



HAL
open science

Métamorphose transgenre d'un père : quelles conséquences sur le développement psychoaffectif de son très jeune fils ? A propos d'une observation de l'âge de 2 ans à l'âge de 5 ans

Marie-Christine Bieber

► **To cite this version:**

Marie-Christine Bieber. Métamorphose transgenre d'un père : quelles conséquences sur le développement psychoaffectif de son très jeune fils ? A propos d'une observation de l'âge de 2 ans à l'âge de 5 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01732010

HAL Id: hal-01732010

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732010>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie-Christine BIEBER

le 29 septembre 2011

MÉTAMORPHOSE TRANSGENRE D'UN PÈRE : QUELLES CONSÉQUENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF DE SON TRÈS JEUNE FILS ?

**À PROPOS D'UNE OBSERVATION DE L'ÂGE DE 2 ANS À L'ÂGE
DE 5 ANS**

Examineurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	
Président		
M. P. MONIN	Professeur	}
M. B. KABUTH	Professeur	}
Mme S. LECUIVRE	Docteur en Médecine	}
M. M.A. FRIEDRICH	Docteur en Médecine	} Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE -
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABEL - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROIAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX
Hubert UPFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FFLRLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOU

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François AJLAK

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISSELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GÉRARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAFERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOI

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABITH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAËRE – Professeur Damien LÉOUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE – Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Art CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JULLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENEFOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FÉLLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY – Professeur Philippe JUDJIN – Professeur Patricia BARBARINO
4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Étienne SIMON

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTEF-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTHMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie ; cancérologie (type mixte ; biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétiq*ue)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteur Anne-Claire BIRSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS - Monsieur Pascal REBOUL - Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS - Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCTER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGÉ
Professeur associé Francis RAPHAËL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINÉ - Professeur Pierre BÉRY - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colcete VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A.)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A.)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A.)
Professeur Mamiah Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A.)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A.)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A.)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A.)
Professeur Marin DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A.)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Multidisciplinary Sciences at Kyushu (JAPON)
Professeur Ralph GRASBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A.)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur D. SIBERTIN-BLANC
Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous faites le grand honneur de présider notre jury.

Vous nous avez reçue avec une extrême bienveillance et nous
avons pu apprécier votre grande compétence et votre disponibilité.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre
profond respect et le témoignage de notre vive reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur P. MONIN
Professeur de Pédiatrie

Nous connaissons vos grandes qualités intellectuelles et humaines.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury.

Veillez recevoir ici l'expression de notre respect et de notre gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur B. KABUTH
Professeur de Pédopsychiatrie

Nous sommes très honorée de vous compter parmi nos juges.

Nous sommes très sensible à l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Soyez assuré de notre grand respect.

A notre Juge,

Madame le Docteur S. LECUIVRE
Pédopsychiatre et Chef du service de Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent du Centre Hospitalier de Verdun

Nous vous remercions infiniment de nous avoir confié ce travail et
de nous avoir si bien soutenue avec votre grande compétence et
votre énergie extrêmement bienveillante.

Soyez assurée de notre grande admiration et de notre sincère
gratitude.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur M.A. FRIEDRICH,

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir été l'initiateur de notre travail et de nous avoir encouragée avec une grande sympathie.

A la mémoire de mes parents qui demeurent en mon cœur.

Toute ma gratitude,

A Samuel, mon fils-lumière

A Patou, ma petite sœur affectueuse

A Betty, mon amie-sœur

A Mimi, mon amie-fleur

A tous mes proches

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai par le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	19
CHAPITRE I : OBSERVATION PERSONNELLE	22
1. Motifs de consultation pédopsychiatrique	23
2. Antécédents familiaux de l'enfant	23
2.1. Antécédents familiaux maternels	23
2.2. Antécédents familiaux paternels	24
2.3. Habitus familiaux	24
2.4. Histoire du couple parental	24
3. Antécédents personnels de l'enfant	24
3.1. Période prénatale	24
3.2. Période néonatale	25
3.3. Complications postnatales	25
4. Consultation pédopsychiatrique initiale	27
5. Evolution	28
5.1. A l'âge de 2 ans ½	28
5.2. A l'âge de 3 ans	29
5.3. A l'âge de 3 ans ½	30
5.4. A l'âge de 4 ans	30
5.5. A l'âge de 4 ans ½	30
5.6. A l'âge de 5 ans	33
6. Dernière consultation pédopsychiatrique à ce jour	35
7. Diagnostic évoqué	35
CHAPITRE II : LES THÉORIES SUR LE DEVELOPPEMENT PSYCHOAFFECTIF DE L'ENFANT	36
1. Les théories psychanalytiques	37
2. La théorie de l'attachement	38

3. Les expériences d'attachement et la formation d'un modèle d'attachement	39
4. Articulation entre les théories psychanalytiques et la théorie de l'attachement	40
5. Intégration de la théorie de l'attachement au système familial	40
6. Influences des relations dans le système familial sur la qualité de l'attachement parent-enfant	41
6.1. Les relations conjugales et la qualité de l'attachement parent-enfant	41
6.2. Les relations coparentales et la qualité de l'attachement parent-enfant	42
6.3. Les relations parent-enfant et la qualité de l'attachement parent-enfant	42
7. Spécificité de la figure d'attachement paternelle	43
8. Les parents insécurisants	43
CHAPITRE III : LES TROUBLES DE L'IDENTITÉ DE GENRE OU DYSPHORIE DE GENRE	45
1. Définitions	46
1.1. L'identité sexuelle	46
1.2. L'identité de genre	46
1.3. Les terminologies <i>trans</i>	46
2. Construction de l'identité de genre	48
2.1. Chronologie	48
2.2. Influence des facteurs biologiques	48
2.3. Influence des facteurs sociaux et interrelationnels	49
2.4. Influence des facteurs psychologiques	50

3. Historique	50
4. Approche épidémiologique	51
5. Hypothèses étiologiques	51
5.1. Hypothèses biologiques	51
5.2. Hypothèses psychofamiliales et psychodynamiques	52
6. Formes cliniques	53
7. Diagnostics différentiels	53
7.1. Travestisme	53
7.2. Homosexualité	53
7.3. Bisexualité	54
8. Traitement	54
CHAPITRE IV : LA FONCTION PARENTALE	55
1. Définitions - évolutions nosologiques	56
1.1. L'autorité parentale	56
1.2. La parentalité	56
1.3. La fonction parentale	57
2. La fonction maternelle	57
3. La fonction paternelle	58
3.1. Interactions directes père-enfant	58
3.2. Interactions indirectes père-enfant	58
3.3. Fonction paternelle symbolique	59
4. Les troubles de la parentalité	60
4.1. Les troubles de la parentalité dus aux remaniements narcissiques	60

4.2. Les troubles structurels de la parentalité	61
5. La carence paternelle	61
5.1. Carence paternelle quantitative	61
5.2. Carence paternelle qualitative	61
6. La paternité des <i>pères trans MtF</i>	63
CHAPITRE V : DISCUSSION	66
1. Discussion de l'observation	67
2. Accompagnement de l'accès à la paternalité en périnatalité	71
3. Accompagnement des enfants et des conjoints déstabilisés par la transsexualité de leur proche	71
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXE	90

INTRODUCTION

Il était une fois un tout petit garçon dont le papa a voulu se transformer en femme et lui a demandé de l'appeler **Maman**. Il pourrait s'agir du début d'un conte mythologique. Or, l'évolution de l'acceptabilité sociale ainsi que l'avancée des technologies biomédicales modernes permettant la réalisation d'une véritable transformation hormono-chirurgicale d'un adulte transgenre ont permis la réalité de cette situation.

Le sujet de la transsexualité est à la fois hautement sensible et complexe. Il interroge nos repères identitaires et nous pousse aux limites de nos modèles culturels et psychologiques. Il comporte des enjeux multiples, à la fois éthiques, politiques et juridiques.

Notre travail repose sur l'observation et la prise en charge pédopsychiatriques de ce petit garçon, suivi de l'âge de 2 ans à l'âge de 5 ans dans un CMP (Centre Médicopsychologique). Nous nous proposons de discerner, parmi les troubles de cet enfant, quels retentissements peut générer la *contrainte à la métamorphose* du père sur son développement psychoaffectif, c'est à dire sur sa construction identitaire.

Notre approche se voulant scientifique, nous nous sommes efforcée de rester rigoureuse, factuelle, sans apporter de jugement de valeur. La finalité de notre travail consiste à comprendre les origines des difficultés de développement de cet enfant qui doit s'adapter à une situation de fait, et de répondre au mieux à sa souffrance.

Notre travail cible uniquement la situation particulière d'un enfant mâle dont le père a débuté un parcours transsexuel dans la petite enfance de son fils et s'est désinvesti progressivement de sa fonction paternelle.

Les nombreuses autres combinaisons possibles en fonction du genre de l'enfant, du genre du parent, du mode de survenue de la transition de genre du parent dans la vie de l'enfant (avant ou après sa naissance, dans la petite enfance, dans l'enfance, dans l'adolescence), des conséquences sur la vie de couple (séparation ou pas) nous semblent représenter autant de thèmes différents de réflexion.

Nous exposerons tout d'abord l'histoire personnelle et familiale de cet enfant ainsi que les éléments psychopathologiques décelés au cours de sa prise en charge pédopsychiatrique.

Nous traiterons ensuite des théories sur le développement psychoaffectif de l'enfant, des troubles de l'identité de genre et de la fonction parentale.

Nous terminerons par une discussion sur notre observation, par une réflexion sur les difficultés de l'accès à la paternité en période périnatale et sur la mise en place, au sein de notre système de santé, de solutions d'accompagnement des familles qui présenteraient des difficultés d'adaptation à la transformation transgenre d'un parent.

CHAPITRE I

OBSERVATION PERSONNELLE

Les éléments concernant l'anamnèse et l'évolution familiale ainsi que les informations concernant le père de l'enfant rapportés ci-après **ont pour seule source les propos de la mère de l'enfant**. Ils ont été livrés de manière très progressive au cours des diverses consultations pédopsychiatriques mais aussi à l'aide de deux entretiens que j'ai préparés à l'aide d'un questionnaire et que j'ai menés avec la mère de l'enfant en présence de Mme le Dr Lecuivre, chef de service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier de Verdun (55). Afin d'assurer une bonne compréhension chronologique, ils seront exposés par ordre de survenue, en parallèle de la description des événements somatiques et du développement psychomoteur de l'enfant. Le *père géniteur* (comme il se définit lui-même) de l'enfant a été sollicité par courrier comme nous le verrons ultérieurement. Dans sa réponse, il nous « livre sa vision dans le cadre du suivi de cet enfant » mais refuse de participer plus avant.

Par souci de respect pour sa décision de transformation transgenre, nous n'utiliserons le terme masculin de *Mr* que pour la période antérieure à sa décision de transition. Par ailleurs, nous désignerons l'enfant et son père par les initiales de leurs prénoms et de leur nom afin de souligner la filiation immuable.

1. Motifs de consultation pédopsychiatrique

En août 2008, K.D., un enfant âgé de deux ans, est amené en consultation spécialisée de pédopsychiatrie au Centre Médico-Psychologique (CMP) attaché au centre hospitalier de VERDUN (55) par sa mère, Mlle N.. Le père de K.D., Mr F.D., n'est pas présent.

La demande de consultation est motivée par la survenue de:

- nombreuses crises de colère durant lesquelles il hurle, jette des objets et vient frapper sa mère.
- difficultés dans le développement du langage.

Il n'est fait mention ni de difficultés dans l'acquisition de la propreté ni de l'existence de troubles du sommeil.

2. Antécédents familiaux de l'enfant

2.1. Antécédents familiaux maternels

Il n'existe aucun antécédent médico-chirurgical notable. La fratrie de Mlle N. comporte cinq sœurs dont elle est la quatrième. Sa famille est de tradition catholique.

2.2. Antécédents familiaux paternels

Le grand-père paternel est atteint d'une surdité d'origine professionnelle. La fratrie du père de l'enfant, Mr F.D., comporte une demi-soeur issue d'un premier mariage de sa mère, trois soeurs aînées et un frère plus jeune de cinq ans. Ses parents sont divorcés depuis 1999. Sa relation avec sa mère aurait été fusionnelle puis conflictuelle. On note des origines italiennes et grecques dans cette famille sans tradition culturelle particulière.

2.3. Habitus familiaux

Mlle N. est titulaire d'un baccalauréat professionnel en secrétariat. Elle présente un tabagisme qu'elle a interrompu en période péri-natale puis repris deux ans après la naissance de son fils.

Mr F.D. a un CAP en secrétariat mais n'est jamais entré dans la vie active. Il est passionné d'informatique. Il n'a pas le permis de conduire. Il ne présente aucune prise de toxique notoire.

2.4. Histoire du couple parental

La famille de Mlle N. s'est installée à Grenoble pour raison professionnelle alors qu'elle est âgée de 12 ans. Mlle N. n'avait eu aucune liaison amoureuse avant sa rencontre avec Mr F.D.

Mr F.D. est originaire de Grenoble. Il a quitté sa famille à l'âge de 17 ans pour cohabiter durant deux ans avec son meilleur ami. Il s'est ensuite installé avec une première compagne.

Ils ont respectivement 18 et 22 ans lorsqu'ils se rencontrent par le biais d'un site internet. Ils s'installent ensemble après huit mois. Ils ne sont pas mariés. Ce couple cohabite durant six ans avant la naissance de l'enfant.

3. Antécédents personnels de l'enfant

3.1. Période prénatale

La grossesse est désirée par les deux membres du couple. Elle débute rapidement après l'arrêt de la contraception. Le futur père manifeste son contentement et son souhait que l'enfant soit de sexe féminin. Il veut le prénommer Ka.

A sa demande, le père est présent lors de la **première échographie fœtale** au troisième mois gestationnel. Par contre, au sixième mois, lors de la

seconde échographie qui permet le plus souvent de déterminer le sexe du fœtus, il manifeste une réticence à accompagner la mère. Lorsque l'échographe annonce que le fœtus est de sexe masculin, l'attitude du père devient glaciale. Lors de la **troisième échographie**, au huitième mois, le père n'est pas venu.

Lors du sixième mois de grossesse, Mlle N. fut victime d'un accident de la voie publique à l'issue duquel elle raconte avoir gardé durant plusieurs jours la trace de sa ceinture de sécurité sur l'abdomen. Très angoissée, elle fut gardée en observation pour une surveillance échographique du fœtus.

3.2. Période néonatale

L'enfant, de sexe masculin, naît à terme. Le poids de naissance est de 3,540 kg pour une taille de 49cm. Le père est présent en salle de travail. Les formalités de déclaration à l'état civil sont effectuées au sein de la maternité. Les deux parents reconnaissent l'enfant en présence de l'officier d'état civil et **l'enfant porte le nom de famille du père.**

L'allaitement maternel est tenté durant 48 heures. Il est interrompu en raison d'un engorgement mammaire mal contrôlé. Le père participe ensuite à l'alimentation par lait artificiel mais ne pratique aucun soin corporel (changes de couche, toilette, habillage). Après le retour à domicile, le père s'occupe du bébé durant la nuit car il reste éveillé pour travailler sur son ordinateur à la création d'un jeu vidéo.

A 15 jours de vie, le bébé présente une **sténose hypertrophique du pylore**. La cure chirurgicale est effectuée en urgence dans le service de Chirurgie Infantile du C.H.U. de Grenoble. L'hospitalisation se fait en secteur mère-enfant et dure une semaine. Après l'intervention, l'alimentation de l'enfant par lait maternisé sera fractionnée (60ml de lait maternisé toutes les 3H durant 3 mois). L'enfant est pesé quotidiennement et bénéficie d'une consultation pédiatrique mensuelle. La mère reprend son activité professionnelle de secrétaire et le père, restant à domicile, s'occupe du bébé. Il donne les biberons, parle à son enfant mais répugne à changer les couches, ne donne pas le bain et ne le promène jamais seul.

3.3. Complications postnatales

A l'âge de cinq mois et demi, le bébé est victime d'une seconde complication organique sérieuse, à savoir une **occlusion intestinale aiguë sur volvulus de l'intestin grêle**. L'état hémodynamique de l'enfant nécessite son admission en service de réanimation infantile. La cure chirurgicale, pratiquée dans le même service qu'antérieurement,

nécessitera une résection iléale étendue (72 cm) en raison d'une nécrose des anses grêles. Les suites seront compliquées de difficultés majeures de réalimentation, l'enfant refusant les préparations à type d'hydrolysate de protéines indiquées pour éviter tout risque d'intolérance.

La reprise de la croissance pondérale de K.D. sera très lente. D'autre part, il présente de fréquentes diarrhées compliquées d'un érythème fessier marqué, apparemment douloureux. La mère signale que son enfant était devenu atonique à cette époque. L'hospitalisation en secteur mère-enfant durera six semaines.

Au cours de cette seconde hospitalisation de son fils, Mlle N. s'avoue anxieuse, déçue par le manque de soutien du père. Mr F.D. leur rend peu de visites, y compris durant les fêtes de fin d'année, et refuse de prendre le relai auprès de l'enfant, même la nuit. Aucun soutien psychologique n'a été proposé à la mère au cours de cette hospitalisation prolongée de son bébé. Durant ces 6 semaines, elle n'a pu rentrer qu'une seule fois à son domicile pour se doucher. Elle maigrit de 5kg.

Le retour à domicile sera marqué par la progression du désinvestissement de Mr F.D. Le couple n'effectuera aucune visite dans la famille paternelle pour présenter le bébé. Les parents ne se promènent ensemble avec leur bébé qu'à une seule reprise.

Sur le plan somatique, la croissance staturo-pondérale de K.D. demeure ralentie. Sa taille évolue sur la courbe -2DS alors que sa croissance pondérale est insuffisante avec absence de rattrapage lié à son régime excluant le lait. La réintroduction alimentaire progressive du lait est effectuée à l'âge de 9 mois, en association avec une diversification alimentaire progressive.

L'enfant a 13 mois lorsque Mlle N. quitte le domicile conjugal. Le père avait refusé catégoriquement que soit organisée une fête pour le premier anniversaire de K.D. en juin 2007. Mlle N. part avec l'enfant s'installer chez sa sœur qui habite la même ville. Mr F.D. reste indifférent et ne tente pas de retenir sa compagne. Par la suite, elle sollicitera son ex-compagnon pour qu'il s'occupe de leur fils puisqu'elle-même a repris son activité professionnelle. Mr D. refuse en argumentant: « Je ne suis pas une nourrice ». Lors de rares visites de Mlle N. chez son ex-compagnon, elle remarque de nombreux drapeaux gays accrochés aux murs.

L'enfant a 16 mois lorsque Mr F.D. annonce à Mlle N. : « Je suis transsexuelle. Je l'ai toujours su. J'ai décidé de me faire opérer. J'ai entrepris des démarches auprès d'une équipe. Je m'appellerai Ka.D. ».

Cette annonce se fait **en présence de l'enfant**. C'est à cet âge que K.D. fait l'acquisition de la marche. Mlle N. rapporte que cette révélation a provoqué chez elle le sentiment d'avoir été utilisée et observée pendant leurs 7 ans de vie commune. Elle dit avoir ressenti une grande colère.

L'enfant a 17 mois lorsque Mr F.D. débute une hormonosubstitution. Il porte des vêtements masculins amples et un sac à main. Sa voix n'est pas modifiée. La mère et l'enfant le rencontrent rarement.

L'enfant a 19 mois quand Mlle N. décide de venir s'installer à Verdun pour se rapprocher de ses parents. C'est une période douloureuse pour Mlle N.. Au cours du suivi, elle décrira sa souffrance et son incompréhension quant à la démarche de son ex-compagnon.

L'enfant a 2 ans quand **Mr F.D., devenu Mlle Ka.D.**, vient chercher son fils. Elle avait l'accord de Mlle N. pour l'emmener passer une semaine de vacances à Grenoble. Son aspect s'est modifié: elle porte des cheveux longs et un maquillage accentué. Elle est accompagnée d'un homme qu'elle présente comme son compagnon.

L'enfant ne reconnaît pas son *père* mais identifie sa voix. **Mlle Ka. D. demande à son fils de l'appeler "Maman"** en présence de la mère.

Le séjour s'est apparemment bien passé. Le régime alimentaire auquel est astreint l'enfant a bien été suivi. Il s'agissait de la première séparation durable mère-enfant. A son retour, l'enfant dit à sa mère : «C'est mieux chez Papa ».

4. Consultation pédopsychiatrique initiale

L'enfant est âgé de 2 ans lorsqu'il est reçu en consultation CMP par Mme le Dr Lecuire qui dirige le service de pédopsychiatrie. Il est accompagné de sa mère et de sa grand-mère maternelle qui patiente en salle d'attente. La mère expose les antécédents organiques de l'enfant précédemment décrits et le régime alimentaire auquel il est soumis.

Selon la mère, les troubles du comportement de l'enfant à type d'opposition ont débuté après la séparation de ses parents. Mlle N. rapporte aussi des épisodes récents de comportement colérique : K.D. s'est jeté contre un mur et a subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance mais avec plaie frontale ayant nécessité une suture chirurgicale. Il a également été victime d'une fracture d'une cheville en donnant un coup de pied contre une table et a été traité orthopédiquement par immobilisation plâtrée.

La mère s'inquiète aussi quant à l'acquisition du langage de son fils. Il n'est fait mention ni de difficultés dans l'acquisition de la propreté ni de l'existence de troubles du sommeil. La mère est réticente à parler de la transsexualité du père de l'enfant. Elle n'en fera mention qu'à la fin de l'entretien.

A l'issue de cette première consultation, il est prescrit:

- un bilan psychomoteur et un bilan psychologique pour évaluer le niveau de développement de cet enfant
- un accompagnement thérapeutique individuel pour l'enfant, assuré par une infirmière, en liaison avec la crèche
- une guidance maternelle assurée par une psychologue (travail sur la relation mère-fils et sur l'histoire de l'enfant du point de vue parental)

5. Evolution

5.1. A l'âge de **2 ans 1/2**

L'enfant est revu avec sa mère en consultation pédopsychiatrique. Malgré un suivi individuel infirmier régulier, il ne parle pas, ne répond pas aux questions et émet peu de sons. Les troubles du comportement sont toujours présents.

Sur le plan somatique, K.D. bénéficie d'un suivi gastroentérologique par le Dr Morali dans le service de Médecine Infantile de l'Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois. Il présente en effet une persistance de diarrhées à l'origine d'une encoprésie. Sa taille demeure à -1,75 DS et son poids à -0,5 DS. Le diagnostic de **Syndrome de l'Intestin Irritable** sans malabsorption est posé. Il lui est recommandé un régime excluant les aliments acides, les crudités et le lactose.

Par ailleurs, la mère se dit relativement soulagée: Mlle Ka.D. lui a fait part de ses propres doutes ressentis sur son désir de transsexualité. Mlle Ka.D. avait décidé d'interrompre son traitement hormonal et de se reconnaître comme homosexuel.

Les parents ont aussi participé à une réunion de conciliation organisée par le **Juge aux Affaires Familiales** pour décider de la garde partagée de l'enfant durant les vacances de fin d'année. Mlle Ka.D. n'exercera pas son droit de garde avant de nombreux mois.

Il est décidé qu'une infirmière poursuivra l'accompagnement thérapeutique individuel ainsi que la liaison avec la crèche.

5.2. A l'âge de 3 ans

L'enfant entre en petite section de maternelle.

Pendant les vacances de la Toussaint, il fait un second séjour chez Mlle Ka.D. selon la décision du Juge aux Affaires Familiales. Le parcours transgenre a été repris. Mlle Ka.D. suit à nouveau une hormonosubstitution qui transforme sa silhouette : sa poitrine s'est manifestement développée.

Le séjour est écourté par Mlle Ka.D. au bout de quatre jours en arguant que « cela se passait mal ». La mère vient rechercher son fils à Grenoble et séjourne dans sa famille. L'enfant appelle plusieurs fois son oncle : « *papa* ».

Au retour, la mère tente d'installer des photographies de Mlle Ka.D. dans la chambre de son fils. Il manifeste qu'il n'en veut pas.

L'observance de la prise en charge est insatisfaisante. La mère annule de nombreuses séances en raison de ses horaires de travail.

Les troubles oppositionnels persistent. La continence de jour a été acquise dans le mois précédent la rentrée scolaire mais les accidents énurétiques diurnes sont rapidement réapparus. Le langage s'est développé. Des troubles du sommeil sont apparus, notamment des difficultés d'endormissement.

Le bilan psychologique initial est réalisé quand K.D. atteint ses **3 ans**, soit un an après la première consultation pédopsychiatrique, en raison d'une longue liste d'attente. Les conclusions sur la construction identitaire de l'enfant et sur son développement mental sont prudentes étant donné son jeune âge.

« K.D. ne semble pas présenter de troubles graves du développement. Il ne montre pas d'angoisse de séparation d'avec sa mère. Il nécessite des stimulations intellectuelles afin de favoriser le développement de son langage. Les troubles de l'identité de genre, l'absence physique et psychique du père paraissent avoir davantage déstabilisé la mère dans ses fonctions d'autorité et de maternage que perturbé l'enfant dans son développement. K.D. a dû traverser une phase transitionnelle et s'est adapté. Ses comportements à type d'opposition sont surtout observables en présence de sa mère. Ils sont le reflet de mécanismes défensifs face à sa propre angoisse et/ou à l'angoisse de sa mère. »

Au terme de ce bilan, il est souligné que « l'intermède d'un tiers s'avère nécessaire étant donné le jeune âge de K.D. et l'absence de son père comme figure paternelle protectrice détentrice de la loi. »

L'accompagnement thérapeutique individuel de l'enfant assuré par une infirmière avec une liaison scolaire se poursuit.

5.3. A l'âge de **3 ans 1/2**

Mlle Ka.D. adresse un courrier au **Juge des Affaires Familiales** pour demander à se faire déchoir de son autorité parentale « malgré l'amour qu'elle a pour son fils ». Elle précise que sa demande est consécutive à des « attaques fallacieuses » de son ex-compagne et à « l'impossibilité d'assumer un rôle de père en parallèle avec sa vie de femme, donc de mère ». Le jugement est encore en délibéré à l'heure actuelle.

Mlle Ka.D. aurait quitté son compagnon et se serait mise en couple avec une femme lesbienne.

Dorénavant, les rencontres entre Mlle Ka.D. et son fils seront rares et courtes.

La mère de l'enfant fait la connaissance d'un nouveau compagnon qui a la garde de ses trois fillettes (7, 5 et 2 ans).

Le traitement individuel par l'infirmière se poursuit.

5.4. A l'âge de **4 ans**

La mère s'installe avec son fils chez son nouveau compagnon. Ils s'adaptent à une nouvelle vie de famille recomposée. L'enfant fait sa rentrée en moyenne section dans une nouvelle école maternelle.

C'est un élève moyen et intéressé. Il peut avoir un comportement agressif en récréation. Il est très fatigable et s'endort de manière irrésistible en fin de matinée et début d'après-midi. Les acquisitions scolaires en sont perturbées. Les épisodes énurétiques sont fréquents en classe.

Sur le plan de son développement psychoaffectif, il existe un début d'affirmation de la personnalité avec accès à la mentalisation.

Malgré 2 ans de suivi individuel infirmier, les troubles persistent.

Il est décidé d'intégrer l'enfant dans un groupe thérapeutique au CMP.

5.5. A l'âge de **4 ans 1/2**

Les consultations ultérieures mettent en évidence un développement psychomoteur lent et des troubles oppositionnels persistants. Il existe des troubles du sommeil à type d'endormissement tardif et de réveil précoce.

L'enfant appelle le chauffeur de taxi qui l'amène au CMP « papa ».

A l'école, l'enfant ne peut s'empêcher de s'endormir sur sa chaise pour faire une sieste alors qu'il est en moyenne section de maternelle. Les épisodes énurétiques diurnes sont encore très fréquents.

L'évolution somatique est favorable au vu du suivi gastroentérologique. La croissance staturale demeure décalée (taille à -1,5DS) par rapport au poids normal. L'enfant bénéficie de la pose d'aérateurs tympaniques.

Le **bilan psychomoteur** de K.D. est effectué deux ans après la consultation initiale, faute de moyens. Le comportement de l'enfant est ainsi décrit par la psychomotricienne :

« Dans la salle d'attente où la mère et son fils patientent avant la première séance, K.D. dit bonjour et m'embrasse. Il dit qu'il a mal au *zizi* et sa mère lui répond qu'il sait pourquoi, puisqu'il a fait pipi dans sa culotte durant tout le week-end. Il accepte ensuite de ranger les jouets qu'il a utilisés et de m'accompagner seul. Pour se dire au revoir, l'enfant et sa mère s'embrassent sur la bouche.

Dès le début de la séance, K.D. réclame un jeu. Il lui est proposé de jouer après la séance et il accepte. Il lui est demandé de réaliser le dessin d'un bonhomme. Il commence son dessin mais très vite, il se met à trier les feutres. La consigne est réitérée mais l'enfant reste mutique, fixe son regard sur ses feutres et pose sa tête sur la table. Il reste immobile dans cette position. Il ne dira pas s'il a fini son dessin ou ce qu'il représente. Lorsqu'il lui est proposé de faire une autre activité, il ne réagit pas. Il restera dans cette position d'opposition tout au long de la séance, y compris au moment de remettre son manteau, de retrouver sa maman et sur le chemin du retour.

La seconde séance se déroule normalement. Il ne montrera aucun signe d'opposition au moment de remettre son manteau pour rejoindre sa mère qui l'attend. Elle lui demande s'il a bien travaillé. Il lui répond que oui, ce qui est vrai. Il passe souvent la langue sur sa lèvre supérieure jusqu'à toucher son nez avec sa langue.

Avant le début de la troisième séance, au moment de se séparer, la mère demande plusieurs fois à son fils de lui faire un baiser sur la bouche. En retrouvant sa mère après la séance, l'enfant lui dit qu'il n'a pas fait pipi dans sa culotte. Elle vérifie en touchant l'entrejambe du pantalon du petit garçon. Elle explique que plusieurs épisodes d'énurésie diurne surviennent quotidiennement.

Durant les épreuves, l'enfant parle peu spontanément. Il répond rapidement aux questions posées par des phrases courtes ou des hochements de tête. Il parlera spontanément au moment de choisir un jeu. Il choisit souvent le jeu de construction *Kappla* pour construire une cabane. Il joue silencieusement. Il demande à plusieurs reprises à prendre les jeux pour les emporter chez lui.

Schéma corporel et image du corps: K.D. accepte de dessiner un bonhomme. Son dessin ne comporte ni ventre ni membres inférieurs. Lorsqu'il a terminé, il dit que c'est un chien. Il lui est demandé de décrire son dessin. Il répond que c'est un bonhomme avec des bras et des mains, une tête et des cheveux. L'enfant est évalué à 4 ans et demi selon la cotation de Goodenough. L'épreuve du *puzzle du bonhomme* n'est pas

réussie. K.D. positionne correctement les jambes et le ventre mais les bras sont attachés à la tête. Il lui est demandé de montrer où sont attachés les bras sur son corps. Il confirme que c'est à sa tête. Le vocabulaire corporel correspond à son âge et il parvient à reproduire des postures de son âge.

Organisation temporelle : il a des repères temporels correspondant à son âge. Il présente une bonne adaptation rythmique.

Organisation spatiale : le vocabulaire spatial de l'enfant est adapté et son orientation spatio-corporelle est bonne. L'épreuve de Santucci durant laquelle il doit reproduire des figures géométriques est cotée à 4 ans.

Coordination et équilibre : il a des difficultés à la réception du ballon avec les mains. Il tend les bras, cherche à le coincer contre son buste mais n'y parvient pas. Il shoote avec le pied mais vise mal.

La motricité fine est correcte. Pour le graphisme, il utilise la main droite et adopte une bonne posture. Il présente des syncinésies faciales (tire la langue, pince les lèvres). Il parvient à bien découper.

L'équilibre postural est correct.

Tonus : l'enfant présente une adaptation tonique correcte. »

En conclusion, ce bilan psychomoteur montre que « l'enfant a des difficultés pour s'exprimer et pour affirmer sa personnalité, ce qui implique l'existence d'une fragilité narcissique. La relation mère/fils (baisers sur la bouche, vérification de perte d'urines en passant la main sur l'entrejambe) nécessite des ajustements. »

Il est décidé de travailler l'individuation corporelle et sexuée par un suivi psychomoteur individuel.

Dans le cadre de notre travail ayant débuté en janvier 2011, Mme le Dr Lecuire et nous-même avons sollicité par courrier Mlle Ka.D., afin de lui donner la parole et l'inviter à répondre à nos interrogations.

Dans sa réponse, elle nous dit accepter de « livrer sa vision dans le cadre du suivi de l'enfant mais refuse de participer plus avant ». Elle nous fait part d'un important contentieux avec son ex-compagne. Elle estime que Mlle N. « a refusé de considérer sa transidentité, » qu'elle se comportait comme une « harpie voulant régir sa vie et celle de l'enfant de manière tyrannique ». Elle estime que « les troubles du comportement de K.Ier, l'enfant-roi, sont dus au laxisme sans nom de sa mère ».

En ce qui concerne son fils, il apparaît une ambivalence des sentiments: « C'est à regret mais dans l'intérêt de l'enfant et du mien que j'ai tiré un trait sur mon passé, une erreur de parcours... Mlle N. m'a causé tant de souffrance que j'aurais préféré que cet enfant ne vienne jamais au monde... j'aimais éperdument mon fils mais sous les coups de sa mère, je le perçois désormais comme une menace d'où ma décision de ne plus

jamais le voir, de le renier... il perd un parent aimant même si je n'aurais jamais été un père pour lui, c'est contre ma nature de femme... le fait d'avoir été son géniteur ne fait pas de moi son père ni d'agir en tant que tel... je me bats pour exister en tant que femme et peut-être un jour en tant que mère mais pas celle de K. ... si un jour K. veut des réponses, il pourra toujours les avoir par mail, il a le droit de savoir et de s'adresser directement à l'intéressée... en aucun cas je ne souhaite le revoir ou initier une quelconque relation, à plus forte raison en présence de son inquisitrice de mère. »

Mme le Dr Lecuire adresse un second courrier à Mlle Ka.D. pour l'informer qu'elle prend acte de sa réponse et archive sa lettre dans le dossier de son fils, K.D..

5.6. A l'âge de 5 ans

Un **second bilan psychologique** est réalisé par une autre psychologue (la psychologue ayant réalisé le premier bilan avait quitté le service pour raison administrative):

« Lors de la première consultation, l'enfant reste muet. Il accepte le contact visuel mais ne peut répondre aux sollicitations. Il demande uniquement à jouer avec de petites voitures. Il accepte de rester seul avec la psychologue sans pour autant établir une relation.

Lors du second entretien, l'enfant se montre plus disponible et plus à l'aise dans la relation. Le langage reste pauvre et les échanges peu nombreux. K.D. demande à jouer avec des *Playmobil* qu'il met en scène avec agressivité. On observe que le changement de support est difficile et que l'enfant nécessite un objet transitionnel pour passer d'une situation à une autre.

Il accepte le test *Patte Noire*. Durant le test, il demeure très en retrait. Il ne peut répondre spontanément aux questions simples et a besoin de précisions et de sollicitations multiples:

« Il ne parvient pas à identifier de manière stable les figures représentées dans le test. Pour lui, les imagos parentales alternent, la mère devenant le père et inversement. Le personnage auquel il s'identifie présente une certaine ambiguïté dans son identité sexuelle. Il n'y a pas de mise en scène de conflit entre les différents membres de la famille. L'agressivité représentée dans certaines planches est refoulée. Cela laisse supposer que l'enfant ne se situe pas encore au stade de l'Œdipe et qu'il ne peut pas encore résoudre les conflits propres à ce stade.

« Il ne peut mettre en scène une mère nourricière suffisamment bonne. Les relations semblent non structurantes et teintées d'agressivité, ce qui peut interroger sur la qualité des premiers liens de cet enfant. Il existe une fixation au stade oral.

« Lors de la passation du *Test des Contes*, K.D. se montrera encore

réservé. Il aura besoin d'un objet transitionnel pour accepter de subir le test. A l'écoute des contes renvoyant au stade de la naissance, l'enfant ne peut pas développer ses réponses.

« La relation à la mère semble être source de conflits et d'agressivité. Les besoins fondamentaux de l'enfant semblent insatisfaits, ce qui l'empêche d'asseoir son identité narcissique. K.D. ne semble pas pouvoir s'affirmer sans ressentir une certaine culpabilité. Il semble pris entre le désir de s'autonomiser, de se séparer et celui de satisfaire les besoins de sa mère. « Il se vit comme un mauvais sujet et la figure maternelle est vécue sur un mode autoritaire et castrateur. L'évocation des contes qui portent sur le stade phallique œdipien montre que l'enfant ne peut pas encore aborder cette étape. **Ses choix identificatoires sont instables et ambivalents.**

« En conclusion, les réponses à ces tests ont été peu nombreuses et témoignent d'une inhibition et d'un imaginaire pauvre. L'analyse des tests traduit un retard global de l'identité de K.D. et une instabilité dans ses choix identificatoires. Les relations mère-enfant ne sont pas structurantes et ne permettent pas un développement adapté. »

L'enfant est intégré dans un **groupe thérapeutique** depuis un an. Les conclusions du groupe montrent des dysfonctionnements :

- peu d'autonomie
- troubles du comportement : relation d'opposition aux pairs et difficultés à la frustration face aux adultes
- difficulté à la socialisation et à l'intégration
- liens érotisés aux objets et aux personnes
- questionnement sur l'imaginaire et le créatif
- au total, immaturité et difficulté à être dans une relation adaptée

6. Dernière consultation pédopsychiatrique à ce jour

L'enfant a **5 ans**. Sa mère nous fait part de sa récente séparation de son dernier compagnon, en raison de conflits portant sur leurs enfants respectifs. Elle est retournée vivre chez ses parents avec son fils.

L'enfant a donc changé d'école maternelle en cours d'année scolaire et prend un bus scolaire pour s'y rendre.

La liaison scolaire effectuée par une infirmière met l'accent sur un comportement variable et imprévisible.

Il présente des crises d'opposition incontrôlables. Il reste fatigable, a un besoin impératif de faire une sieste et s'endort dans le bus qui le ramène chez lui. Les accidents énurétiques diurnes persistent en classe.

Son école a fait pour lui une demande d'auxiliaire de vie scolaire (AVS).

Mme le Dr Lecuire informe la mère et l'enfant du fait que Mlle Ka.D.

nous a répondu par retour de courrier. L'enfant proteste: « Non! Pas Ka.. C'est K.D.! ». Il lui est précisé que cette lettre est déposée dans son dossier médical du CMP.

Mme le Dr Lecuire a rédigé un **conte thérapeutique**, l'**Histoire du petit chêne vert** [Annexe].

Pendant la lecture du conte, K.D. montre des signes d'opposition. Il enroule ses bras contre lui, son visage prend un aspect boudeur. Il proteste: « J'aime que les jouets » et se met à jouer. La mère écoute avec une grande attention.

La suite de l'entretien sert à exposer à la mère l'insuffisance des progrès du développement de son fils:

-outre la guidance maternelle peu observée, outre la demande d'AVS faite par l'école maternelle, les troubles de l'enfant persistent malgré son intégration à un groupe thérapeutique depuis un an.

-l'enfant présente donc une immaturité liée à un retard de développement psychoaffectif et à un attachement insécure.

Sur le plan thérapeutique, il est décidé de l'admettre en hôpital de jour à temps partiel pour un soutien médicopsychologique renforcé.

7. Diagnostic évoqué

Le diagnostic évoqué est celui de **Pathologie limite à dominante comportementale** au rang 3.3 de la classification **CFTMEA**. Il correspond au diagnostic de **Troubles des conduites** codé F91.9 dans la **CIM-10**.

La CFTMEA ou Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent est un référentiel de classement thérapeutique révisé en 2000.

La CIM-10 ou Classification Internationale des Maladies est une classification publiée par l'OMS [64] pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité de la population mondiale. Il s'agit de la dixième révision achevée en 1992.

CHAPITRE II

LES THÉORIES SUR LE DÉVELOPPEMENT

PSYCHOAFFECTIF DE L'ENFANT

Le développement psychologique de l'enfant, c'est à dire l'organisation progressive de sa personnalité, concerne différents domaines qui sont intriqués et interactifs : affectif et émotionnel, social et cognitif. Il est principalement conditionné par la solidité des liens affectifs parent-enfant. L'attachement parent-enfant sert à l'enfant pour construire un sentiment de sécurité. Ce sentiment de sécurité est étroitement lié à la construction d'un premier sens de soi. Il permet aussi à l'enfant d'explorer le monde qui l'entoure et de se développer. Il sert encore de port de sécurité si l'enfant perçoit un danger et se retrouve en situation de détresse.

A partir d'une revue de la littérature, nous rappellerons dans ce chapitre les théories psychanalytiques sur le développement infantile, l'évolution de la **théorie de l'attachement** initialement proposée par Bowlby [10] et leur articulation. Nous tenterons également d'aborder le développement de l'enfant à l'intérieur de la dynamique des relations familiales en nous appuyant sur la **théorie du système familial**. Nous exposerons ensuite la jonction entre ces deux modèles théoriques afin de comprendre, dans une approche systémique de l'attachement, l'influence des relations intrafamiliales sur la qualité de l'attachement parent-enfant. Nous décrirons enfin la spécificité de la figure d'attachement paternelle et celle des parents insécurisants.

1. Les théories psychanalytiques

La démarche de Freud consiste à reconstruire le développement infantile à travers les cures analytiques. Il a décrit une succession de stades libidinaux et a défini des instances de l'appareil psychique (conscient, préconscient, inconscient dans sa première topique, le Ça, le Moi, et le Surmoi dans sa deuxième topique). Il a ainsi montré l'importance des conflits intrapsychiques.

Mélanie Klein a mis en évidence la précocité des conflits internes et le dualisme pulsionnel (pulsion de vie et de mort).

Anna Freud, grâce à l'observation directe de l'enfant, a introduit le concept de lignes de développement inégales et le rôle de l'environnement sociofamilial.

Pour Robert Spitz, l'évolution de l'enfant est scandée par des organisateurs permettant chacun l'accession à un nouveau type de fonctionnement mental : le sourire vers 2 mois, l'angoisse face à l'étranger vers 8 mois et l'acquisition du "non" entre 12 et 18 mois.

Margaret Mahler a avancé le concept de **séparation-individuation** et décrit la progression de l'enfant dans l'accès à une autonomie.

2. La théorie de l'attachement

Bowlby [10] a proposé un modèle de développement qui s'éloigne de la théorie des pulsions de Freud. Il estime que la capacité d'un enfant à établir des liens affectifs constitue une composante fondamentale de la personnalité.

Il désigne par le terme d' **attachement** le lien d'affection spécifique entre l'enfant et la figure maternelle. Il le définit comme un besoin primaire fondamental, comme une tendance originelle à rechercher et à maintenir la proximité avec la mère. Il ne le fait dériver ni du plaisir oral (théorie psychanalytique), ni des soins maternels (théorie de l'apprentissage).

Le comportement d'attachement a une double fonction de protection et de socialisation. C'est lorsque l'enfant est séparé de sa figure d'attachement que se manifeste au plus haut degré son mode d'attachement : la nature de ses réactions (pleurs, colère, protestations, agitation, retrait, évitement) renseigne sur la qualité de la relation parent-enfant.

Les travaux d'Ainsworth [2] ont abouti à l'élaboration d'une méthode standardisée permettant de catégoriser l'attachement de l'enfant en termes de **sécurité** ou d' **insécurité** . Selon la manière dont les parents se comportent avec leur enfant, à savoir leur disponibilité et l'adéquation de leurs réponses à ses demandes, on distingue trois principaux modes comportementaux d'attachement:

- l'attachement assuré ou sécurisé (ou secure)
- l'attachement anxieux-évitant
- l'attachement anxieux-résistant (ou anxieux-ambivalent)

L'attachement est sécurisé si la figure d'attachement remplit son rôle de protection, permettant à l'enfant d'orienter son attention vers d'autres activités que le maintien de la proximité et notamment vers l'exploration. Il pourra s'éloigner de sa figure d'attachement.

L'attachement est anxieux-évitant lorsque l'enfant n'a aucune confiance dans la disponibilité de son parent et s'attend à être repoussé en raison de rejets répétés. L'enfant va surinvestir la sphère cognitive pour se suffire à lui-même et se focaliser sur l'exploration sans se soucier de sa sécurité. Il sera plus hostile, isolé affectivement et aura une tendance à l'agressivité avec ses pairs.

L'attachement est anxieux-résistant (ou anxieux-ambivalent) quand l'enfant n'est pas certain que sa figure d'attachement sera disponible pour l'aider. Ce mode d'attachement est favorisé par un parent disponible et secourable dans certaines situations mais pas dans d'autres, par des séparations répétées ou par des menaces d'abandon utilisées comme moyen de discipline. Le système d'attachement est dit hyperactivé. L'enfant continue à maintenir une proximité avec la mère même si les conditions de sa sécurité sont remplies. Il aura tendance à attirer l'attention (enfant plus impulsif, intolérant aux frustrations) ou bien sera passif et sujet à des sentiments d'impuissance.

Ces deux modes d'attachement anxieux (anxieux-évitant et anxieux-résistant) provoquent une insécurité pouvant entraver l'autonomisation et les capacités d'adaptation sociale de l'enfant.

L'attachement désorganisé-désorienté est un quatrième profil décrit par Main [52] : l'enfant ne trouve pas de stratégie efficace pour gérer la détresse engendrée par la séparation. Son comportement apparaît contradictoire ou incomplet, non dirigé socialement. Ce mode d'attachement s'observe classiquement en cas de troubles envahissants du développement et en cas de maltraitance [26,67].

3. Les expériences d'attachement et la formation d'un modèle d'attachement

L'enfant tente de réguler sa proximité physique et psychologique avec la figure parentale en élaborant différentes stratégies comportementales (pleurs, cris, agrippement, sourires, poursuite) et différentes stratégies cognitives. Il s'efforce ainsi de préserver son sentiment de sécurité et de gérer sa détresse en cas de séparation, d'éloignement ou d'indisponibilité de la figure d'attachement [12].

Au fil de ses expériences avec l'entourage, en particulier avec ses figures d'attachement, l'enfant intériorise et généralise des séquences d'interaction créant la formation de représentations mentales conscientes et inconscientes. Elles sont appelées **modèles internes opérants** (MIO) par les théoriciens de l'attachement [10]. Les MIO sont définis comme des représentations mentales de soi, de l'autre et du monde extérieur issues des interactions avec les figures d'attachement [53]. L'enfant s'en sert de guide, de schéma mental dans ses futures relations socioaffectives, afin d'organiser la manière plus ou moins adaptée avec laquelle il appréhendera le monde qui l'entoure. Les MIO ont une grande valeur adaptative et résistent au changement dans le temps [23,61]. Ils se

stabilisent au cours de la période développementale située entre six et douze ans.

4. Articulation entre les théories psychanalytiques et la théorie de l'attachement

Le mouvement interactionniste initié par la théorie de l'attachement peut être considéré comme complémentaire de la psychanalyse. Il s'attache aux comportements pour observer et décrire les relations précoces et réintroduit le contenu latent et symbolique des conduites à travers la notion d'interactions fantasmatiques [38].

5. Intégration de la théorie de l'attachement au système familial

Dans les années 1970, les pionniers de la théorie de l'attachement travaillant sur des données empiriques avaient une conception hiérarchisée des relations d'attachement. Initialement, Bowlby [10] décrivait un attachement dyadique figure d'attachement-enfant: il soulignait la primauté de la mère dans la monotropie de l'attachement sans nier que le comportement d'attachement pouvait être dirigé vers un petit nombre d'autres personnes.

Son élaboration théorique évolua vers la nécessité d'intégrer la théorie de l'attachement à l'ensemble du système familial [9]. L'enfant doit s'adapter à une famille dont les membres composent des sous-systèmes [48]. Ceux-ci influencent directement l'enfant par leurs interactions avec lui. Ils l'influencent également indirectement par leurs interactions. Le concept de base de sécurité est étendu à la famille considérée comme un tout. L'enfant a besoin d'un réseau familial fiable et d'une base de sécurité familiale où les membres de la famille partageraient consciemment la protection de l'attachement [14].

Marvin et Stewart [58] proposent la notion de MIO partagés par la famille. Les MIO partagés sont définis comme des convictions et des règles comportementales communes. Ils permettraient de répondre de manière adaptée aux besoins d'attachement, de discipline et de sécurité de chaque membre de la famille [39]. Chaque enfant construit ses propres représentations de son système familial en fonction du climat socioémotionnel et de ses expériences avec les multiples sous-systèmes familiaux. La perception de la sécurité élaborée par l'enfant découle des expériences collectives vécues à l'intérieur des multiples relations

familiales [1]. Le système familial représente une réalité différente pour chacun de ses membres. C'est pourquoi les enfants d'une fratrie ont un attachement parent-enfant distinct.

6. Influences des relations dans le système familial sur la qualité de l'attachement parent-enfant.

6.1. Les relations conjugales et la qualité de l'attachement parent-enfant

Le sous-système conjugal est un sous-système intra-générationnel formé par les deux conjoints à l'origine de la création de la famille. Trois principales composantes de ce sous-système influent sur la qualité de l'attachement parent-enfant :

- la représentation d'attachement des conjoints
- la satisfaction conjugale de chacun des conjoints
- la perception des conflits conjugaux par l'enfant

6.1.1. La représentation d'attachement des conjoints

Chacun des conjoints, issu de son propre système familial, a développé dans son enfance une représentation d'attachement, un MIO de ses relations avec ses parents. Le MIO de chaque parent a une forte incidence sur la qualité de l'attachement de l'enfant [53]. La transmission à l'enfant s'expliquerait par l'influence des modèles d'attachement du parent sur sa propre sensibilité envers l'enfant. Cette sensibilité agirait sur la qualité des interactions et favoriserait le sentiment de sécurité de l'enfant.

6.1.2. La satisfaction conjugale

La satisfaction conjugale est définie comme la qualité des relations conjugales: communication, échanges et partage dans le couple, représentation de bonheur et de réussite conjugale des deux partenaires. Elle prédit la qualité de l'attachement père-enfant, mais pas celle de l'attachement mère-enfant [51].

6.1.3. Les conflits conjugaux

Les facteurs de disponibilité émotionnelle parentale, à savoir la chaleur, la sensibilité, le soutien ou l'hostilité, servent de médiateurs entre le conflit conjugal et la sécurité d'attachement parent-enfant [31]. Il est démontré qu'un conflit conjugal perçu comme menaçant par l'enfant induit des relations d'attachement parent-enfant insécurisées et désorganisées, non contrôlées par la chaleur et la sensibilité parentales [24]. Les enfants ayant un attachement évitant ou ambivalent vivent plus de conflits

conjugaux que les enfants sécurisés [24].

Soulignons qu'un conflit conjugal croissant est directement lié à une insécurité d'attachement père-enfant et non à celle de l'attachement mère-enfant [66]. Ceci s'expliquerait par le fait que les pères envisagent la paternité et la conjugalité comme une seule et même entité. La qualité des relations familiales aurait plus d'impact sur les pères que sur les mères. Le conflit parental peut aussi être constructif s'il est modéré et s'il se résout dans un environnement familial généralement chaleureux et soutenant. Dans ce cas, l'enfant peut tirer des enseignements profitables sur la manière de négocier le conflit et de le résoudre. Le soutien et la sécurité apportés par de bonnes relations parent-enfant peuvent servir de protection à l'enfant contre les effets des conflits interparentaux [28].

6.2. Les relations coparentales et la qualité de l'attachement parent-enfant

La relation coparentale est un sous-système familial caractérisé par une dynamique de groupe incluant le père, la mère, et l'enfant. L' **alliance coparentale** [72] fait référence au degré de coopération des parents dans leurs rôles parentaux, s'étendant du soutien sans faille à la destruction systématique des initiatives du conjoint et à sa déstabilisation. Un coparentage fait de compétition interparentale est associé à la perception par l'enfant d'avoir une relation d'attachement parent-enfant moins sécurisée. Le soutien du père par la mère est associé à une relation d'attachement mère-enfant plus sécurisée.

6.3. Les relations parent-enfant et la qualité de l'attachement parent-enfant

Chaque parent emploie un style éducatif singulier, issu de sa propre éducation et évolutif dans le temps. Le style éducatif des parents agit sur la qualité de l'attachement parent-enfant. Il existe quatre types de style éducatif parental:

- autoritaire: contrôle élevé et soutien faible
- démocratique: contrôle et soutien élevés
- permissif: contrôle faible et soutien élevé
- désengagé: contrôle et soutien faibles

La sécurité d'attachement de l'enfant à la mi-enfance et à la préadolescence est liée à l'implication parentale dans la garantie de l'autonomie psychique de l'enfant et dans le contrôle de son

comportement. Le style éducatif désengagé du père serait le plus néfaste sur le système d'attachement de l'enfant.

Les caractéristiques de l'enfant , tels son genre et son tempérament, interviennent aussi dans l'interaction.

7. Spécificité de la figure d'attachement paternelle

Ainsworth [2] introduisit la notion d'une hiérarchisation des figures d'attachement dans l'hypothèse de la pluralité de ces figures d'attachement et de la capacité à les multiplier avec l'âge. La mère garde alors la position de figure principale et le père fait partie des figures secondaires. Il est reconnu comme agent de socialisation, surtout par le jeu, mais en cas de stress important, son pouvoir consolateur est évalué inférieur à celui de la mère [41].

Dans un second temps, l'attachement au père est reconnu comme ayant une similitude qualitative. On considère que les mères interagissent plus fréquemment avec l'enfant mais pas plus affectueusement ni plus chaleureusement que le père. Les manifestations de détresse observées au départ du père apparaissent comparables à celles manifestées lors de la séparation d'avec la mère et le père est toujours préféré à la personne étrangère en tant que base de sécurité en situation de stress [42].

L'étude de Main et Weston [53] apportera la preuve expérimentale de l'hétérogénéité des modes d'attachement envers la mère et le père. Les résultats montrent que certains enfants présentent simultanément un attachement assuré avec le père et un attachement anxieux avec la mère et inversement. Le type d'attachement est donc un mode relationnel spécifique à une personne donnée [44,60].

8. Les parents insécurisants

Il existerait une possibilité de transmission familiale des représentations d'attachement [59]. L'insécurité adulte serait un facteur de vulnérabilité dans la parentalité, entraînant à sa suite l'insécurité affective chez l'enfant et l'établissement d'un lien de type anxieux par le biais de réponses parentales altérées.

Ainsworth [2] observe les différences de sensibilité entre les mères sécurisantes et les mères non-sécurisantes : « Les mères qui, enfants, ont souffert d'insécurité et d'un manque de stabilité du comportement parental sont encore très anxieuses et en arrivent à se conduire d'une telle façon avec leurs propres enfants que ces derniers, leurs bébés, tendent à être anxieux et ambivalents ».

L'adulte insécure, déjà en proie à sa propre détresse affective, apporte à son enfant des réponses déphasées, incomplètes ou inégales. Or, l'enfant utilise ce modèle relationnel spécifique comme base de référence dans la construction de ses modèles d'attachement [12, 61]. La répétition dans le temps d'interactions dysfonctionnelles de l'enfant avec sa figure d'attachement permet la transmission intergénérationnelle de l'insécurité [23].

Dans leur étude, Bouchet et al [5] mettent en lien l'insécurité de l'adulte et un mode relationnel parent-enfant marqué par le conflit et les affects négatifs (opposition, résistance au contrôle). Ils soulignent la variabilité de perception des difficultés relationnelles par le parent en fonction de son propre modèle d'attachement. Ils ne constatent pas d'incidence de l'insécurité parentale sur la sociabilité de l'enfant ni sur son autonomie.

CHAPITRE III

LES TROUBLES DE L'IDENTITE DE GENRE OU DYSPHORIES DE GENRE

Dans ce chapitre, après avoir explicité les terminologies utilisées dans la littérature, nous tenterons d'approcher la construction de l'identité de genre d'un enfant. Nous présenterons ensuite les premières données épidémiologiques ainsi que les hypothèses étiologiques sur les dysphories de genre, telles qu'elles sont avancées dans la littérature. Puis nous précisons les formes cliniques, les diagnostics différentiels et le traitement de la transsexualité ou transsexualisme. Le développement du sujet du transsexualisme nous a semblé nécessaire afin de comprendre quelles conséquences la dysphorie de genre d'un parent peut entraîner chez son jeune enfant, notamment sur sa propre construction identitaire. Nous excluons de ce chapitre les états intersexués ou ambiguïtés sexuelles.

1. Définitions

1.1. L'identité sexuelle

L'identité sexuelle attribuée à la naissance est fondée sur la différence anatomique des organes génitaux externes.

On distingue désormais l'identité sexuelle (mâle ou femelle) de l'identité de genre (masculin ou féminin), de l'orientation sexuelle ainsi que les modalités de l'apparence (tenue vestimentaire) et des comportements[7].

1.2. L'identité de genre

L'identité de genre, masculine ou féminine, est modelée en fonction de l'apparence des organes génitaux externes mais aussi par les rôles sexuels déterminés par la société. Ainsi, qu'il soit de sexe masculin ou féminin, un individu adoptera habituellement les attitudes et comportements conformes à son sexe selon les attentes sociales.

C. Chiland [19] propose une distinction différente des identités: il existerait une identité sexuée objective et une identité sexuée subjective.

-L'identité sexuée objective est à la fois biologique et sociale.

-L'identité sexuée subjective est psychologique, de l'ordre de la croyance et du sentiment d'appartenir à un genre.

1.3. Les terminologies *trans*

Les termes **transsexualisme** et **transsexuel** sont introduits en 1953 par le Dr Harry Benjamin pour caractériser le sentiment d'appartenir à l'autre sexe en l'absence de tout signe d'intersexuation biologique [18]. L'expression **syndrome de dysphorie de genre** est proposée en 1973

par Fisk [29] pour souligner le degré de souffrance psychique ressentie en cas de troubles de l'identité de genre.

Le **transsexualisme** est classé parmi les **Troubles mentaux et troubles du comportement** dans la **CIM-10** [64]. Il y est défini par « un désir de vivre en tant que personne appartenant au sexe opposé. Ce désir s'accompagne habituellement d'un sentiment de malaise ou d'inadaptation envers son propre sexe anatomique et du souhait de subir une intervention chirurgicale ou un traitement hormonal, afin de rendre son corps aussi conforme que possible au sexe opposé ».

Les critères CIM-10 exigent au minimum deux ans de persistance de l'identité transsexuelle et l'élimination du diagnostic de schizophrénie et d'anomalies chromosomiques avec ambiguïté sexuelle anatomique.

F. Sironi [68] explicite ainsi les termes récents de transidentité, transsexualité et transgenre:

La **transidentité** est le terme général désignant l'ensemble des expériences de passage entre les genres. Elle regroupe la transsexualité et les vécus transgenres. L'orientation sexuelle des sujets transsexuels et transgenres peut demeurer celle qu'ils avaient avant leur transition ou pas.

La **transsexualité** désigne les sujets qui se sentent appartenir à un seul genre mais ce genre est différent de leur genre biologique de naissance. Les sujets transsexuels ressentent le plus souvent une **contrainte à la métamorphose** [68] et ont recours à une réassignation hormonale ou hormono-chirurgicale.

Le terme **transgenre** désigne les sujets à appartenances de genre multiples se situant au-delà de la binarité de genre masculin/féminin. Les sujets transgenres ont des expériences de passage intergenre mouvantes et fluides. Ils peuvent souhaiter une hormonothérapie sans réassignation chirurgicale pour éviter une assignation à résidence des rôles sociaux et identitaires.

Les associations militantes de transsexuels réfutent le terme transsexuel qui leur semble induire une connotation sexuelle inappropriée. Elles préfèrent employer les termes de **trans** ou **d'origine trans** [46].

Les anglicismes **MtF** (male to female) et **FtM** (female to male) sont employés pour désigner respectivement les sujets transsexuels qui font un parcours transgenre masculin à féminin et ceux qui font un parcours transgenre féminin à masculin.

Etant donnée l'absence de consensus, nous utiliserons indifféremment les termes "transsexuels et transgenre".

2. Construction de l'identité de genre

La construction de l'identité de genre du jeune enfant est un processus complexe sous l'influence de nombreux facteurs: biologiques, psychologiques et sociaux. Plusieurs modèles théoriques la conceptualisent en invoquant des facteurs différents: cognitifs, sociaux et psychologiques.

2.1. Chronologie

L'identité de genre est perceptible entre 18 mois et 2 ans, c'est-à-dire avant la maîtrise du langage. Elle semble solidement fixée autour de 6 ans chez la plupart des enfants [18]. A cet âge, ils connaissent la différence des sexes basée sur l'anatomie des organes génitaux.

La détermination de cet âge de 18 mois à 2 ans pour la constitution de l'identité de genre provient de l'étude des enfants intersexués ayant reçu à la naissance une assignation de genre sur la base de l'apparence ambiguë de leurs organes génitaux externes mais ne correspondant pas à leur sexe chromosomique ni à leurs organes génitaux internes. S'ils ont été élevés avec conviction et cohérence par leurs parents dans leur genre d'assignation, ils se sentent appartenir à leur genre d'assignation. Après 18 mois à 2ans, il n'est plus possible de changer leur genre sans provoquer de graves troubles [18,62].

2.2. Influence des facteurs biologiques

Certains auteurs [11,78] avancent que les facteurs biologiques, à savoir le sexe génétique (ou chromosomique) et le sexe gonadique ont peu d'effet sur l'élaboration de l'identité de genre comparativement aux pressions sociales.

Le dimorphisme sexuel commence avec le jumelage des chromosomes lors de la conception. Ce jumelage chromosomique détermine le sexe de l'embryon : XY pour un garçon, XX pour une fille. Les gènes des gonosomes X et Y pourraient agir directement et précocement sur le développement sexuellement dimorphique du cerveau avant l'intervention hormonale des gonades.

A la septième semaine, l'embryon indifférencié commence à subir une série de changements s'organisant progressivement vers le sens masculin ou féminin: développement des gonades, développement des structures génitales reproductrices internes (canaux de Müller ou de Wolff) et enfin

développement de l'appareil génital externe. Cette différenciation sexuelle est principalement due aux changements hormonaux. C'est le chromosome Y qui constitue le marqueur du développement du sexe masculin. Les testicules du fœtus masculin sécrètent les androgènes. Ceux-ci entraînent la formation des organes masculins reproducteurs et l'inhibition du développement des canaux de Müller qui forment l'appareil génital féminin interne. En l'absence d'androgènes, le système génital féminin se formera. C'est pourquoi il est possible que les canaux de Müller se développent quel que soit le sexe génétique du fœtus.

Le contexte hormonal prénatal exerce aussi une influence significative sur les centres cérébraux qui activent le dimorphisme sexuel [62].

La différenciation sexuelle du cerveau se poursuit sous l'influence des sécrétions hormonales gonadiques à partir du deuxième trimestre. Situé dans l'hypothalamus, le noyau du lit de la strie terminale joue un rôle important dans la formation de l'identité de genre. Ce noyau est deux fois plus large chez les garçons [7].

Le processus de masculinisation physique peut donc exister sans la différenciation sexuelle cérébrale. En effet, s'il survient une anomalie durant la période critique de l'imprégnation hormonale au cours du développement cérébral et notamment de l'hypothalamus, un enfant peut naître avec des organes génitaux externes masculins et un cerveau insuffisamment masculinisé et inversement. D'après Money [62], un déséquilibre hormonal prénatal durant une période critique du développement du fœtus peut prédisposer à un renversement du genre ressenti.

2.3. Influence des facteurs sociaux et interrelationnels

Selon certains auteurs [11,13,78], l'influence du milieu de vie est essentielle et l'environnement social déterminant dans le développement des rôles sexués chez l'enfant. Les milieux de vie sont à la fois sexués et sexuants. Ils inscrivent l'enfant dans un processus d'acculturation. L'enfant apprend très tôt le rôle de chaque genre et adopte les comportements typiques du sien. En effet, les filles et les garçons ne font pas les mêmes expériences de socialisation. Dès la naissance, le sexe d'assignation de l'enfant organise les représentations parentales et les comportements de l'entourage. Ils lui offriront un modèle auquel il pourra s'identifier.

Pour illustrer ces facteurs sociaux et interrelationnels, nous citerons: les jouets, la littérature enfantine, les modes vestimentaires, les modèles de répartition des tâches et des activités éducatives au sein du couple

parental, les jeux, le langage... Le phénomène de ségrégation sexuée entre les pairs (c'est-à-dire la tendance des enfants à interagir préférentiellement avec des partenaires de même sexe qui se développe au cours de la troisième année) est un vecteur important de la socialisation différenciée.

2.4. Influence des facteurs psychologiques

La construction de l'identité de genre fait appel à plusieurs processus psychologiques.

La **théorie de l'apprentissage social** insiste sur l'importance des processus d'apprentissage par l'observation et par imitation.

La **théorie sociocognitive** avance un mécanisme cognitif plus complexe, le modelage. Le modelage permet d'extraire les rôles de genre dans les exemples de la vie quotidienne et de les généraliser à de nouveaux modes comportementaux [13].

Dans la **théorie du schéma de genre**, l'enfant a un rôle actif dans le développement de son genre grâce à ses habiletés cognitives et à sa compréhension des concepts [57].

Les progrès cognitifs et l'accès à la fonction symbolique acquis vers la fin de la deuxième année de l'enfant lui permettent d'appréhender son identité de genre à cet âge de 2 ans [15].

Entre 3 et 6 ans, l'enfant affine sa connaissance des stéréotypes de rôles de genre et y adhère de manière croissante. Il acquiert ainsi la constance de genre saisissant qu'il s'agit d'une caractéristique immuable.

Après 6 ans, l'enfant comprend progressivement que les conventions sociales sont relatives et variables selon la culture. Ses concepts des rôles de genre deviennent plus flexibles [16].

3. Historique

Selon une perspective transculturelle, les troubles de l'identité de genre existent depuis des millénaires. Ils sont rapportés dans la littérature hindoue, grecque (la maladie des Scythes), musulmane et dans les récits ethnographiques (les berdaches, les réés...) [8]. Ils ne connaissent aucune frontière culturelle ou temporelle [69].

C'est après la seconde guerre mondiale que deux universitaires américains, Money [62] et Stoller [70] proposent de distinguer le sexe et

le genre.

En décembre 1953, lors d'un symposium organisé par l'association américaine pour le développement de la psychothérapie, le psychiatre Harry Benjamin décrit un nouveau syndrome qu'il nomme le **Syndrome de Transsexualisme** défini ainsi: « Le transsexualisme est une entité nosographique qui n'est ni une perversion ni une homosexualité. C'est le sentiment d'appartenir au sexe opposé et le désir corrélatif d'une transformation corporelle ».

4. Approche épidémiologique

Des études estiment le nombre de personnes présentant un trouble de l'identité sexuelle à 1 cas pour 37 000 hommes (0,0027 %) et à 1 cas pour 107 000 femmes (0,0009 %) [18].

En 2003, la prévalence du transsexualisme en Belgique est estimée à 1/12 900 MtF et à 1/33 800 FtM [25]. Elle semble comparable à celles observées dans d'autres pays d'Europe occidentale : les Pays-Bas [4,71], l'Allemagne [32,73], et l'Ecosse [74].

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) délivre le nombre de 300 personnes ayant bénéficié en France d'une transition hormonochirurgicale en 20 ans. Ce nombre est sous-estimé puisque les personnes transsexuelles peuvent avoir recours au traitement hormonochirurgical à l'étranger.

5. Hypothèses étiologiques

L'étiologie des troubles de l'identité de genre, encore controversée, serait multifactorielle et intégrerait des processus biologiques, psychologiques et sociaux [77].

5.1. Hypothèses biologiques

5.1.1. Hypothèses neurobiologiques

Certaines hypothèses avancent que l'identité sexuelle pourrait être perturbée par une exposition hormonale anormale in utero [62], par une insensibilité cérébrale soit aux hormones sexuelles soit aux neurotransmetteurs correspondants, ou par une modification des noyaux centraux de l'hypothalamus [8].

Une étude [75] soutient l'hypothèse neurobiologique d'une anomalie dans l'exposition aux androgènes prénataux correspondant à un syndrome

d'insensibilité aux androgènes limité à certaines structures cérébrales.

5.1.2. Hypothèse héréditaire

Une étude rétrospective [22] a estimé la prévalence de trouble de l'identité de genre à 2,3% dans une population de jumeaux. Des cas de co-occurrence au sein de familles ont également été rapportés, faisant évoquer une intervention génétique [34].

5.1.3. Hypothèse chimique

L'exposition prénatale à certaines molécules antiépileptiques pourrait affecter le niveau d'hormones stéroïdes et perturber la différenciation sexuelle. Une étude rétrospective [27] a montré que certains sujets exposés faisaient état de troubles de l'identité sexuelle actuels ou passés.

5.2. Hypothèses psychofamiliales et psychodynamiques

Il est admis que l'environnement parental influence le développement du comportement sexuel dimorphique. Cette influence serait plus complexe que dans la théorie de l'apprentissage social.

Le comportement transsexuel d'un enfant recevant une réponse positive des parents serait ainsi renforcé et encouragé [11].

Le manque de réactivité parentale aurait une valeur étiologique [76]. Cette tolérance parentale pourrait être liée :

- aux valeurs attribuées au développement psychosexuel
- au discours des professionnels considérant le comportement de l'enfant soit dans les limites de la normale, soit passager
- aux conflits parentaux ayant trait à la masculinité et à la féminité
- au désaccord parental quant à la réponse à donner à l'attitude de leur enfant

Zucker et Bradley [78] ont donc proposé un modèle théorique pour comprendre le développement du transsexualisme chez l'enfant. Ils suggèrent qu'une réactivité constitutionnelle au stress, des difficultés précoces d'attachement et des facteurs familiaux ou situationnels provoquent une vulnérabilité et aggravent une anxiété et un sentiment d'insécurité chez l'enfant. L'apparition spécifique du trouble de l'identité sexuelle pourrait être liée à des facteurs dynamiques parentaux (tolérance du comportement transsexuel de l'enfant) ou à des facteurs dynamiques propres à l'enfant lui-même (son niveau d'activité ou sa sensibilité). Une fois engagé dans un comportement transsexuel, et notamment si son

identité sexuelle n'est pas encore consolidée, l'enfant pourrait évoluer avec sa propre identité transsexuelle. Celle-ci revêtirait une fonction défensive, particulièrement en l'absence d'amélioration des facteurs aggravants.

Stoller [70] pionnier en ce domaine d'étude, attribue aux troubles de l'identité de genre du garçon une origine psychodynamique. Le garçon dysphorique posséderait un noyau de genre féminin depuis sa prime enfance, admis de manière non conflictuelle dans la sphère familiale. Dans cette dynamique familiale particulière, le père serait soit physiquement soit émotionnellement absent et la mère dépressive. Elle aurait elle-même une identité de genre ambivalente et gratifierait son fils afin de lui éviter des frustrations et de décourager son autonomie. Cette relation symbiotique débiterait pendant la grossesse. Stoller décrit donc un modèle de maternage non conflictuel. Il est suivi par d'autres auteurs [54].

6. Formes cliniques

A côté du transsexualisme fixé (identification intense et persistante au sexe biologique opposé), il existerait des troubles de l'identité de genre plus labiles [8]:

- le transsexualisme secondaire, symptomatique et transitoire
- la crise transsexuelle réactionnelle

Ils sont parfois en rapport avec un épisode psychotique (thématique délirante de transformation corporelle).

7. Diagnostics différentiels

Il existe d'autres entités cliniques ressemblant à un trouble de l'identité sexuelle [3]:

7.1. Le travestisme

Le travestisme se subdivise en deux sous-types cliniques, selon qu'il comporte ou non une dimension fétichiste. Le sujet travesti non fétichiste recherche un bien être en s'habillant comme l'autre sexe sans qu'aucune érotisation n'en découle. Le sujet travesti fétichiste a recours au fantasme fétiche comme stimulant érotique.

7.2. L'homosexualité

Le sujet homosexuel possède une identité de genre qui n'entre pas en contradiction avec ses organes génitaux. Il se sent à l'aise dans son rôle de

genre.

7.3. La bisexualité

La personne bisexuelle est attirée par les deux sexes sans douter de son identité de genre.

8. Traitement

Les sujets transgenres chez qui le besoin d'une métamorphose s'impose impérieusement demandent une réassignation de genre par hormonosubstitution ou par un traitement hormonochirurgical plus radical. En France, la Haute Autorité de Santé a commencé par encadrer les procédures de changement de sexe dans plusieurs centres de référence (CHU de Bordeaux, Marseille, Paris, Paris-Surenes) [8]. Il y est proposé des règles de conduite à tenir:

- suivi psychiatrique durant 2 ans afin d'éliminer un trouble psychotique, une dépression sévère, une manipulation psychopathique et perverse, et de repérer un transsexualisme secondaire ou une crise transsexuelle réactionnelle.

- début de l'hormonosubstitution au cours de la deuxième année du suivi

- interventions chirurgicales transformatrices à la fin de la deuxième année

Le succès de la réassignation de genre par traitement hormonochirurgical dépend de la qualité de la démarche diagnostique et du dépistage d'éventuels facteurs psychopathologiques. Une aggravation de la situation psychosociale du patient se retrouve dans environ 10% des cas [33].

Le suivi psychiatrique est très controversé par les associations de transsexuels qui militent pour la *dépsychiatisation* du transsexualisme.

Les transsexuels qui refusent l'observation psychiatrique avant et pendant leur parcours de transition en France, peuvent choisir l'accès à l'hormonosubstitution auprès d'endocrinologues ou de médecins généralistes non intégrés au équipes officielles [37]. Ils utilisent aussi des itinéraires officieux dans les milieux travestis, homosexuels et transsexuels [68].

Certains se rendent à l'étranger pour leur parcours de transition.

CHAPITRE IV

LA FONCTION PARENTALE

Dans ce chapitre, après avoir donné les définitions nécessaires, nous essayerons, malgré la mouvance actuelle de ces notions, de décrire les fonctions parentales, maternelle et surtout paternelle, les troubles de la parentalité ainsi que la carence paternelle puisque dans notre observation, c'est le père de l'enfant qui procède à une transition de genre et qui décide de se démettre de toute fonction parentale. Enfin, nous approcherons la *transparentalité* et les modes de paternité d'un petit échantillon de sujets transsexuels MtF qui ont été parents avant leur transition.

1. Définitions - Evolutions nosologiques

1.1. L'autorité parentale

En France, le concept d'autorité parentale a été introduit dans le Code Civil en 1970. Il s'est substitué à l'autorité paternelle, vestige du monde patriarcal. L'autorité parentale conjointe devait faire évoluer la famille nucléaire vers une égalité démocratique, à la suite de l'évolution sociale de la condition féminine.

1.2. La parentalité

Le terme de **parentalité**, couramment utilisé à notre époque, apparaît vers le milieu des années 1980. Il est construit de manière analogue au terme maternité proposé par Racamier en 1961. Il renforce l'égalité des deux fonctions, paternelle et maternelle, et permet de faire face aux nouvelles configurations de la famille: famille monoparentale, famille recomposée, famille homoparentale, transparentalité... En qualifiant également le père et la mère, ce terme fait disparaître la différence des sexes en maintenant la différence générationnelle.

La parentalité est définie comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs permettant à des adultes de devenir parents, d'assumer leur fonction parentale, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur enfant à trois niveaux: le corps (par les soins nourriciers), la vie psychoaffective et la vie sociale.

Dès avant la naissance, l'enfant mobilise les fantasmes, les investissements imaginaires des parents dans la façon dont ils se le représentent ou refusent de se le représenter.

A sa naissance, l'enfant réel et sexué remanie ces représentations parentales de façon variable pour chaque parent. La parentalité implique les fondations narcissiques de la personnalité des parents et s'appuie sur des échanges intersubjectifs conscients et inconscients.

L'expérience de la parentalité peut donc être considérée comme une

étape voire une crise maturative de la personnalité du parent.

La venue d'un enfant fait vibrer entre elles deux économies psychiques avec des alliances parentales possibles ou non, avec l'intégration pacificatrice des crises antérieures ou l'amplification de conflits personnels [56].

Certains troubles de la parentalité sont liés à ces remaniements narcissiques [6].

1.3. La fonction parentale

Dans une approche systémique, la fonction parentale résume l'ensemble des différentes fonctions sociales qu'un parent, le père ou la mère, doit assumer pour [55]:

- répondre aux besoins vitaux de l'enfant
- permettre à l'enfant d'intérioriser des images parentales secure et de vivre un sentiment de continuité psychique
- aider l'enfant dans ses processus de réassurance, d'élaboration et de mentalisation
- inscrire l'enfant dans une lignée généalogique

L'égalité espérée dans le champ relationnel intime que fait miroiter la symétrie de la fonction parentale n'élimine pas la différence entre le modèle véhiculé par la mère (son rapport au réel, au corps de l'enfant) et le modèle représenté par le père (lien symbolique avec l'enfant). Une certaine dissymétrie dans les fonctions semble irréductible, voire fondée [43].

2. La fonction maternelle

Le plus souvent, le premier interlocuteur d'un enfant s'appelle une mère, qu'elle soit biologique ou non. Le lien intime de corps à corps que toute mère, ou son substitut, tisse normalement avec son enfant est appelé *la préoccupation maternelle primaire* par Winnicott. Ces comportements de soins peuvent varier selon la culture, selon la génération, selon la famille, selon le parent.

La mère est en symbiose avec l'enfant de la naissance à l'âge de quelques mois formant ainsi, avec lui, une dyade. C'est la période de fusion mère-enfant nécessaire à la survie de l'enfant. L'enfant apprend à connaître les particularités sensorielles de sa mère : son odeur, sa voix, sa manière de le porter, de l'allaiter ou de lui donner le biberon. La constance de ses perceptions sensorielles étaye son sentiment de

continuité existentielle, nécessaire à sa construction identitaire.

La mère restitue ainsi à l'enfant une image apaisée, ordonnée et continue de la réalité afin de compenser la discontinuité et le désordre des perceptions de l'enfant.

La qualité de ces premiers liens d'attachement assure un sentiment de sécurité à l'enfant qui lui permet de se construire un premier sens de soi, appelé **individuation**, puis d'acquérir progressivement une autonomie tout en tolérant la **séparation**. La survenue chez l'enfant d'angoisses de séparation est liée à l'état affectif de la mère et à son propre sentiment de sécurité. Celui-ci résulte de l'histoire personnelle de la mère, des événements en cours et de la sécurité de l'ensemble familial. Une mère disponible, non intrusive ni physiquement ni émotionnellement, parvient à contenir l'enfant et à le réassurer.

La mère est aussi psychiquement porteuse de représentations du père de son enfant et de représentations de son propre père. La mobilisation et la transmission mère-enfant de ces représentations paternelles, soit par les conduites maternelles, soit par les paroles maternelles, jouent un rôle fondamental au début de la construction psychique de l'enfant [63].

3. La fonction paternelle

La fonction paternelle varie selon le milieu ethnoculturel du modèle et peut être assurée par **d'autres adultes que le père selon certains auteurs** [47]. La fonction du père dans la réalité familiale primitive est multiple et complexe. Selon l'approche systémique, elle se manifeste concrètement, soit directement soit indirectement. Selon l'approche psychanalytique, elle se manifeste aussi symboliquement.

3.1. Interactions directes père-enfant

Les interactions directes du père avec son jeune enfant sont devenues plus habituelles dans notre civilisation occidentale. Elles contribuent à la constitution de l'identité sexuée chez l'enfant [63].

3.2. Interactions indirectes père-enfant

La présence du père est encore plus déterminante par deux autres voies indirectes:

- par la voie du psychisme maternel et de ses représentations paternelles
- par la voie de son influence sur les relations mère-enfant: la base de la fonction paternelle initiale consiste en un travail de nidification et de protection autour de la mère et du nourrisson.

3.3. Fonction paternelle symbolique

La fonction paternelle est essentiellement symbolique: elle promeut la triangulation dans le psychisme de l'enfant, depuis la phase de différenciation en une unité séparée jusqu'au complexe d'Œdipe et aux remaniements de celui-ci à l'adolescence.

3.3.1.. La fonction paternelle et la triangulation

Le père assure la séparation symbolique de l'enfant d'avec sa mère: cette séparation est structurante et fondatrice pour la vie psychique de l'enfant en l'introduisant à l'altérité.

En effet, le père participe au processus d'individuation de l'enfant. C'est une phase de différenciation progressive et le point de départ du **processus de la triangulation** (existence mentalisée du tiers séparateur) se traduisant chez l'enfant entre le sixième et le huitième mois par la phobie du visage étranger. Le père est reconnu par l'enfant comme différent de sa mère dans son aspect et sa fonction.

Tout au long du processus de triangulation, la fonction paternelle consiste à transposer l'enfant contenu par sa mère durant la phase de fusion vers un univers dominé par les règles de l'alliance et de l'appartenance. Ce processus fait passer l'enfant d'un monde concret dominé par des liens sensibles à un monde symbolique dominé par des liens symboliques. La tâche du père est ainsi d'incarner la Loi à laquelle lui-même est soumis.

Quelles que soient les constructions familiales, les relations intersubjectives seront triangulaires quand l'enfant se distingue de sa mère et comprend qu'elle est liée à un tiers. Ce tiers peut ne pas être le père biologique et il peut être une femme [30].

La triangulation est un processus qui culmine lors du complexe d'Œdipe.

3.3.2. La fonction paternelle et le complexe d'Œdipe

Le père permet à l'enfant de progresser dans la découverte de l'identique et du différent en lui donnant accès à l'Œdipe: la résolution du complexe d'Œdipe permet la différenciation des sexes et des générations ainsi que la prohibition de l'inceste. C'est une étape importante des processus

d'identifications d'un enfant.

Cette résolution de l'œdipe passe par le long processus des identifications secondaires, du fils au père, de la fille à la mère. C'est pourquoi des difficultés identificatoires surviennent si plusieurs femmes occupent la position maternelle ou si plusieurs hommes occupent celle du père-tiers, et ce, que ce soit simultanément ou successivement [30].

La résolution de la conflictualité œdipienne sera d'autant plus facilitée que les sentiments de sécurité des premières relations seront plus solides. Pour le petit garçon, la possibilité de devenir comme son père l'amène à se représenter non à la place de son père mais à une place qui lui est spécifique; de même pour la fille par rapport à sa mère.

4. Les troubles de la parentalité

L'expérience de la parentalité peut être considérée, chez tous les sujets, comme une étape maturative de la personnalité du parent. Elle met aussi en œuvre des échanges intersubjectifs, inconscients et conscients, impliquant la fondation narcissique de la personnalité de chaque parent.

Il existe schématiquement deux types de troubles de la parentalité [6] :

- en fonction du réaménagement narcissique qu'implique le processus de parentification
- inhérents à certaines dynamiques intrafamiliales

4.1. Les troubles de la parentalité dus aux remaniements narcissiques

Certaines manifestations pathologiques de la conduite parentale sont consécutives à une pathologie du parent préexistante à l'expérience de parentalité: état psychotique, état limite (borderline)...

L'autre catégorie de troubles de la fonction parentale dus à des bouleversements psychiques correspond aux manifestations critiques accompagnant la grossesse et la naissance.

Chez la mère, les troubles psychopathologiques du post-partum ont fait l'objet de nombreux travaux.

Chez le père, certains passages à l'acte collatéraux à la grossesse et à la naissance pourraient aussi provenir, à l'occasion de l'épreuve de la parentalité ou de son anticipation, de la réactivation de traumatismes anciens.

4.2. Les troubles structurels de la parentalité

Les difficultés d'édification du sentiment de responsabilité parentale et des rôles parentaux ne se réduisent pas à la somme des dysfonctionnements de chacun des parents. Le processus de parentification résulte aussi d'un phénomène dialectique et intersubjectif, c'est à dire de la dynamique et de la structure du groupe familial.

Les troubles structurels de la parentalité sont dus à une dysharmonie entre les attentes maternelles et les attentes paternelles. La non-complémentarité des positions du père et de la mère entraîne un fonctionnement parental désorganisé auprès de l'enfant.

Ces troubles de la parentalité ont des conséquences différées: ils peuvent demeurer silencieux durant les premières années de la vie de l'enfant tout en entravant son développement.

Chacun de ces types de trouble de la parentalité (soit issu du bouleversement narcissique initial, soit issu de la mise en relation conflictuelle de la paternité et de la maternité) peut conduire au désinvestissement d'un enfant par un de ses parents. Le désinvestissement se traduit par une attitude abandonnique, par une disqualification ou par de la maltraitance.

Ils peuvent aussi se traduire inversement par des conduites d'appropriation de l'enfant.

5. La carence paternelle

La carence paternelle peut être définie, selon Lebovici et Soulé, comme une insuffisance d'interactions père-enfant (facteur quantitatif) en rapport ou non avec une distorsion (facteur qualitatif) ou comme une discontinuité (facteur quantitatif) [63].

5.1. Carence paternelle quantitative

En cas d'absence physique, c'est la discontinuité des interactions qui serait perturbante pour l'enfant. Elle risque de gêner les processus d'identification de l'enfant. La mère a parfois la possibilité d'y pallier par une représentation positive de l'image paternelle.

En cas de séparation du couple parental, l'équilibre psychoaffectif des enfants est d'autant mieux sauvegardé que les parents veillent à préserver mutuellement leur image.

5.2. Carence paternelle qualitative

Elle s'observe lorsque le père n'assume pas son rôle symbolique de tiers séparateur, ou ses fonctions psychosociales (affectives, socioéducatives et

économiques) au sein de la famille.

En 1965, avant l'avènement de l'autorité parentale conjointe, Luccioni et Sutter [50] décrivent un **syndrome de carence d'autorité**. L'autorité paternelle leur apparaît comme le point d'appui indispensable aux divers processus psychologiques de l'enfant pour s'harmoniser. L'absence de ce point d'appui entraîne une altération de l'image paternelle et des difficultés d'identification. Le syndrome de carence paternelle regroupait des traits caractéristiques d'une organisation de la personnalité de type insecure : personnalité anxieuse, instable et inconsistante, dépourvue de courage et de persévérance, à l'origine de comportements agressifs et impulsifs.

L'évolution actuelle de notre société occidentale favorise un partage des soins donnés à l'enfant entre le père et la mère. Sont alors apparus les *nouveaux pères* ou *pères maternants*.

Il existe schématiquement deux types de père maternant [63].

Le premier type correspond à un père participant aux soins qualifiés habituellement de maternels, sans remise en cause de sa fonction paternelle. Ses identifications maternelles et féminines se fondent sur sa bisexualité psychique, inhérente à tout être humain. Ces identifications mobilisées n'entrent pas en conflit avec ce qui renvoie à sa fonction paternelle. Les qualités masculines de ce type de père maternant sont issues des mouvements d'identification primaire à son propre père et fondent son identité sexuée. Ce premier type de père maternant n'entraîne pas de carence paternelle.

Le second type de père maternant mobilise des identifications maternelles et féminines qui témoignent de troubles dans son organisation narcissique et donc de troubles de son identité même. Il ne s'agit plus de participer comme la mère aux soins de son enfant, mais plus profondément d'être une mère narcissique excluant le tiers, excluant ainsi sa propre fonction paternelle. Les positions maternantes ne sont ici que l'expression d'une organisation psychopathologique sous-jacente, entrant en résonance avec l'évolution culturelle actuelle. Ces positions maternantes peuvent être à l'origine de carence paternelle en l'absence d'une autre figure paternelle dans l'entourage de l'enfant.

Les conséquences d'une carence paternelle sur un enfant sont toujours singulières car elles dépendent de plusieurs facteurs: sexe et âge de l'enfant, contexte familial, caractéristiques de la personnalité des membres de la famille, contexte socioéconomique.

6. La paternité des pères trans MtF

Notre recherche bibliographique nous a amenée à constater que la spécificité de la parentalité des sujets transsexuels est encore peu étudiée.

La seule étude médicale de référence est celle de Green [35] qui a évalué, en 1978, la psychopathologie d'un échantillon de 37 enfants vivant en milieu lesbien ou transsexuel. Il apparaît qu'il n'existe selon cette étude aucune incidence sur la construction de l'identité de genre ni sur l'orientation sexuelle des enfants.

Ces résultats sont à nuancer en raison de biais méthodologiques: faible taille des échantillons, mode de recrutement non précisé, absence de recueil systématique des données, validation contestée des méthodes d'évaluation utilisées, situations parentales disparates et absence de groupe témoin [65].

Plusieurs publications militantes émanant de membres actifs dans les associations de transsexuels utilisent le néologisme **transparentalité** [45,46] pour désigner la parentalité des sujets transgenres. La majorité de ces publications traitent de la transparentalité après transition (droit à l'adoption, droit à la procréation médicalement assistée par insémination) ce qui n'est pas notre propos.

Pour entrevoir comment un père transsexuel MtF conçoit l'évolution de sa fonction parentale envers son ou ses enfants nés avant son changement de genre, nous nous appuyerons sur le travail de recherche anthropologique qu'a mené M. Grenier [36] dans son mémoire d'anthropologie ayant trait aux paternités transsexuelles.

A l'aide d'entretiens avec 7 personnes transsexuelles MtF, M. Grenier a reconstitué leurs parcours de vie, la description subjective de leur paternité avant leur transition et l'évolution ressentie de leur mode de parenté après leur transition.

Toutes les personnes transsexuelles MtF avaient eu une vie hétérosexuelle avant d'entreprendre leur transformation. Malgré le malaise identitaire ressenti au cours de leur enfance et de leur adolescence, c'est une rencontre amoureuse avec une femme qui est à l'origine de leur effort à se conformer au modèle conjugal et parental hétérosexuel. L'espoir de devenir un *homme comme les autres* grâce à l'amour de l'autre est une notion présente dans tous les récits. Elles ont établi des stratégies compensatoires afin de contenir leur trouble d'identité de genre et de

mener une vie tenable en assumant un rôle masculin: investissement dans la vie professionnelle, sport, travestissement... Ces stratégies compensatoires ont des degrés d'intensité et de conscience différents en fonction de la contrainte de leur trouble identitaire et de l'harmonie relationnelle avec leur compagne.

Le désir d'enfant s'impose dans chacune des histoires familiales et la naissance d'un enfant est vécue avec bonheur. De même que dans toutes les familles, la paternité est assurée avec une implication variable en fonction du statut professionnel personnel et de celui de leur compagne, du rang de l'enfant dans sa fratrie... Leur fonction de père semble ne pas avoir fait l'objet de réflexion personnelle sur la distribution des rôles parentaux en fonction des genres. **La plupart de ces pères réalisent qu'avant leur transition, et malgré une apparence de *papa* comme les autres, ils éprouvaient le regret de ne pas avoir été la mère de leur enfant.** Ils évoquent une certaine jalousie de ce que vivaient leurs compagnes. Il semblerait donc qu'ils aient connu un sentiment de paternité plus ou moins mêlé à un sentiment de maternité en fonction de la place laissée par la mère de l'enfant.

Lorsque la contrainte au parcours de transition finit par s'imposer à ces *pères*, tous l'annoncent de manière privilégiée à leur compagne. Les réactions sont de deux ordres: soit la compagne accepte cette décision et une nouvelle vie de famille est négociée, soit elle ne l'accepte pas et demande une séparation. Cette dernière situation s'observe lorsque les *pères* suivent la totalité de leur parcours de transition. Il est à souligner que malgré l'interdiction du mariage de deux personnes du même sexe en France, les personnes ne désirant pas demander un changement d'état civil après leur transition peuvent rester mariées à leur conjoint consentant.

L'annonce du prochain changement de genre de leur *père* aux enfants est plus progressive et suit le rythme des transformations physiques induites par l'hormonothérapie. L'un de ces *pères* en demande de transition transgenre a une petite fille en bas âge (2 ans), ce qui constitue une difficulté pour obtenir, lors de l'expertise psychologique, l'accès au parcours de transition pratiqué en France. Il a été fait appel à la spécialiste C. Chiland qui, après expertise, donne un avis favorable pour la transition tout en recommandant aux parents de créer un climat éducatif où l'enfant puisse poser des questions auxquelles les parents puissent répondre en toute sincérité.

Lorsque le parcours de transition est bien avancé voire achevé, la

nouvelle identité de genre au sein de la famille est reconnue au sein des familles de manière stratégique et négociée en fonction de chaque situation. Au sein de ce petit échantillon de 8 cas, on n'observe pas de rupture du lien entre le père transgenre devenue femme et son/ses enfants. Même en cas de séparation du couple parental, des aménagements négociés à l'amiable ont permis la préservation du lien. Pour ces *pères*, l'acceptation de leur nouvelle identité de genre par leurs proches passe beaucoup par le changement de genre de leur prénom et de la dénomination employée pour leur parler. La confusion du genre grammatical s'observe dans toutes ces familles. Lorsque les enfants présentent des difficultés à adopter le nouveau prénom féminin de leur *père*, de nouvelles stratégies peuvent être utilisées: le *père* peut accepter par exemple que son enfant l'appelle *Papa* mais uniquement en privé.

Dans ce petit échantillon non représentatif, la plupart des *pères* se considèrent encore père de leurs enfants après leur transition, en référence à leur rôle de géniteur qu'ils ne nient pas et surtout en référence à la continuité des relations entretenues au quotidien avec leurs enfants. M. Grenier parle de **paternité au féminin**.

Ce mémoire est souvent cité en référence dans les publications militantes. Toutefois, il ne reflète que le ressenti subjectif des témoins adultes et ne rend pas compte objectivement des éventuelles difficultés d'adaptation des enfants. Les enfants vivant dans ces familles sont majoritairement des filles, chez qui la transition de genre du père n'a pas le même impact identificatoire que chez le garçon. Ils sont plus âgés que le petit garçon de notre observation, exceptée une petite fille.

CHAPITRE V :

DISCUSSION

1. Discussion de l'observation

1.1. Le père géniteur : progression de son trouble de la paternalité en parallèle de celle de son trouble de l'identité de genre

Nous observons que la durée de cohabitation du père géniteur avec sa compagne avant la naissance de leur enfant correspond aux témoignages recueillis par M. Grenier [36].

Son désir exprimé d'avoir une fille et son changement d'attitude progressif lors des trois échographies fœtales (il est présent lors des deux premières, manifeste une attitude glaciale en apprenant que son futur enfant est de sexe masculin lors de la deuxième, est absent lors de la troisième) nous interroge sur son accès à la paternalité.

L'enfant imaginaire élaboré inconsciemment par le père géniteur semble être de sexe féminin.

L'annonce du sexe d'un enfant à ses futurs parents peut avoir des répercussions psychopathologiques sur chacun d'eux, ainsi que l'a décrit Michel Soulé dans son concept de l'Interruption Volontaire de Fantôme. Cette annonce entraîne en effet des remaniements des investissements imaginaires de chaque parent, remaniements qui dans certains cas entraveront leur accès à la parentalité.

Considérant les modifications évolutives du comportement du père géniteur, nous nous interrogeons sur le lien à établir entre son accession à la paternité d'un enfant de sexe masculin, la progression de son désinvestissement ultérieur et le déclenchement de sa procédure de transformation transgenre MtF.

Nous constatons un désinvestissement croissant de sa fonction parentale après la naissance de son fils et résistant aux multiples sollicitations de sa compagne. Cela représente la source d'un important conflit au sein du couple et provoque la séparation des parents lorsque l'enfant atteint 13 mois.

Pour sa transition transgenre, le père géniteur accède rapidement à une hormonosubstitution féminisante, ce qui ne correspond pas aux recommandations émises par la HAS pour encadrer les procédures suivies dans les centres de référence (début de l'hormonosubstitution au cours de la deuxième année du suivi psychiatrique). Il a probablement utilisé un circuit parallèle sans encadrement psychiatrique.

Nous soulignons qu'au cours de sa transition, il exprime sa confusion, ses doutes quant à son trouble de l'identité de genre et s'interroge sur son homosexualité. Nous ignorons s'il a poursuivi sa métamorphose

transgenre jusqu'à la réassignation chirurgicale.

Le père géniteur devenu Mlle Ka.D. tente d'occuper auprès de son fils une position exclusivement maternante écartant sa propre fonction paternelle (« appelle-moi maman/ impossibilité d'assumer un rôle de père en parallèle avec ma vie de femme, donc de mère/ je n'aurais jamais été un père pour lui, c'est contre ma nature de femme/le fait d'avoir été son géniteur ne fait pas de moi son père/ je me bats pour exister en tant que femme et peut-être un jour en tant que mère mais pas celle de K. »).

Il semble également que les relations avec son ex-compagne demeurent très conflictuelles ce qui pourrait rendre compte d'un attachement père-enfant insécurisé et de l'aggravation de son désinvestissement.

Le père géniteur devenu Mlle Ka.D. renonce alors à toute fonction parentale auprès de son fils et fait une demande de retrait de son autorité parentale auprès du Juge aux Affaires Familiales qui n'a pas encore statué. Nous remarquons que le JAF n'a pas demandé de complément d'expertise.

Sur le plan juridique, la modification du genre s'opère sans rétroactivité et ne remet pas en cause l'acte de naissance des enfants nés d'un transsexuel avant son changement d'état. La filiation des enfants reconnus par une personne qui s'est ensuite avérée transsexuelle n'est pas remise en cause [37]. C'est en fonction du principe institué de la filiation que le nom de famille est transmis. La transmission du nom du père est un élément fondamental de la structuration de l'enfant [17].

1.2. La déstabilisation de la mère

La mère a perçu la déception de son compagnon lors de l'annonce du sexe masculin de leur futur enfant et son évitement des soins corporels intimes du bébé (changements de couches, bains) après la naissance, sans y trouver de signification.

La seconde hospitalisation de son fils provoque chez elle l'installation d'une humeur anxiodépressive avec un amaigrissement de 5kg. Elle est restée en effet en secteur mère-enfant durant 6 semaines, confrontée aux complications anxiogènes que présentait son enfant (conséquences somatiques de la résection iléale à savoir difficultés de réalimentation, lenteur de la reprise de croissance pondérale et croissance staturale dans les limites inférieures de la normale à -2DS). L'absence de soutien compensatoire suffisant de la part de son compagnon traduisant une insuffisance d'alliance coparentale et la poursuite du désinvestissement

paternel provoquent un important conflit conjugal.

La séparation conflictuelle du couple puis l'annonce péremptoire de sa transsexualité par le père géniteur de l'enfant déstabilisent fortement la mère (« impression d'avoir été utilisée et observée, colère, souffrance, incompréhension »).

Cherchant à se sécuriser et à offrir une base de sécurité familiale à son fils, elle est amenée à multiplier les changements de lieux de vie : rapprochement familial auprès de sa sœur puis de ses parents, vie de famille recomposée avec un nouveau compagnon.

Nous remarquons que dans un premier temps, elle a été soucieuse de préserver le lien père géniteur-enfant. Elle a en effet consenti à confier une première fois l'enfant au père géniteur en cours de métamorphose transgenre alors que le JAF n'avait pas encore été saisi, et qu'il s'agissait de la première séparation durable mère-enfant. Par la suite, elle prendra l'initiative de disposer des photographies du père géniteur transformé en Mlle Ka.D. dans la chambre de son fils.

Nous relevons que la mère a fait appel à une première consultation pédopsychiatrique un an après l'apparition des premiers troubles oppositionnels de l'enfant et qu'elle ne fait mention du transsexualisme de son ex-compagnon qu'à la fin de l'entretien. Cela nous semble traduire son malaise et sa crainte de la stigmatisation.

Enfin, nous observons que son comportement avec l'enfant peut être inadapté: elle lui demande de lui faire des *bisous* sur la bouche, touche l'entrejambe de son fils pour contrôler un éventuel accident énurétique.

Le second bilan psychologique de l'enfant alors âgé de 5 ans spécifie: « La relation à la mère semble être source de conflits et d'agressivité. Les besoins fondamentaux de l'enfant semblent insatisfaits l'empêchant d'asseoir son identité narcissique. La figure maternelle est vécue sur un mode autoritaire et castrateur. Les relations mère-enfant ne sont pas structurantes et ne permettent pas un développement adapté. »

La mère de l'enfant nous semble donc insecure et extrêmement perturbée par la transsexualité de son ex-compagnon. Nous supposons des remaniements narcissiques et des représentations paternelles altérées, ce qui met en difficulté le développement psychoaffectif de l'enfant.

Il nous semble qu'un accompagnement spécialisé et réservé à l'environnement familial des personnes transsexuelles aurait pu lui permettre de se réassurer et de favoriser la construction identitaire de son enfant.

1.3. L'enfant : perturbations de sa construction identitaire

Le début de vie de l'enfant est compliqué de deux affections chirurgicales. A l'âge de 7 mois, il avait subi au total 7 semaines d'hospitalisation. Durant la seconde hospitalisation, il a traversé une phase dépressive se traduisant par une atonie. Cet épisode dépressif nous semble en rapport avec des algies insuffisamment contrôlées.

La résection iléale étendue entrainera une hypotrophie et l'installation d'un syndrome de l'intestin irritable. Ce dysfonctionnement intestinal l'a contraint à un régime d'exclusion et lui occasionne, encore à l'heure actuelle, des diarrhées avec incontinence anale épisodique.

En ce qui concerne sa première année de vie, nous pouvons supposer que le climat conjugal conflictuel et le manque d'alliance co-parentale ont généré chez l'enfant la perception d'une relation d'attachement parent-enfant faiblement sécurisée.

Peu après la séparation du couple parental, l'enfant alors âgé de 16 mois assiste à l'annonce non préparée de la dysphorie de genre de son père géniteur. Il sera ensuite exposé aux transformations physiques de ce dernier de manière discontinue et toujours sans préparation.

Ses troubles du comportement à type d'opposition sont apparus à la suite de la séparation des parents. Ils n'ont cessé d'évoluer en parallèle du conflit interparental et des changements de lieu de vie répétés (y compris en cours d'année scolaire pour le dernier, impliquant un deuxième changement d'école maternelle).

Nous remarquons que ses crises oppositionnelles ont été suffisamment intenses pour lui occasionner, à l'âge de 2 ans, un traumatisme crânien avec plaie frontale profonde puis une fracture de la cheville. A cette époque, l'enfant était revenu de son premier séjour chez Mlle Ka.D. et ne maîtrisait pas le langage.

Malgré la mise en place dès l'âge de 26 mois d'un accompagnement thérapeutique de plus en plus renforcé et associé à une guidance maternelle, la construction identitaire de l'enfant reste problématique.

Ce jeune enfant, fragilisé dès son début de vie par des affections somatiques ralentissant sa croissance staturo-pondérale, a donc été confronté, dans la période hautement sensible de sa construction identitaire, à une carence paternelle *d'un nouveau genre*, à la déstabilisation d'une mère insecure, ainsi qu'aux relations fortement

conflictuelles de ses parents. La perturbation du processus de triangulation, c'est-à-dire l'absence d'un tiers séparateur identifiable, déstructure ses choix identificatoires, entraînant une fragilité narcissique et une immaturité psychoaffective. Ses troubles du comportement expriment son entrave identitaire et sa souffrance.

L'existence de solutions d'accompagnement spécifique aux familles en difficulté face à la métamorphose transgenre d'un parent aurait été bénéfique à cet enfant.

2. Accompagnement de l'accès à la paternalité en périnatalité

Notre observation nous a permis de comprendre que la dysphorie de genre du père géniteur a interféré avec son accès à la paternalité.

Sachant que les équipes médicales en charge de la périnatalité sont de plus en plus soucieuses des troubles de la paternalité, nous voudrions attirer l'attention des professionnels de santé en charge de la surveillance des grossesses (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes...), des professionnels de santé constituant les équipes de néonatalogie (pédiatres, pédopsychiatres, puéricultrices, psychologues...) et des professionnels de la santé de la petite enfance (pédopsychiatres, pédiatres, médecins généralistes...).

Il nous semble justifié d'évoquer, parmi les causes des troubles de l'accès à la paternité, l'existence d'un trouble sous-jacent de l'identité de genre chez le père.

3. Accompagnement des enfants et des conjoints déstabilisés par la transsexualité de leur proche

3.1. Pertinence de l'offre d'un accompagnement spécifique des familles

Les professionnels de l'accompagnement pédopsychiatrique du CMP de la petite ville de province où vit l'enfant de l'observation ont, dans un premier temps, été déroutés par la situation *extraordinaire* de cet enfant et de sa mère. Ils nous ont donc proposé de réfléchir avec eux sur les difficultés de cette famille.

La marginalité du cas observé dans notre travail nous semble relative. Notre société, par l'intermédiaire de son système de santé, commence à prendre en compte la souffrance et le caractère impératif de la contrainte à la métamorphose qu'implique une dysphorie de genre. Or, même si le

parent dysphorique d'un enfant en bas-âge sera le plus souvent contre-indiqué pour la réassignation de genre dans le réseau officiel existant, l'accès à la transition de genre par des circuits parallèles en France et à l'étranger risque de multiplier ces situations.

Dans le cadre de notre travail sur ce sujet pédopsychiatrique très complexe, il nous semble licite de nous interroger sur la prise en compte des éventuelles difficultés des familles d'un sujet transsexuel lorsqu'elles ne trouvent pas une adaptation spontanée à la nouvelle identité de leur proche.

3.2. Propositions pour l'accompagnement des familles

Au cours de notre travail, nous avons relevé l'initiative du Centre Georges Devereux, Centre Universitaire d'Aide Psychologique situé à Paris. Il y a été créé une unité d'accompagnement spécifique des personnes transsexuelles au sein de laquelle est également proposé un accompagnement des familles.

Le rapport de la HAS [37] intitulé **Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme** et publié en novembre 2009 traite de l'amélioration de la prise en charge actuelle du transsexualisme de l'adulte par le système de santé français.

Il y est proposé une réorganisation autour des centres spécialisés existants. L'offre de soins serait structurée en un réseau organisé autour d'équipes multidisciplinaires de référence. La distribution géographique de ce réseau devrait permettre de couvrir le besoin sur le territoire national. Les centres de référence multidisciplinaires devraient travailler en réseau avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

Dans les propositions de la HAS concernant le parcours de soins des transsexuels, on retrouve une offre d'accompagnement de l'entourage, notamment du conjoint et de ses enfants, « pour que, par des discussions avec une personne extérieure, ces personnes comprennent la situation et la transformation de leur proche ». L'organisation de cette offre n'est pas explicitée.

Notre travail nous conduit à avancer quelques propositions:

3.2.1. Répartition géographique de l'offre d'accompagnement des familles

Nous pensons que l'accès à cet accompagnement serait facilité par une répartition à l'échelon régional ou interrégional de lieux-ressources non stigmatisant, éventuellement éloignés des centres spécialisés dans la prise

en charge du transsexualisme.

3.2.2. Extension de la population ciblée

Cette offre d'accompagnement des conjoints et des enfants d'un sujet transsexuel pris en charge par le réseau officiel devrait être étendue:

- aux familles dont le proche transsexuel a utilisé un circuit parallèle en France ou à l'étranger
- aux familles en conflit ou en rupture avec leur proche transsexuel

3.2.3. Diffusion de l'information

Nous pensons que la communication de l'existence de cette offre d'accompagnement devrait aussi s'exercer en dehors du réseau proposé par la HAS, afin de toucher les familles en conflit ou en rupture avec leur proche transsexuel.

Pour permettre aux familles un accès à la fois indépendant, large et discret à cette information, l'outil internet permettant la création d'un site dédié nous semble le plus indiqué.

En ce qui concerne les intervenants dans les circuits parallèles (médecins endocrinologues et médecins généralistes non intégrés aux équipes officielles, ou encore milieux communautaires (associatifs ou non) travestis, homosexuels et transsexuels), l'information pourrait leur être diffusée plus spécifiquement.

De même, il nous semble important que l'existence d'une offre d'accompagnement des enfants de transsexuels soit portée à la connaissance des professionnels de la santé des enfants et des adolescents : médecins généralistes, pédiatres hospitaliers ou de ville, pédopsychiatres hospitaliers ou de ville, médecins scolaires...

3.2.4. Spécificité des équipes en charge de l'accompagnement des familles

Les équipes chargées de cet accompagnement devraient être constituées sur un mode pluridisciplinaire (médecin généraliste, psychiatre, pédiatre, pédopsychiatre, psychologues ...).

Devant la complexité et l'intrication intersubjective des remaniements psychiques pouvant altérer l'acceptation de la transsexualité de leur proche par les familles, nous pensons que les équipes accompagnant les familles doivent bénéficier d'une formation spécifique à la médiation en cas de conflit interparental marqué et au maintien du lien parent transsexuel-enfant lorsqu'il est souhaitable.

Il nous semble essentiel de préserver **l'humanisation** des plus fragiles, c'est-à-dire la construction identitaire des enfants.

CONCLUSION

Notre observation rend compte du probable lien à établir entre la métamorphose transgenre MtF d'un père et les difficultés psychologiques rencontrées par son petit garçon pour sa construction identitaire. Le diagnostic évoqué pour cet enfant est celui de **Pathologie limitée à dominante comportementale** dans la classification CFTEMA correspondant au diagnostic de **Troubles du comportement** dans la classification CIM-10.

La transition de genre du père géniteur semble avoir eu un effet direct sur le développement de l'enfant, par la transformation physique à laquelle l'enfant a été exposé de manière discontinue et sans préparation, par une apparente position maternelle discordante du père géniteur, et par une carence paternelle croissante.

Nous pensons qu'elle a également eu des effets indirects par la déstabilisation et l'insécurisation de la mère, ne permettant pas à cette dernière d'apporter le degré de réassurance nécessaire à l'enfant, comme par les relations conflictuelles interparentales que l'occurrence de la transformation transgenre a induites.

Au terme de notre travail, il nous semble justifié de proposer l'organisation, dans des sites régionaux ou interrégionaux, d'une offre d'accompagnement pluridisciplinaire, spécialisé, destiné à l'environnement familial (conjoint et enfants) des sujets dysphoriques accédant à une réassignation de genre.

Enfin, en matière de prévention de la santé mentale des enfants, notre analyse nous confirme l'attention nécessaire à porter aux troubles de la parentalité des pères comme à ceux des mères.

Les troubles d'accès à la parentalité des pères peuvent survenir dès l'annonce de la grossesse de leur femme. L'accès à la parentalité est considéré comme une phase de crise maturative potentielle, au plan individuel, conjugal et familial. Les troubles de l'accès à la parentalité peuvent prendre de nouveaux chemins d'expression au fil de l'évolution de notre société et selon l'organisation des nouvelles formes de famille qui s'y développent.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACKERMAN B.P., IZARD C.E., SCHOFF K.
Contextual risk, caregiver emotionality and the problem behaviors of six- and seven-years-old children from economically disadvantaged families
Child Dev., 1999; 70: 1415-1427
2. AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S.
Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation
Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1978
3. ASSALIAN P., AMIAS-WILCHESKY M., COTE H.
Troubles de l'identité sexuelle
In : Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale/ Tome I
Montréal : Gaétan Morin éditeur, 1999.-1437p
4. BAKKER A., VAN KESTEREN P., GOOREN L.J.G., BEZEMER P.D.
The prevalence of transsexualism in the Netherlands
Acta Psychiatr Scand, 1993; 87: 237-238
5. BOUCHET G., BLICHARSKI T., DUTHU S.,
BOURDET-LOUBERE S.
Transmission intergénérationnelle de l'insécurité de l'attachement chez les familles d'enfants âgés entre 23 et 33 mois
Neuropsych Enf Adol, 2011; 59,3: 140-148
6. BOUREGBA A.
Les troubles de la parentalité
Paris : Dunod, 2004.- 184p.
7. BOURGEOIS M.L.
La différenciation des sexes et des genres
I- Aspects biologiques
Ann méd psychol, 2008; 166, 9: 755-769

8. BOURGEOIS M.L.
Transsexualisme et dysphorie de genre
Ann méd psychol, 2007; 165, 9: 689-691
9. BOWLBY J.
A secure base. Clinical applications of attachment theory
London : Routledge, 1988.
10. BOWLBY J.
Attachement et perte.- 2e éd
Paris : Presses Universitaires de France, 1978.- 2 vol.,- 544p.
11. BRADLEY S.J., ZUCKER K.J.
Gender identity disorder. A review of the past 10 years
J Am Acad Child Adolesc Psychiatr, 1997; 36, 7: 872-880
12. BRETHERTON I.
Des modalités de relation aux modèles internes : la perspective de
la théorie de l'attachement
In : Filiations psychiques
Paris : Presses universitaires de France, 2000.- p. 33-59.
13. BUSSEY K., BANDURA A.
Social cognitive theory of gender development and differentiation
Psychol Rev, 1999; 106: 676-713
14. BYING-HALL J.
Family and couple
In : Therapy handbook of attachment: theory, research and clinical
implications
New York : Guilford Press, 1999.- p. 625-645

15. CAMPBELL A., SHIRLEY L., CAYGILL L.
Sex-typed preferences in three domains: do two-years-old need cognitive variables?
Br J Psychol, 2002; 93: 203-217
16. CARTER D.B., PATTERSON C.J.
Sex roles as social conventions: the development of children's conceptions of sex role stereotypes
Dev Psychol, 1982; 18: 812-824
17. CASPER M.C.
La filiation à l'épreuve du choix: une approche clinique du nom de famille
Prat psychol, 2005; 11, 1: 101-111
18. CHILAND C.
La problématique de l'identité sexuée
Neuropsych Enf Adol, 2008; 56, 6: 328- 334
19. CHILAND C.
Moi et l'autre de l'autre sexe
Neuropsych Enf Adol, 2008; 56, 4-5:229-232
20. COHEN Y.
Grandiosity in children with narcissistic and borderline disorders
Psychoanal. Study Child, 1991; 46: 307-325
21. COHEN-KETTENIS P.T., GOOREN LJG
Transsexualism : a review of etiology, diagnosis, and treatment
J Psychomat Res, 1999; 46, 1: 315-333

22. COOLIDGE FL, THEDE LL, YOUNG SE
The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample
Behav Genet, 2002; 32, 4: 251-257

23. CROWELL J.A., WATERS E.
Attachment representations, secure base behavior, and the evolution of the relationships: the stony brook adult relationship project
In : Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies
New York : Guilford Press, 2005.- p. 223-244

24. DAVIES P.T., FORMAN E.M.
Children's patterns of preserving emotional security in the interparental subsystem
Child dev, 2002; 73, 6: 1880-1993

25. DE CUYPERE G, VAN HEMELRIJCK M., MICHEL A., CARAEL B., HEYLENS G, RUBENS R., HOEBEKE P., MONSTREY S.
Prevalence and demography of transsexualism in Belgium
Eur Psychiatry, 2007; 22, 3: 137-141

26. DEKLYEN M., GREENBERG M.T.
Attachment and psychopathology in childhood
In : Handbook of attachment : theory, research and clinical applications
New York : Guilford Press, 2008.- p.637-665

27. DESSENS A.B., COHEN-KETTENIS P.T., MELLENBERGH G.J., VAN DE POLL N., KOPPE J.G., BOER K.
Prenatal exposure to anticonvulsivants and psychosexual development
Arch Sex Behav, 1999; 28, 1: 31-44

28. EMERY R.E.
Interparental conflict and the children of discord and divorce
Psychol Bull, 1982; 92: 310-330

29. FISK N.
Gender dysphoria syndrome
In: Proceedings of the second interdisciplinary symposium on
gender dysphoria syndrome
Stanford : Stanford University Press, 1973

30. FREJAVILLE A.
Le triangle œdipien dans la tourmente
Neuropsych Enf Adol, 2003; 51,3: 129-136

31. FROSCH C.A., MANGELSDORF S.C., Mc HALE J.L.
Marital behaviour and the security of the preschooler-parent
attachment relationships
J Fam Psychol, 2000; 14: 144-161

32. GARRELS L., KOCKOTT G., MICHAEL N., PREUSS W.,
RENTER K., SCHMITT G.
Sex ratio of transsexuals in Germany: the development over three
decades
Acta Psychiatr Scand, 2000, 102 : 445-448

33. GORIN-LAZARD A., BONIERBALE M.,
MAGAUD-VOULAND N., MICHEL A., MORANGE I.,
PERCHENET A.S., LANÇON C.
Troubles de l'identité de genre: quel est le rôle du psychiatre?
Sexologie, 2008; 17: 225-237

34. GREEN R.
Family cooccurrence of « gender dysphoria »: ten sibling or parent-
child pairs
Arch Sex Behav, 2000; 29, 5: 499-507

35. GREEN R.
Sexual identity of 37 children raised by homosexual parents
Am J Psychiatry, 1978; 135: 692-697

36. GRENIER M
"Papa, t'es belle". Approche anthropologique des paternités transsexuelles.- 149 p.
Mémoire Master 2: Anthropologie: Aix-Marseille I: 2006.
Disponible à partir de:
http://dumas.ccds.cnrs.fr/docs/00/43/44/39/PDF/Memoire_Master_2-Myriam_grenier.pdf [consulté le 10 mars 2011]

37. H.A.S.
Rapport 2009: Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France
Disponible à partir de :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_894315/situation-actuelle-et-perspectives-devolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france [consulté le 10 juin 2011]

38. HERVE M.J., VISIER J.P.
Développement de la personnalité de l'enfant
EMC Psychiatrie, 1999; 37-200-G-10

39. HILL J., FONAGY P., SAFIER E., SARGENT J.
The ecology of attachment in the family
Fam Process, 2003; 42: 205-221

40. ISABELLA R.A., BELSKY J., VON EYE A.
Origins of infant-mother attachment: an examination of interactional synchrony during the infant's first year
Dev Psychol, 1978; 25: 12-21

41. LAMB M.E.
Effects of stress and cohort on mother- and father-infant interaction
Dev Psychol, 1976; 12 : 435-443

42. LAMB M.E.
Qualitative aspects of mother- and father-infant attachments
Infant Behav Dev, 1978; 1 : 1-10

43. LEBRUN J.P.
Fonction maternelle, fonction paternelle
Bruxelles : editions@fabert.com, 2011.-p 54
Disponible sur:
http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/web_ta52_fonction_maternelle_fonctio_paternelle.pdf [consulté le 3 juin 2011]

44. LE CAMUS J.
La place du père dans la théorie de l'attachement
In : L'attachement. Perspectives actuelles
Paris : EDK, 2000.- p. 58-68

45. LEPRINCE L., TAURISSON N.
Rapport de la commission sur la transparentalité
Disponible sur: <http://www.hes-france.org/IMG/pdf/commission-transparentalité-V1.0.pdf> [consulté le 10 mars 2011]

46. LEPRINCE L., TAURISSON N.
Vécu et attentes des familles transparentales. Un premier état des lieux en France
In : Monoparentalité, homoparentalité, transparentalité en France et en Italie
Paris : L'Harmattan, 2010.-p.155-181

47. LEVET G.
La fonction paternelle est-elle aujourd'hui devenue une fonction à géométrie variable?
Neuropsych Enf Adol, 2006; 54, 2: 82-85

48. LEWIS M.
The child and its family: the social network model
Hum. Dev., 2005; 48, 1-2: 8-27
49. LOTHSTEIN L.M
Psychodynamics and sociodynamics of gender dysphoric states
Am. J. Psychother., 1979; 23, 2: 214-238
50. LUCCIONI H., SUTTER J.M.
Carence paternelle et carence d'autorité
Rev Neuropsych Inf Hyg Ment Enf, 1965; 13, 10-11: 813-817
51. LUNDY B.L.
Paternal socio-psychological factors and infant attachment: the
mediating role of synchrony in father-infant interactions
Infant behav dev, 2002; 25: 221-236
52. MAIN M., SOLOMON J.
Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment
pattern
In : Affective development in infancy
Norwood, New Jersey : Ablex, 1986.- p. 95-124
53. MAIN M., WESTON D.
Security of attachment to mother and father : related to conflict
behavior and readiness to establish new relationships
Child Dev, 1981; 52 : 932-940
54. MARANTZ S., COATES S.
Mothers of boys with gender identity disorder: a comparison of
match control
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1991, 30, 2: 310-315

55. MARCIANO P.
Introduction
Spirales, 2004; 29: 10-16

56. MARCIANO P.
Nouvelles configurations pour les parents: nouvelles étapes évolutives pour les enfants?
Neuropsych Enf Adol, 2007; 55, 7: 374-380

57. MARTIN C., HALVERSON C.F.
A schematic processing model of sex typing and stereotyping in children
Child Dev, 1981: 52: 1119-1134

58. MARVIN R.S., STEWART R.B.
A family system framework for the study of attachment
In : Attachment in the preschool years: theory, research and intervention
Chicago : University of Chicago Press, 1990.- p.51-86

59. MILJKOVITCH R.
Associations between parental and child attachment representations
Attach Hum Dev, 2004; 6: 305-325

60. MILJKOVITCH R.
La contribution distincte du père et de la mère dans la construction des représentations d'attachement chez le jeune enfant
Enfance, 1998; 3 : 103-116

61. MILJKOVITCH R.
L'attachement au cours de la vie
Paris : Presses universitaires de France, 2001.- 288p.

62. MONEY J., ERHARDT A.A.
Man and woman, boy and girl
Baltimore : John Hopkins University Press, 1982.- 247p.

63. ODY M., SMADJA C.
Carence paternelle. Importance du père et de la fonction paternelle
dans le développement du fonctionnement mental
In : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Paris: PUF, 1995.- p. 2603-2620

64. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)
Classification internationale des maladies, 10^e révision.
Chapitre V (F) : Troubles mentaux et du comportement - critères
diagnostiques pour la recherche
Paris : Masson, 1994.-p390

65. ORGIBET A., LE HEUZEY M.F., MOUREN M.C.
Psychopathologie des enfants élevés en milieu homoparental
lesbien: revue de la littérature
Arch Ped, 2008; 15, 2: 202-210

66. OWEN M.T., COX M.J.
Marital conflict and the development of infant-parent attachment
relationships
J fam psychol, 1997; 11: 152-164

67. PIERREHUMBERT B.
Attachement et psychopathologie
Enfance, 2003; 1: 74-80

68. SIRONI F.
Psychologie(s) des transsexuels et des transgenres
Paris: Editions Odile Jacob, 2011. - 269p

69. STEINER B., BLANCHARD R., ZUCKER K.
Introduction
In : Gender dysphoria: Development, research, management.
New-York: Plenum Press, 1985.-p.189-206
70. STOLLER R.J.
Presentations of gender
New Haven : Yale university press, 1985.
71. VAN KESTEREN P.J., GOOREN L.J., MEGENS J.A.
An epidemiological and demographic study of transsexuals in the
Netherlands
Arch Sex Behav, 1996; 25:589-600
72. WEISSMAN S.H., COHEN R.S.
The parenting alliance and adolescence
Adolesc Psych, 1985; 12: 24-45
73. WEITZE C., OSBURG S.
Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and
application of the german transsexuals act during its first ten years
Arch Sex Behav, 1996; 25: 409-425
74. WILSON P., SHARP C., CARR S.
The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care
study
Br J Gen Pract, 1999; 49: 991-992
75. ZHOU J.N., HOFMAN M.A., GOOREN L.J.G, SWAAB D.F.
A sex difference in the human brain and its relation to
transsexualism
Nature, 1995; 378, 6552: 68-70
76. ZUCKER K.J.
Gender identity development and issues
Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2004; 13, 3: 551-568

77. ZUCKER K.J.
Intersexuality and gender identity differentiation
Annu Rev Sex Res, 1999; 10: 1-69

78. ZUCKER K.J., BRADLEY S.J.
Gender identity disorders and psychosexual probes in children and adolescents
New York: Guilford Press, 1995.-345p.

ANNEXE

L'histoire du petit chêne vert

Il était une fois un petit chêne vert.

Le vent, il y a très longtemps, avait apporté une graine de chêne de la forêt et l'avait déposée au fond du petit jardin d'une adorable maison, **entre un grand chêne vert et un joli rosier rouge.**

A côté des fleurs et des arbres, vivaient à cet endroit les habitants de la maison, **le grand jardinier et son fils, le petit jardinier.** Tous les deux avaient été ravis de cette trouvaille de la nature : un petit chêne vert qui venait de la forêt et qui poussait dans leur jardin, à côté de ce grand chêne vert et de ce joli rosier rouge.

La graine, déposée par le vent, éclata, s'ouvrit, germa. Les racines commencèrent à se développer. Un jour, il sortit de terre : **le petit chêne vert cherchait à grandir dans ce jardin.**

Pour l'aider à grandir, le grand chêne vert le protégeait du vent, quand il venait de l'ouest.

Pour l'aider à grandir, le beau rosier rouge le protégeait du vent, quand il venait de l'est.

Lui, ainsi protégé, pouvait grandir, voir le ciel, l'herbe verte, le soleil qui commençait à lui réchauffer ces toutes petites branches. Tout était bien, tout débutait bien pour **ce petit chêne vert qui pouvait pousser tranquillement.**

Mais, un matin, le petit chêne vert ressentit une profonde douleur sur ces petites feuilles : **un violent coup de froid avait eu lieu dans la nuit.** Ses toutes petites feuilles sentirent la morsure du froid, elles se recroquevillèrent, se crispèrent, se racornirent.

« Aïe !!! Aïe !!! Aïe !!! ». Elles avaient mal. **Le petit chêne vert** regardait tristement ses petites feuilles toutes racornies. Il gémit, appela à l'aide, il s'arrêta de pousser. Soucieux de leur jeune ami, le grand chêne vert et le joli rosier rouge essayèrent de faire du bruit pour appeler à l'aide : « Venez aider ce petit chêne vert ! » disaient-ils.

Heureusement, ce matin-là, le petit jardinier passait par là : il surveillait avec beaucoup d'attention le développement de ce petit chêne vert ; alors, il comprit tout de suite ce qu'il s'était passé durant la nuit. Vite, il retira tout doucement de la terre le petit chêne vert, le mit dans un pot, l'emmena délicatement dans la serre, au chaud, pour le soigner. Il acheta un produit, et plusieurs fois par jour, il lui enduisait, très tendrement, sur ses toutes jeunes feuilles, une crème. Il la déposait délicatement avec beaucoup d'application.

Doucement, tout doucement, il lui caressait les feuilles, avec le produit.

Et, grâce au produit et aux caresses, la douleur s'atténua.

Doucement, tout doucement, elle pinça moins fort.

Doucement, tout doucement, elle disparut complètement.

Ouf ! Le rosier rouge et le grand chêne vert avaient eu peur pour leur jeune ami. Ils avaient surveillé, avec beaucoup d'application, la reprise des pousses du petit chêne vert. Ils étaient rassurés pour lui.

Le petit chêne vert avait gagné ! La croissance de ses feuilles pouvait reprendre, il recommença à pousser. **La vie était plus forte, malgré tout.**

Mais une nouvelle épreuve attendait notre jeune héros.

En effet, pendant le temps où le petit chêne vert s'occupait de restaurer les dégâts qu'avait fait le froid sur ses feuilles et qu'il s'apprêtait à recommencer à pousser sous le regard tendre et attentionné du joli rosier rouge, **le grand chêne vert**, lui, commençait à rêver. Et cela allait avoir des conséquences pour notre jeune héros.

Oh ! Il rêvait de choses bizarres qu'on n'avait encore jamais vues dans ce jardin !

Le grand chêne vert, qui devait protéger du vent quand il venait de l'ouest, rêvait... **il rêvait de devenir une fleur !**

Et oui ! Le grand chêne vert avait plein la tête d'images de roses rouges. Il les voyait grandir au bout de ses branches, ou grandir depuis ses racines tout autour de son tronc. Il se voyait vivre dans une autre partie du jardin au milieu de fleurs. Il s'imaginait même devenir lui-même une fleur. Au fond, il n'avait jamais aimé être un arbre. Il n'avait jamais aimé être un chêne à la fière allure. Il pensait qu'il y avait eu une erreur de Dame Nature: il était au fond une fleur, une rose rouge ! Il en était persuadé !

Le rosier rouge, à ses côtés, avait essayé de le raisonner en lui disant que c'était folie ! Que, si on est une pousse d'arbre, on ne peut pas devenir fleur, même après avoir eu une greffe par le meilleur des jardiniers !

Rien n'y avait fait ! Le grand chêne s'entêtait : il voulait devenir une fleur, il l'avait décidé, il y arriverait. Et d'ailleurs le grand jardinier l'aiderait.

Du coup, le grand chêne vert et le joli rosier rouge se disputaient tout le temps et très fort !

Entre les deux, le petit chêne vert se sentait bien perdu, il ne savait quoi en penser ! Lui qui avait aussi des racines et un tronc de chêne vert ! Quand il était seul, il pensait : « Bien sûr que les roses rouges sont belles, c'est vrai que les jardiniers font de drôles de greffes, mais quand même, dans le jardin, les chênes verts ont aussi fière allure ! Alors que penser ? Comment continuer à grandir ? Fallait-il écouter, respecter la Nature ou la modifier ? ». Tellement perturbé par toutes ces questions, il s'était à nouveau arrêté de pousser !

Tout le monde avait la tête tourneboulée : le grand chêne vert, le

rosier rouge, et le petit chêne vert !

Tout le monde était triste ! Tout le monde était perdu ! Tout le monde souffrait dans son cœur ! Et le petit chêne vert arrêta de pousser une nouvelle fois.

Si bien que **le grand jardinier** décida de trancher. Pour que le jardin reprenne une vie plus paisible, le grand jardinier prit la décision de déterrer le grand chêne vert, de l'éloigner du rosier rouge et du petit chêne vert, de le déplacer, et d'effectuer sur une de ses branches une greffe de rosier rouge, comme il le demandait. On verrait bien.

Et **le grand chêne vert** commença à se transformer loin des deux autres ! **Il attendait** de voir ce que donnerait la greffe de rosier rouge, mais à un autre endroit du jardin : il vivait maintenant au milieu de roses et d'autres fleurs ! Il avait l'air heureux.

Le rosier rouge, quant à lui, était triste, perdu, désorienté. Il en voulait au jardinier comme au grand chêne vert qui avait la grosse tête et qui pensait même que, peut-être, il deviendrait une vraie fleur. Mais au fond, il était perdu, triste, et avait du mal à rassembler ses idées. Le petit chêne vert, avec son cœur de petit arbre, avait compris tout cela. Le rosier rouge essayait, malgré tout, d'empêcher que le vent d'ouest n'abîme le petit chêne vert, quand il y avait beaucoup de vent. Mais, parfois, il était trop triste, trop perdu pour y arriver vraiment.

Et notre ami, le petit chêne vert, n'arrivait plus à pousser. C'était trop difficile. **Une nouvelle fois, il arrêta de pousser**, trop seul, trop perdu, trop fragile.

C'est alors que le jeune fils du jardinier, qui avait déjà aidé ce petit chêne vert, remarqua qu'il avait une nouvelle fois arrêté de pousser ; il comprit son désarroi et sa tristesse, les difficultés qu'il avait, lui, pour continuer de grandir et de pousser malgré tout, dans ce charivari !

Il décida d'aider ce **petit chêne vert**. Il alla dans un magasin spécialisé pour les jardins, les arbres comme les fleurs. Il acheta une jolie palissade de verdure. Et il dit alors, au petit chêne vert, les paroles suivantes :

« Écoute, petit chêne vert : bien sûr que toi, tu es un chêne vert, et que toi, tu vas grandir et devenir un vrai grand et fier chêne vert.

Écoute bien, quand tu es fatigué du vent et que tu as du mal à trouver la force de grandir, tu peux **déjà** te faire protéger par le joli rosier rouge, qui ne demande qu'à t'aider.

Et, puisque le grand chêne vert est parti ailleurs, appuie-toi **aussi** sur cette palissade : elle peut t'aider aussi à grandir, elle te protégera quand il y aura trop de vent ! »

Et le petit chêne vert écouta le petit jardinier très attentivement. Il s'imprégna de ces paroles. Il comprenait que ces paroles étaient importantes pour lui, pour qu'il recommence à grandir, malgré tout, et

qu'il devienne un vrai grand et fier chêne vert, parce que c'était son destin à lui, petit chêne vert, de pousser, de grandir, de se développer, et de devenir un jour un grand et fier chêne vert !

Et c'est ainsi que

* D'un côté, le grand jardinier put continuer son expérience avec le grand chêne vert qui voulait devenir rosier. A ce jour, l'histoire ne dit pas le résultat de cette expérience ni ce qu'est devenu cet **arbre-fleur**.

* De son côté, le rosier rouge continua à aider tendrement le petit chêne vert, à le protéger du vent quand il venait de l'est pour qu'il pousse et devienne un grand chêne. Il chercha de nouveaux amis, il se rapprocha d'autres chênes qui, eux, étaient contents d'être des chênes.

* Et, enfin, notre ami, le petit chêne vert, se remit à pousser. Il se faisait aider par la palissade quand il y avait trop de vent, pour pousser, malgré tout. Puis, un jour, le fils du jardinier vit que le petit chêne vert avait poussé, tellement poussé, tellement forcé, qu'il n'avait plus besoin de cette palissade. Il était assez fort pour lutter tout seul contre les vents.

Alors doucement, tout doucement, sous le regard attendri du rosier rouge, il retira la palissade sur laquelle s'était appuyé le petit chêne vert pendant un certain temps, depuis que le grand chêne était parti. Et le petit chêne vert continua de grandir, grandir, grandir, pour devenir un très grand, beau et fier chêne vert.

C'est ainsi que se termine l'histoire du petit chêne vert qui voulait tout simplement pousser, **grandir, se développer, et trouver sa place à lui, Chêne vert, parmi les arbres et les fleurs qui composent le jardin de la Terre.**

Parce qu'en général, on grandit comme la nature en a décidé au départ.

Et surtout, parce qu'il n'y a aucune difficulté qui ne peut empêcher un arbre de grandir et de forcer, et de devenir adulte, un jour ...

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Ce travail se propose d'étudier les éventuelles conséquences psychopathologiques de la métamorphose transsexuelle d'un père sur son très jeune fils. Il repose sur l'observation pédopsychiatrique en CMP d'un petit garçon de l'âge de 2 ans à l'âge de 5 ans, chez lequel est posé le diagnostic de " pathologie limite à dominante comportementale" dans la classification CFTMEA, ou "troubles des conduites -F 91,9" selon la classification CIM-10. Il a nécessité un rappel sur les théories du développement psychoaffectif de l'enfant, sur les troubles de l'identité sexuelle ou du genre, et sur la fonction parentale. Il présume l'intrication, dans l'origine des troubles de l'enfant, de répercussions directes par une carence paternelle qualitative et quantitative (le père ayant renoncé à sa fonction paternelle), et indirectes par la déstabilisation de la mère. Il pointe l'utilité d'un accompagnement de la famille des sujets transsexuels en avançant quelques pistes stratégiques et en y associant les médecins généralistes et les pédiatres.

TITRE EN ANGLAIS

TRANSGENDER METAMORPHOSIS OF A FATHER : WHAT IMPACT ON THE PSYCHOAFFECTIVE DEVELOPMENT OF HIS VERY YOUNG SON ? ABOUT AN OBSERVATION FROM THE AGE OF 2 YEARS TO THE AGE OF 5 YEARS

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2011

MOTS CLEFS : PÉDOPSYCHIATRIE, PSYCHOPATHOLOGIE, TROUBLES SEXUELS ET TROUBLES DE L'IDENTITÉ SEXUELLE OU DU GENRE, CARENCE PATERNELLE

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex