre de leur enfant de façon exacte (Johnson *et al.*, 2004), il est important de l'entendre directement de l'enfant. Dans certains cas, l'anxiété des parents et leurs mécanismes d'adaptation participent à la sous-évaluation ou à la surévaluation du niveau de détresse de l'enfant ou de la clarté de son souhait de s'identifier à un genre particulier.

Tous les enfants en non-conformité de genre ne sont pas transgenres. Néanmoins, on retrouve certaines caractéristiques communes chez les enfants présentant une dysphorie de genre, contrairement aux enfants en non-conformité de genre qui montrent peu d'anxiété à propos de leur physique ou dans leur désir de s'identifier au genre opposé. Des observations cliniques et non cliniques (K. Pearson, communication personnelle) montrent que les enfants avec une dysphorie de genre présentent souvent des caractéristiques spécifiques. Tout en étant fréquentes, elles ne sont pas toujours toutes présentes ni présentes au même moment. Celles-ci sont : (1) un désir catégorique d'être de l'autre genre. Leur expression de genre n'apparaît pas comme une préférence vague ou comme une expression fluide des normes de genre ; elle traduit plutôt une passion pour le genre avec lequel ils s'identifient ; (2) une détresse aiguë d'être identifié au genre de naissance. Adopter des comportements et des normes associés avec leur genre de naissance déclenche souvent un conflit intense, de l'opposition ou de la dépression ; (3) une persévérance dans le temps (au moins plusieurs années) de l'identification, de l'expression du rôle de genre, et du désir de changer de genre. Comme la plupart des parents le rapportent, l'identité de genre de leur enfant n'apparaît pas comme une phase, pas plus qu'elle n'est conflictuelle, ambiguë ou problématique. Au lieu de cela, les enfants transgenres prennent clairement du plaisir à être ce qu'ils sont. En réalité, s'enquérir du « pourquoi ils se sentent comme cela ? » ne mène souvent nulle part. Leur genre semble s'imposer à eux de lui-même. Ce n'est ni un choix ni un dilemme. C'est comme ça et c'est tout ; et, finalement, (4) une

dysphorie corporelle. Cette caractéristique n'est pas toujours présente, et a plus de chance d'apparaître lorsque les enfants approchent de la puberté et comprennent l'importance symbolique de leur anatomie aussi bien que la permanence de leur sexe physique. Certains enfants transgenres peuvent expérimenter une profonde détresse par rapport à leur anatomie de naissance.

Enfin, l'évaluation devrait inclure des discussions sur le confort des enfants à l'école et sur les situations possibles d'intimidation ou de moqueries, qu'elles soient vécues en ce moment ou tout au long de leur éducation et de leur histoire familiale. Tandis que les garçons et les filles plus jeunes tolèrent plutôt bien la souplesse du genre, les enfants de plus de cinq ou six ans deviennent plus investis dans le contrôle du genre. Par exemple, des groupes de filles pourraient rejeter un garçon en non-conformité de genre parce qu'il n'est pas « une vraie fille » (Pleak, 2009).

Vignette clinique

Quelques semaines après que ses parents aient rejoint le groupe de soutien, Nick commença à être inquiet à l'idée de développer des seins et demanda à sa mère ce qu'ils pouvaient faire. Terry suggéra qu'ils viennent tous m'en parler. Nick était prêt et accepta immédiatement. « Je suis ici pour discuter du truc de garçon/fille », dit Nick, quand il s'assit pour la première fois dans mon bureau. « Voudrais-tu qu'on se parle seuls, sans maman ? » ai-je demandé à Nick après un long silence. « Oui ! » répondit-il. Terry ébouriffa tendrement ses cheveux et sortit en disant « Je suis juste là, mon chéri. Tu peux dire à Jean tout ce que tu veux ». Alors que Terry fermait la porte, j'ai demandé à Nick de quoi il voulait parler. « Je sais que vous travaillez avec d'autres enfants comme moi. J'ai peur d'avoir des « nichons ». Au cours des semaines suivantes, Nick me raconta tout de sa découverte du genre, ses luttes avec les autres enfants pour faire entendre qu'il n'était plus Nicky et son inconfort d'en parler. Tous les instruments psychométriques confirmèrent que Nick rencontrait les critères diagnostiques du « trouble de l'identité de genre dans l'enfance ». Néanmoins, lorsque Nick s'ouvrit et s'autorisa à être vu, sa détresse diminua significativement.

Nick commença à être capable de différencier les enfants en non-conformité de genre de ceux transgenres. Un jour, après que sa maman ait fait référence à l'un de ses amis, un garçon plutôt efféminé qui aimait jouer avec les filles, je lui demandai « Alors, William est un petit peu comme toi, non ? » « Non, il ne l'est pas », répondit Nick avec fermeté. « Comment ça ? » je demandai. Nick fit une pause, et enthousiaste au sujet de sa découverte, dit :

« William aime ressembler à une fille, mais il se voit lui-même comme un garçon. C'est un garçon. Je n'aime pas seulement ressembler à un garçon. Je suis un garçon. C'est différent ».

Accompagnement des parents

Les objectifs principaux de l'accompagnement des parents sont : (1) leur permettre d'être une ressource pour leur enfant ; (2) aider les parents à identifier comment la non-conformité de genre résonne dans leur vie ; (3) potentiellement faciliter la résolution d'un conflit conjugal et parental autour de la question de la non-conformité de genre ; et (4) soutenir les parents dans les décisions difficiles, telles que celles concernant la transition sociale de leur enfant.

De l'impuissance à l'habilitation

L'une des expériences les plus éprouvantes pour les parents est le sentiment d'impuissance face à l'expérience de leur enfant. Comme la plupart d'entre eux comprennent que l'identité sexuelle et le genre de leur enfant échappent à leur contrôle, ils se sentent également privés de moyens d'aide. L'orientation vers une MDFA reconnaît leur crainte, tout en différenciant, d'un côté, l'influence relativement petite (et non prouvée) que les parents peuvent avoir sur le développement de l'identité sexuelle et du genre de leur enfant et, d'un autre côté, l'impact énorme qu'ils peuvent avoir sur l'auto-acceptation, le bien-être, l'ajustement émotionnel et social de leur enfant, aussi bien que, en fin de compte, sa sécurité. S'ils ne peuvent pas les faire devenir fille ou garçon, ils sont capables par contre de les armer avec de l'amour, de la confiance en soi et une bonne résilience émotionnelle afin de leur permettre d'affronter un monde dans lequel leur différence peut poser problème et où leur intégrité physique peut être compromise par de mauvaises décisions. Grâce à cet élargissement du champ des possibles, les cliniciens peuvent observer que le désengagement ou même l'hostilité des parents diminuent. Comme ils se voient redevenir utiles et « parents », la non-conformité de genre ne devient plus que l'un des multiples défis du chemin à parcourir.

La recherche de sens

L'accompagnement parental identifie les mécanismes de recherche de sens que les parents d'enfants en non-conformité de genre utilisent pour s'adapter à leur situation (MacNish & Gold, 2011 ; Wren, 2002). Rares sont

les exemples où ils sont capables de se dégager de leurs inquiétudes et de la gestion de la différence que présente leur enfant pour explorer leurs propres résonances avec une expression fluide du genre. La vignette clinique suivante montre comment les messages multigénérationnels et culturels sur le genre peuvent compliquer les liens affectifs avec l'enfant.

Vignette clinique

Quand j'ai rencontré Lidia et Jorge, ils étaient manifestement bouleversés par l'identification aiguë au genre opposé de leur enfant de quatre ans. Tyler avait été assigné le sexe masculin à la naissance. Tyler avait exprimé ces deux dernières années un intense désir de s'habiller en fille. Il préférait jouer avec des poupées, des petits poneys et aspirait à porter des tissus doux et brillant. Lidia, qui était née sur la côte Est des États-Unis dans une famille catholique de la classe moyenne supérieure, pensait être responsable de la non-conformité de genre de Tyler : « Peut-être que je ne me suis pas occupée de lui correctement quand il était bébé », regrettait-elle. Jorge, un éditeur originaire de Porto Rico, s'accusait également : « J'avoue que je voulais une fille. Cela l'a-t-il conduit à vouloir être *ma* fille ? » questionnait-il. Lidia et Jorge réexaminaient chaque incident dans le développement de leur enfant avec la suspicion d'un enquêteur criminel, cherchant une preuve potentielle de leur culpabilité. Après avoir réfléchi à la signification singulière de la différence de leur enfant, il était important de recadrer le sentiment de responsabilité en normalisant la fréquence de la non-conformité de genre. Je leur ai expliqué que bien que certains enfants développent une non-conformité de genre en réponse à des facteurs de stress extrêmes, cela reste très rare. Le plus souvent, la non-conformité de genre n'est pas causée par un traumatisme et existe dans les familles saines de tous horizons (Brill & Pepper, 2008).

Il devint vite évident que la non-conformité de genre avait érodé les relations entre Jorge et son fils : « J'ai l'impression d'être un monstre en disant cela, mais quand je le regarde, cela me retourne l'estomac. Il a l'air anormal », murmurait Jorge, visiblement honteux. Il continua en expliquant le conflit qu'il y avait entre les valeurs avec lesquelles il avait grandi, où les garçons et les hommes sont durs et agressifs, et la vision libérale sur le genre qu'il avait acquise en rencontrant des gens issus du multiculturalisme de New York. « Je ne veux pas être comme mon propre père et écraser sa personnalité. Je veux le soutenir dans ce qu'il est, mais j'ai cette réaction automatique, comme si je n'arrivais pas à le reconnaître ». Enfouies sous la

culpabilité, les réactions de Jorge prenaient racine dans son apprentissage culturel des stéréotypes de genre et dans les particularités de son histoire familiale. Jorge parla de sa propre éducation et du fait d'avoir été inhibé par un père autoritaire. Lentement, Jorge démêla l'opinion qu'il avait de lui-même de celle qu'il avait de son père. Lidia tenait sa main et soutenait son travail de différenciation. « Que croyez-vous que Tyler attende de vous ? » demandai-je. Une larme coula sur sa joue : « Il a besoin de savoir que je le trouve beau », répondit-il. « Si vous acceptez votre peine, pensez-vous que vous pourriez voir également sa beauté ? » Jorge digéra la question et hocha ensuite lentement la tête. Je poursuivis : « Et seulement quand vous la verrez, pouvez-vous lui faire savoir que vous le trouvez beau ? » Jorge regarda enfin Lidia et sourit. « Je peux faire cela », dit-il.

Parfois, les difficultés des parents à accepter la non-conformité de genre de leur enfant sont intimement liées à leur environnement sociopolitique et à leur peur de ne pas y correspondre. Comme Lev (2010) l'a illustré, les parents gays et lesbiens doivent faire face aux attentes de la société, qui sont de donner naissance à des enfants hétérosexuels et de genre typique pour prouver leur adéquation et leur succès en tant que parents. Les parents gay et lesbiens ont parfois besoin d'un accompagnement pour identifier et reconnaître l'homophobie et la transphobie qu'ils ont intériorisées, qui se traduit souvent comme le besoin de « mettre au monde un enfant de genre normal ».

Triangles et conflits conjugaux

L'accompagnement parental se concentre également sur les conflits conjugaux et parentaux. Le risque le plus important pour la dyade parentale apparaît lorsque le double mandat d'adaptation et d'acceptation est polarisé entre les partenaires : l'un des partenaires étant dans l'acceptation et l'autre dans le souci de protéger, ce qu'il fait en imposant plus de normes de genre stéréotypées. Selon leur éducation, leurs principes socioculturels et leur expérience avec l'oppression, les parents peuvent avoir des niveaux différents de tolérance pour les comportements non conformes et sur l'idée d'avoir un enfant gay, lesbien ou transgenre. Ce désaccord peut facilement se rigidifier, devenant une source d'insatisfaction conjugale ou un catalyseur menant à la séparation. Dans ces exemples, aider les parents à entrer en contact avec les deux côtés de l'équation « accepter/s'adapter » est la première étape pour améliorer la capacité du couple parental à être plus respectueux des réactions de l'autre.

Le conflit entre les parents peut malheureusement évoluer ou être alimenté par des triangulations dans lesquelles l'enfant en non-conformité de genre s'allie fortement avec le parent « acceptant ». Les triangulations les plus compliquées se mettent en place lorsque l'alliance est renforcée par l'identification de genre. Par exemple, quand une mère accepte la non-conformité de son garçon, mais pas le père, un conflit entre la mère et le père peut facilement contribuer à une détérioration de la relation déjà fragilisée entre le fils et son père. La triangulation est intensifiée par la puissance de l'identification du fils auprès de sa mère et de sa féminité, ce qui risque de diaboliser le père en tant que représentant des normes de genre stéréotypées rejetées par l'enfant.

Transition sociale

Une fois que l'enfant a été évalué, l'accompagnement parental est souvent une aide pour soutenir les parents dans leur décision de permettre ou non à leur enfant une transition sociale par le changement de son prénom, de son pronom et de ses vêtements selon son identité de genre. Pour envisager la transition sociale d'un enfant pré-pubère, les parents doivent garder en tête une hiérarchie de critères : (1) le premier critère est de savoir si leur enfant peut faire sa transition dans la famille d'origine, à l'école et dans la communauté en toute sécurité. Bien qu'il soit impossible de prédire les réactions qu'ils recevront, les parents sont souvent aptes à bien jauger le degré relatif de tolérance et de sécurité de leur environnement. De nombreuses questions doivent être soulevées sur le niveau de sécurité de l'école et sur sa propension à accepter une transition. Si l'enfant faisait sa transition, serait-elle entièrement soutenue par l'administration scolaire ? Est-ce que les professeurs principaux, les conseillers d'école et le personnel enseignant sont formés à protéger et soutenir l'enfant dans sa 'nouvelle' expression de genre ? (2) Le second critère consiste à évaluer si l'enfant, les parents et leur réseau de soutien sont prêts à faire la transition. Est-ce que l'enfant est univoque sur son envie de vivre à plein-temps selon son identité de genre ? Est-ce que des étapes préliminaires, telles que changer de prénom et de pronom à la maison, évoluer dans le genre d'identification dans des contextes soutenant et sécurisants, ont été considérées et mises en place progressivement ? (3) Enfin, une transition sociale est un changement de vie significatif chez un enfant dont l'identité pourrait encore fluctuer dans le temps. Par conséquent, un autre critère important est la flexibilité et la capacité des parents à comprendre que le changement peut être permanent, mais qu'il pourrait tout aussi bien à nouveau être questionné dans les prochaines

années. Les parents peuvent-ils investir une énergie énorme en se ralliant eux et leur communauté derrière une transition sociale, mais néanmoins totalement autoriser leur enfant à changer d'avis et à refaire une transition vers le genre biologique s'il apparaît que c'est son ultime identification ?

Thérapie familiale

Les entretiens familiaux intègrent les progrès faits avec les parents et les enfants séparément et se concentrent sur les interactions parent-enfant. Les objectifs du travail familial incluent (1) de soutenir un climat familial fonctionnel et positif où les parents s'accordent avec l'identité de genre de leur enfant et où, en retour, les enfants respectent les limites établies par leurs parents ; (2) de réparer le lien relationnel entre les parents et l'enfant lorsqu'il a été érodé par le conflit entourant la non-conformité de genre ; et (3) de mobiliser la résilience familiale et la capacité à résoudre les problèmes de manière collaborative pour négocier l'expression du genre à la maison et dans le monde social, c'est-à-dire négocier les relations avec les membres de la famille et les amis ainsi que la transition à l'école.

Le modèle de thérapie familiale utilisé dans la MDFA est inspiré de l'Approche Relationnelle d'Ackerman (ARA) (Brewster, 2011) et de l'« ARA in Action » (Malpas & Sallick, 2009). Ce modèle relationnel intègre les approches systémique, structurale, expérientielle, narrative, sociale-constructionniste et de la justice sociale. À travers une position non pathologisante et centrée sur le client, cette approche permet aux familles d'alterner de façon flexible de multiples modalités – les entretiens familiaux, l'accompagnement parental, et le travail individuel avec l'enfant – selon les besoins de chaque famille et les contraintes de chaque sous-système. L'utilisation d'un « choix élaboré », c'est-à-dire une discussion autour de la question du transfert d'informations entre les entretiens familiaux et individuels, permet un transfert collaboratif et réfléchi entre les différentes modalités (Scheinberg & True, 2008).

Vignette clinique

Albert et Terry, grâce à leur travail dans les entretiens familiaux, continuèrent à s'accorder sur la certitude grandissante de Nick de vouloir être un garçon. Nick, de son côté, apprit à tolérer les limites établies par ses parents pour sa sécurité et son bien-être.

Un entretien en particulier donne un exemple du rôle des parents de Nick comme contenant pour son développement et comme médiateurs entre lui et la réalité extérieure. Terry, sa mère, parla de sa visite prochaine au cousin Danny. Nick et Danny, qui ont le même âge, avaient passé beaucoup de vacances d'été ensemble jusqu'à il y a deux ans. Pour la première fois depuis un moment, ils allaient se retrouver. « Que devrions-nous dire à Danny ? Il va certainement demander ce qu'il t'est arrivé. » dit Terry. « Je ne sais pas », répondit Nick, comme à son habitude. Terry s'était débattue avec ce qu'il fallait dire aux amis, aux parents et aux membres de la famille. « Eh bien », dit-elle, « parfois je ne sais pas non plus quoi dire de toi à mes amis ou à la famille. Je ne veux pas inventer ou dire quelque chose qui n'est pas vrai. Je préférerais l'entendre de ta bouche ». Terry avait présenté leur dilemme de façon très gracieuse : « Comment puis-je ne pas t'obliger à mettre des mots sur quelque chose que tu ne sais pas exprimer ; alors que, de notre côté, nous devons bien dire quelque chose aux autres ? » Terry, Nick et moi passâmes l'heure suivante à faire un jeu de rôle sur la situation avec le cousin Danny, en anticipant ses questions et réactions, et en cherchant, un mot à la fois, le récit qui correspondait le mieux à l'histoire et à l'opinion que Nick avait de lui-même. « 'Pourquoi cela a-t-il de l'importance si je suis un garçon ou une fille ? ' » demanda Nick dans son jeu de rôle. « Eh bien, cela n'en a pas, mais j'aimerais savoir ce qu'il t'est arrivé », dit Terry, incarnant le rôle du curieux cousin Danny. « Eh bien, peut-être que nous pourrions dire que je suis née en fille, donc vous m'avez donné un nom de fille. Mais ensuite, j'ai découvert que j'étais un garçon, alors on a changé mon nom en nom de garçon, 'Nick' ? » demanda Nick, plein d'espoir après plusieurs essais et erreurs. Terry sourit et dit qu'elle était d'accord de dire cela à cousin Danny ainsi qu'à ses amis. Nick commença à élaborer pour lui-même une stratégie pour sortir du concept binaire du genre. À seulement dix ans, Nick formulait la conclusion à laquelle beaucoup de théoriciens du genre étaient arrivés : dans un monde organisé autour de la binarité du genre, le corps dicte une identité. Ensuite vient la personne, avec un sentiment d'un soi et un genre subjectifs.

Lors d'un précédent entretien privé, Terry et Albert avaient partagé une inquiétude importante avec moi. Lorsqu'ils attendaient leur deuxième enfant, ils avaient exprimé l'envie d'avoir un garçon. Le changement de l'expression du genre de Nick avait commencé environ un an après la naissance d'Ella, quand Nick avait cinq ans. Ils se demandaient si Nick avait senti le besoin de faire quelque chose d'énorme comme changer son genre pour faire plaisir à ses parents. Essayait-il de soulager leur peine en étant un garçon pour eux ?

Encouragé par leur nouvelle relation, Albert trouva le courage de poser cette question difficile : « Quand maman était enceinte d'Ella, est-ce que tu te souviens que nous souhaitions avoir un garçon et que nous étions déçus de ne pas en avoir un ? Oui, bien. Tu penses que tu as besoin d'être un garçon pour nous ? » Nick regarda autour de lui, perdu. « Non, pourquoi tu me demandes ça ? » dit-il, après avoir réfléchi à la question de son père. « Eh bien, c'est bien que tu ne le penses pas parce qu'on n'en a pas besoin. Nous t'aimions lorsque tu étais Nicky et nous t'aimons en tant que Nick. Tu n'as pas besoin de t'inquiéter de ce que nous voulons. Est-ce que tu le sais ? » « Oui », confirma Nick avec un sourire. Ses parents et moi-même crûmes à sa réponse qui était sans équivoque. Nick se montra plein de ressources et d'humour. Il était passionné par ses choix, ses dessins et ses fantasmes sur le fait d'être un espion en train de regarder d'autres gens depuis ma fenêtre. Même s'il avait senti le besoin de faire quelque chose d'énorme pour ses parents, il n'aurait pas pu habiter son identité de garçon pendant si longtemps, avec une telle joie et un tel plaisir. La masculinité de Nick ne pouvait pas être réduite à une solution à un problème ; elle était pleine de délectation.

Communauté de parents : groupe multifamilial

Un espace pour tous

Le groupe multifamilial est la dernière partie essentielle de la MDFA. Les objectifs sont de fournir aux parents (1) un sentiment de communauté et une possibilité de contact avec des pairs traversant une épreuve similaire et (2) un espace de travail dans lequel l'information et les réflexions autour de leurs propres expériences et réactions les soutiendront pour maintenir un lien positif avec leur enfant ou restaurer un attachement fragilisé. En permettant l'expression à la fois des expériences positives, mais aussi des luttes des parents avec la non-conformité de genre, le groupe se positionne comme un espace de respect sincère et non-jugeant pour le processus complexe que traverse chaque parent.

La formation et l'animation de groupes de parents d'enfants en non-conformité de genre et transgenres se sont avérées utiles (MacNish & Gold, 2011 ; Menvielle & Tuerk, 2002 ; Pleak, 1999 ; Rosenberg, 2002). Les clients sont souvent divisés en deux groupes, celui des parents d'adolescents et celui des parents de préadolescents, du fait des nombreuses différences développementales et sociales entre les enfants en non-conformité

de genre et les adolescents transgenres (Menvielle & Tuerk, 2002). Si le nombre de familles ne permet pas la création de deux groupes distincts, il peut néanmoins être bénéfique pour les parents d'enfants d'un écart d'âge plus large de se rencontrer et d'écouter les histoires de chacun. Par exemple, les parents d'adolescents mettent en lumière des problèmes qui pourraient venir plus tard chez les enfants, ce qui permet aux parents de préadolescents de se sentir mieux préparés, ce qui, en retour, permet aux parents d'adolescents d'être dans une position de conseillers.

Les réunions sont organisées deux heures par mois et prennent la forme de groupes de soutien thérapeutique. Elles sont ouvertes à tous les parents : célibataire, marié, adoptif, mixte, gay, lesbien, transgenre et hétérosexuel. Elles définissent intentionnellement la non-conformité de genre comme le dénominateur commun du groupe et n'exigent pas que l'enfant ait ou évolue vers une identité transgenre pour que les parents soient les bienvenus dans le groupe. La diversité des situations est présentée comme un atout. Elle constitue une opportunité d'apprendre à partir de multiples voies possibles et rappelle que chaque enfant est unique.

Dilemmes, angoisse, douleur et accomplissements

Les thèmes qui émergent dans le groupe reflètent souvent le conflit qui existe chez les parents entre l'impératif d'adapter l'enfant aux normes sociales de genre et le désir de développer sa singularité et d'accepter son expression atypique du genre. Beaucoup de parents expriment fréquemment le dilemme entre, d'un côté, la peur d'être trop dans l'acceptation et par conséquent, d'exposer l'enfant à un danger, et d'un autre côté, la peur d'endommager la personnalité de leur enfant en ne l'autorisant pas à s'exprimer en toute liberté. L'anxiété gagne le groupe de façon récurrente. Les parents se sentent obligés de gérer le genre de leur enfant et les sujets qui dominent la discussion, on peut le comprendre, tournent autour du « quoi faire » : « Devrions-nous accepter la coupe de cheveux de garçon que notre fille souhaite depuis des mois ? », « Est-il prudent de laisser notre fils porter le pull rose de princesse à une fête d'enfants ? », « Quels amis et quels parents pouvons-nous inviter au premier anniversaire « rien que pour les filles » de notre fils de sept ans ? », « Devrions-nous emmener notre ado de treize ans voir un endocrinologue ou attendre encore un peu ? ». Les parents ont sans cesse besoin de se positionner. Dans ce contexte, le groupe est une source d'information inestimable pour les décisions que les parents doivent prendre quotidiennement. Discuter des stratégies sur la façon d'annoncer

la nouvelle aux membres de la famille, aux voisins et à l'école, développe les capacités des parents à résoudre des problèmes de manière constructive pour pouvoir faire face au monde social.

Les parents ont souvent du mal à parler d'eux-mêmes et se sentent plus à l'aise de parler de leur enfant. Le rôle de l'animateur est d'encourager doucement le groupe à approfondir son exploration en identifiant les problèmes personnels et conjugaux. Progressivement, au fur et à mesure que le groupe se forme, les parents prennent le risque de parler de leurs propres expériences. La douleur est souvent centrale : quitter un fils, accueillir une fille, ou vice versa. Ils aiment le même enfant tout en pleurant sur leur propre identification, leurs propres fantasmes, rêves et projections tels qu'ils avaient été organisés par les genres de l'enfant et des parents. Lorsque l'anxiété des parents diminue, leur capacité à s'identifier à l'expérience intérieure de leur enfant augmente. Jason, l'un des pères, put ressentir de la compassion pour lui et pour le deuil qu'il avait à faire. Il se souvint d'un rêve dans lequel il comprit la douleur de son fils. « La nuit dernière, avant le groupe, j'ai fait un rêve », dit-il. « Je parlais au thérapeute de mon fils. Celui-ci me dit : « Le cœur de votre fils se brisait chaque fois que quelqu'un le regardait et le voyait en tant que fille » ».

Tout aussi important, le groupe est également un endroit où les parents valorisent et se félicitent des réussites de chacun. De la joie et des hurrahs explosèrent lorsque Margaret et Tom apprirent aux autres que leur fille transgenre de 17 ans était nommée « reine du bal » dans une école d'une petite ville du Connecticut. Et un grand sourire apparut sur le visage des parents lorsque, après des mois de lutte intense, le père de Gerald accepta enfin de l'appeler Gaby. Finalement, les parents s'émerveillent devant les similarités que partagent leurs enfants et devant leurs propres émotions, angoisses et dilemmes qu'ils entendent dans les histoires des autres. En se regardant pleurer et rire les uns les autres, ils se sentent plus libres de respecter leurs sentiments complexes – amour, déception, peur, frustration, gratitude et admiration. L'isolement et la honte disparaissant, de nouvelles expériences de confiance et de fierté émergent : « J'ai l'impression d'avoir un réseau de soutien autour de nous, mais également autour de mon enfant », dit l'une des mères. « Ma fille sait que nous avons notre propre groupe et qu'elle n'a pas besoin de prendre soin de nous ». « Oui, nous sommes des pionniers », ajoute un autre père. « Nous sommes en première ligne et je suis fier de nous ».

Pères et mères

Au fur et à mesure que les différences émergent dans le groupe, les animateurs devraient permettre à toutes les voix d'être entendues. Il est particulièrement utile de mettre l'accent intentionnellement sur les sous-groupes de genre stéréotypés (pères et mères) afin d'explorer les différences dans leurs réactions. Dans un exercice de jeu de rôle et d'observation où les pères et mères alternaient entre le cercle intérieur « parlant » et le cercle extérieur « écoutant », les mères ont remarqué à quel point les pères portaient en eux l'inquiétude intense pour la sécurité et la protection de leur enfant. Elles comprirent que leur réticence venait le plus souvent de leur peur de mettre en danger leur enfant. Elles mirent également en lumière, avec soulagement, que les pères aussi étaient capables d'aller vers l'acceptation et la fierté. Les pères, quant à eux, eurent d'abord l'impression que les mères se positionnaient de façon stéréotypée, mettant en avant l'amour inconditionnel, l'épanouissement et l'acceptation. Mais ils remarquèrent ensuite des nuances : leur frustration d'être scrutée, leur difficulté à accepter leur enfant, leur déception par rapport à la transition. Juste avant de terminer la session, la voix de l'intégration émergea lorsque le père de Nick conclut : « Cet exercice nous montre les stéréotypes de genre que nous portons tous en nous : le chasseur, le père protecteur et la mère empathique et nourricière. Et comment nous avons chacun les deux côtés de l'équation. Et le fait que nous nous sentons mal si nous ne nous comportons pas en conséquence – exactement comme nos enfants doivent se sentir tous les jours ».

CONCLUSION

Les familles d'enfants en non-conformité de genre doivent négocier les interactions entre deux systèmes de genre : l'un, binaire et rigide, issu des expériences familiales, sociales et culturelles et l'autre, plus fluide, articulé par leur enfant. Lorsque ces systèmes diffèrent grandement, les fonctions parentales normales de socialisation et d'épanouissement peuvent se polariser. Les parents ressentent le besoin de choisir entre accepter l'identité atypique de leurs enfants ou les protéger en les intégrant dans la société de façon plus ferme. Ce dilemme mène souvent à des tensions et des conflits qui peuvent sévèrement éroder le lien parent/enfant et créer des conflits conjugaux. La MDFA fournit aussi bien aux parents qu'aux enfants des espaces séparés, mais néanmoins interconnectés, dans lesquels ils ont la possibilité d'élaborer un sens sur le genre qui n'entre pas en conflit avec leur attachement. Progressivement, les parents réalisent qu'accepter, c'est protéger.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- BOENKE M. (Ed.) (1999) : *Transforming families: Real stories about transgendered loved ones*. Walter Trook Publishing, Imperial Beach, CA.
- BREWSTER M.K. (2011) : *The Ackerman Institute's relational approach. A training manual*. Unpublished manuscript.
- BRILL S. & PEPPER R. (2008) : *The transgender child: A handbook for families and professionals*. Cleis Press, San Francisco, CA.
- COHEN-KETTENIS P.T., DELEMARRE-VAN DE WAAL H.A. & GOOREN L.J.G. (2008) : The treatment of adolescent transsexuals: Changing insights. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8) : 1892–1897.
- COHEN-KETTENIS P.T. & PFAFFLIN F. (2003) : *Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- CORBETT K. (1999) : Homosexual boyhood. Notes on girlyboys. In M. Rottnek (Ed.) : *Sissies and tomboys. Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 107–139). New York University Press, New York.
- CORBETT K. (2009) : *Boyhoods: Rethinking masculinities*. Yale University Press, New Haven.
- EHRENSAFT D. (2011) : *Gender born, gender made*. The Experiment, New York.
- GREEN R. (1987) : *The "Sissy Boy" syndrome and the development of homosexuality*. Yale University Press, New Haven.
- GREYTAK E.A., KOSCIW J.G. & DIAZ E.M. (2009) : *Harsh realities: The experiences of transgender youth in our nation's schools*. Retrieved April 15, 2011, from http://www.glsen.org/binary-data/GLSEN_Attachments/file/000/001/1375-1.pdf.
- HEMBREE W.C., COHEN-KETTENIS P., DELEMARRE-VAN DE WAAL H.A., GOOREN L.J., MEYER W.J., SPACK N.P., *et al.* (2009) : Endocrine treatment of transsexual persons: An endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinological Metabolism* 94(9) : 3132–3154.
- HILL D.B., MENVIELLE E., SICA K.M., & JOHNSON A. (2010) : An affirmative intervention for families with gender variant children: Parental ratings of child mental health and gender. *Journal of Sex & Marital Therapy* 36 : 6–23.
- HILL D.B., ROZANSKI C., CARFAGNINI J. & WILLOUGHBY B. (2007) : Gender identity disorder in children and adolescents: A critical review. *International Journal of Sexual Health*, 19 : 95–122.
- JOHNSON L.L., BRADLEY S.J., BIRKENFELD-ADAMS A.S., RADZKINS KUKSIS M.A., MAING D.A., MITCHELL J.N., *et al.* (2004) : A parent-report gender identity questionnaire for children. *Archives of Sexual Behavior*, 33 : 105–116. www.FamilyProcess.org 468 / FAMILY PROCESS

- LEV A.I. (2004). *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender variant people and their families*. Haworth, New York.
- LEV A.I. (2005) : Disordering gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-TR. *The Journal of Psychology and Human Sexuality*, 17(3/4) : 35–69.
- LEV A.I. (2010) : How queer! The development of gender identity and sexual orientation in LGBTQ-headed families. *Family Process*, 49 : 268–290.
- LEV A.I. & MALPAS J. (2011) : Introduction. In J. MALPAS & A.I. LEV (Eds.) : *At the edge: Exploring the changing facets of gender and sexuality in couples and families* (pp. 2–8). American Family Therapy Academy, Washington, DC.
- MACNISH M. & GOLD M. (2011) : Adjustment and resiliency following disclosure of transgender identity in families of adolescents and young adults: Themes and clinical implications. In MALPAS J. & LEV A.I. (Eds.) : *At the edge: Exploring gender and sexuality in couples and families* (pp. 34–42). American Family Therapy Academy, Washington, DC.
- MALLON G.P. (2009) : *Social work practice with transgender and gender variant youth* (2nd ed.). Routledge, New York.
- MALPAS J. (2006) : From otherness to alliance: Transgender couples in therapy. *The Journal of GLBT Family Studies* 2(3/4) : 183–206.
- MALPAS J. (2010) : Between pink and blue: Exploring gender fluidity. Paper presented at the *Psychotherapy Networker Symposium*, Washington, DC.
- MALPAS J. & LEV A.I. (2011) : At the edge: Exploring gender and sexuality in couples and families, American Family Therapy Academy, Washington, DC.
- MALPAS J. & SALLICK M. (2009) : *The Ackerman relational approach in action*. Unpublished manuscript.
- MENVIELLE E.J. (1998) : Gender identity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 : 243–244.
- MENVIELLE E.J. (2009) : Transgender children: Clinical and ethical issues in prepubertal presentations. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 13(4) : 292–297.
- MENVIELLE E.J. & TUERK, C. (2002) : A support group for parents of gender-nonconforming boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 : 1010–1013.
- MEYER-BAHLBURG H.F.L. (2002) : Gender identity disorder in young boys: A parent- and peerbased treatment protocol. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 : 360–377.
- MINTER S. (1999) : Diagnosis and treatment of gender identity disorder in children. In M. ROTTNEK (Ed.) : *Sissies and tomboys. Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 9–33). New York University Press, New York.
- PLEAK R. (1999) : Ethical issues in diagnosing and treating gender dysphoric children and adolescents. In M. ROTTNEK (Ed.) : *Sissies and tomboys. Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 34–51). New York University Press, New York.
- PLEAK R.R. (2009) : Formation of transgender identities in adolescence. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 13(4) : 282–291.

- RECKERS G.A. (1995) : *Handbook of child and adolescent sexual problems*. Lexington Books, New York.
- ROSENBERG M. (2002) : Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 : 619–621.
- ROTTNEK M. (1999) : Introduction. In M. ROTTNEK (Ed.) *Sissies and tomboys. Gender nonconformity and homosexual childhood* (pp. 1–5). New York University Press, New York.
- SAEGER K. (2006) : Finding our way: Guiding a young transgender child. *The Journal of GLBT Family Studies*, 2(3/4) : 207–245.
- SHEINBERG M. & TRUE F. (2008) : Treating family relational trauma: A recursive process using a decision dialog. *Family Process*, 47 : 173–195.
- VANDEBURGH R. (2008) : Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 26(2) : 1–35. *Fam. Proc.*, Vol. 50, December, 2011.