

Anne Perret *

Quelle écoute psychanalytique auprès des adolescents

« en interrogation sur leur identité sexuée » ** ?

Je parlerai au nom d'une expérience clinique d'une vingtaine d'années auprès d'adolescents et, plus récemment, auprès d'adolescents en interrogation sur leur identité sexuée.

Les « adolescents en interrogation sur leur identité sexuée » (dits « transgenres » ou « dysphoriques de genre » au sens du DSM 5) correspondent à une clinique contemporaine particulièrement complexe et d'évolution actuellement exponentielle. Celle-ci pose des questions de pratique et d'éthique essentielles à approfondir aujourd'hui. C'est une clinique qui fait écho à des problématiques socioculturelles et anthropologiques actuelles, qui peuvent donner lieu à des débats très passionnels. D'où l'importance de bien se situer et d'adopter, en tant que clinicien, un positionnement juste, à la fois averti, prudent, souple, nuancé, et de se garder de tout dogmatisme, pour éviter tout risque de confusion entre les champs. J'ai ainsi abordé ces adolescents au même titre que les autres, c'est-à-dire sans faire du symptôme un fait à part entière mais comme un signe à entendre dans la globalité de leur développement, prenant en compte leur histoire infantile, leur dynamique psychique, la manière dont la question de l'identité sexuée a pu se construire dans les toutes premières années de leur vie, le passage pubertaire, la construction de leurs identifications, leur histoire familiale avec l'histoire parentale, de même que les effets de résonance avec les données culturelles et sociales contemporaines. Tout l'enjeu est que le jeune se sente entendu dans sa demande et que sa souffrance soit réellement prise en compte, sans céder à l'impératif immédiat de transformation corporelle exigée. C'est ainsi leur écoute et ses effets de résonance qui m'ont permis de me familiariser avec cette clinique et qui m'en ont fait connaître cette langue nouvelle très codifiée.

Je tenterai aussi, à partir de l'écoute et de l'analyse clinique d'une vingtaine d'adolescents en quête d'identité sexuée, de préciser les constantes de cette clinique, le type d'écoute psychanalytique envisageable avec ces jeunes ainsi que le dispositif clinique qui leur correspondrait. Ceci sera développé à partir de l'analyse de la fonction du symptôme au sein des remaniements psychiques spécifiques de l'adolescence. Nous insisterons sur deux pistes de travail apparues au cours des entretiens. La question de la suppléance¹ à l'adolescence, d'une part, et la manière dont la question « transidentitaire » s'inscrirait dans de nouvelles modalités de nouages². La question du féminin, d'autre part, qui semble devoir être largement refusée, voire rejetée, notamment chez les jeunes filles demandant une transition, avec ce que cela pourrait indiquer du rapport actuel de la société au sexuel.

Un risque de confusion entre le champ social et le champ de la clinique

À l'écoute de ces adolescents, j'ai vite compris qu'ils usaient d'une nouvelle langue et qu'elle recouvrait des enjeux contemporains : non seulement cliniques mais aussi sociétaux et politiques, et que son maniement était particulièrement délicat. J'ai aussi rapidement repéré combien la clinique de chacun de ces adolescents rencontrait des signifiants sociaux et que ceux-ci pouvaient prendre le pas sur leur histoire singulière, les déborder, devenir leur signifiant maître. Ceci corrobore d'ailleurs le fait que les adolescents se font toujours caisse de résonance du corps social, qu'ils sont à la fois symptôme et porte-parole de ce qui traverse la société. La dimension sociétale de ces problématiques apparaît, en effet, évidente au regard de l'explosion actuelle des demandes, qui ne peut rendre compte de questionnements purement individuels.

Ce qui m'a semblé singulier ici, c'est la manière dont ces adolescents trouvaient dans le social, et en particulier dans les réseaux sociaux, des signifiants (« transgenre », « assignation », « autodétermination ») qu'ils s'approprièrent très rapidement comme ayant valeur de vérité, au point d'y rester fixés. Ce qui m'est apparu aussi très particulier, c'est la réponse de la société *via* les réseaux sociaux mais aussi des adultes, et notamment des professionnels de soin des consultations spécialisées qui partageaient les mêmes signifiants avec ces adolescents, au point d'user tous de la même langue et des mêmes stéréotypes de langage. Un discours unique semblait se dessiner dans ces lieux de soin, invitant parfois ces adolescents à des transformations corporelles ordonnées par le corps médical. Ceci en opposition au mouvement de la clinique « ordinaire » des agirs adolescents, où le recours au corps n'est pas ordonné par un autre, mais vient signer l'agir

propre de l'adolescent, le balancement de sa position subjective oscillant entre désobjectivation et resubjectivation et entre désymbolisation³ et tentative de resymbolisation. Ce n'est ainsi pas la clinique du corps à l'adolescence qui semble nouvelle, mais plutôt la manière dont elle est traitée, notamment peut-être socialement. Jusqu'à présent, nous étions surtout confrontés à la clinique des attaques du corps, que ce soit à travers les tentatives de suicide, les scarifications, les addictions – dont les troubles des conduites alimentaires – et les conduites à risque. L'adolescent cherchait sur et dans son corps à faire face aux mouvements de désymbolisation et de resymbolisation propres aux bouleversements psychiques de la période pubertaire. Ces symptômes s'inscrivaient dans le travail de subjectivation propre à cet âge. Avec cette clinique, on assiste à autre chose : la nomination vient, en partie, de l'Autre et notamment des réseaux sociaux. On peut se demander comment cela impacte le travail de subjectivation de l'adolescent et si cette réponse donnée par l'Autre social ne viendrait pas barrer et empêcher ce travail fondateur à l'origine de l'avenir psychique du jeune, futur adulte en devenir.

Un écart m'a semblé ainsi se creuser entre ce que je tentais d'entendre et les pratiques à l'œuvre dans les consultations spécialisées qui semblaient s'orienter du côté de réponses à apporter à même le corps propre. L'urgence à intervenir réellement sur le corps était, en effet, perceptible tant dans le discours des jeunes que dans celui des professionnels, dans un effet de renvoi en miroir sans dialectisation parfois clairement repérable. Ainsi, la compréhension « classique » de la clinique adolescente, la fonction du symptôme, sa fonction de nomination notamment au regard du processus de séparation et différenciation en cours et du processus de subjectivation⁴, ne semblaient pas à l'ordre du jour, alors que l'écoute de ces adolescents m'y invitait pourtant.

Je voudrais ainsi vous faire part de ce que j'ai repéré comme constantes dans cette clinique avec quelques pistes métapsychologiques et je parlerai essentiellement des filles demandant à devenir des garçons et pour lesquelles cette question « transidentitaire » a émergé au moment de la puberté, pour aborder dans un second temps le type de dispositif à envisager, notamment dans son articulation entre le champ somatique et le champ psychique.

Description clinique et constantes dans cette clinique

J'ai rencontré, depuis septembre 2020, vingt-six adolescents présentant ces problématiques, dont vingt et une filles et cinq garçons. D'un point de vue psychopathologique, sur les vingt et une filles, six présentent une

clinique psychotique, quatorze ont traversé un mouvement dépressif pubertaire, une présente des antécédents infantiles de troubles de l'identité sexuée. Parmi les quatorze ayant traversé une dépression pubertaire, on note une grande hétérogénéité des structures psychiques, allant de problématiques névrotiques à des problématiques limites auxquelles s'intriquent des fonctionnements familiaux spécifiques. Je retiendrai comme constantes de cette clinique quatre points principaux :

– le caractère monolithique et extrêmement stéréotypé des discours de ces jeunes. Ils disent au début tous la même chose, au point que leur discours en lui-même fait vraiment symptôme : « Je ne suis pas née dans le bon corps », « j'ai été assignée à la naissance », « je me sens fille ou garçon », « je suis trans », « j'aimerais prendre des hormones et il faut passer par un psychiatre pour en avoir », ou bien : « Je suis un garçon et biologiquement une fille ». L'une d'elles a lu qu'il s'agissait « du cerveau d'un sexe qui n'est pas dans le bon corps et que ça s'accompagne de dysphorie » ;

– ils décrivent également tous la même trajectoire : ils évoquent un mouvement dépressif contemporain de la période pubertaire qui semble avoir fait particulièrement trauma pour eux. Ils en ressentent un dégoût, un rejet, une profonde détestation de leur corps sexué et en particulier de leur poitrine. Ce mouvement dépressif peut prendre parfois des allures mélancoliformes ;

– ils disent tous combien ils ont tenté de trouver dans les réseaux sociaux des réponses aux interrogations qu'ils se posaient et qu'ils ne parvenaient pas à nommer : ils ont été accrochés par le signifiant « transgenre » qui a fait nomination. Le mouvement dépressif adolescent a trouvé ainsi une issue dans une réponse identitaire ;

– cette clinique a un caractère très hétérogène qui recouvre l'ensemble de la clinique adolescente, allant des manifestations névrotiques aux manifestations psychotiques, en passant par une symptomatologie d'allure limite. En effet, la question « transidentitaire » peut venir comme solution, comme issue, et avoir une fonction de suppléance, face à une décompensation psychotique de l'adolescence. Elle serait ici, en quelques sorte, une manière de *se faire un corps* face au vide éprouvé de l'Autre. Elle peut au contraire être première et émerger comme signe d'une dépression pubertaire, où la dimension du sexué est inscrite et s'intègre alors dans le cadre de structurations diverses, plutôt névrotiques, ou « limites », et peut-être parfois psychotiques.

Le signifiant transgenre peut aussi bien occuper une fonction de substitution métaphorique, et, dans ce cas, cette nomination n'est pas unique

mais permet un jeu entre diverses nominations possibles, qu'être un mode de figuration et de recouvrement du réel pubertaire, ou prendre enfin la valeur d'une solution face à une situation d'impasse subjective, ayant alors une fonction de suppléance face à des mécanismes de forclusion.

Je voudrais insister sur le fait que le caractère stéréotypé des discours contraste avec la singularité au un par un de la clinique. En fonction des situations, il existe ou pas des antécédents dans l'enfance : la problématique « trans » s'est fixée au moment de la puberté et on ne retrouve pas dans ces situations d'affirmation ou de conviction d'une identité sexuée opposée au sexe biologique dans l'enfance, même si des questions identificatoires avaient pu être relevées dans les jeux, les habits, les relations d'objets dans l'enfance et, dans un cas, une tonalité de voix particulièrement grave chez une petite fille qui la faisait appeler au masculin. Les garçons rencontrés présentent plus fréquemment des antécédents psychiatriques.

Parmi les quatorze jeunes filles ayant traversé une dépression pubertaire, on note donc une grande hétérogénéité des structures psychiques allant de problématiques névrotiques à des problématiques limites (plus rarement des fonctionnements psychotiques), auxquelles s'intriquent des fonctionnements familiaux spécifiques. Dans certains cas, on repère une dépression infantile et des identifications sexuées infantiles plutôt masculines sans trouble de l'identité proprement dite (« garçon manqué » : petite fille qui n'aurait pas dépassé le stade du démenti de la castration et qui resterait au bord de l'œdipe féminin). Dans certains cas, il existe des antécédents de troubles des conduites alimentaires dans l'enfance ou au début de l'adolescence. Des scarifications sont souvent associées. La question de l'homosexualité est également fréquemment évoquée. On note, de plus, un certain nombre de contextes ou d'évènements qui se répètent : faiblesse et faillite des pères (mort ou maladie du père dans l'enfance et défaillance de leur fonction paternelle symbolique), puberté précoce, précocité intellectuelle, des évènements touchant au corps et concernant des enjeux réels de vie et de mort (urgence vitale à la naissance, notions d'agression sexuelle dans l'enfance ou à l'adolescence fréquentes, ou encore placement et abandon dans l'enfance).

Les contextes familiaux mettent en évidence des familles aconflictuelles où les limites et les interdits semblent peu marqués, de même que la différence générationnelle et sexuée, qui adhèrent très facilement à la demande de leur enfant, voire les poussent vers des interventions médicales et/ou chirurgicales, ou, au contraire, des familles au fonctionnement rigide et des parents intrusifs pour lesquelles le passage adolescent ne peut qu'être

conflictuel et transgressif, ou encore des parents dont les identifications sexuées interrogent sous une forme inversée les positions sexuées dans le couple. C'est cependant toujours le lien mère/fille qui est au-devant de la scène avec une défaillance de la fonction paternelle. On retrouve également régulièrement des éléments de l'histoire transgénérationnelle marquée notamment par des événements traumatiques (inceste subi par la mère notamment mais d'autres traumatismes également), de même que des éléments singuliers de la configuration familiale comme un contexte transculturel et de métissage.

Clinique et métapsychologie

Ce qui est donc constant dans cette clinique des adolescentes pour lesquelles la question transidentitaire se fixe au moment de l'émergence pubertaire, c'est le mouvement psychique en jeu qui s'initie, à chaque fois, en tout cas chez ces filles dans la période pubertaire, par un mouvement dépressif profond, d'allure parfois mélancoliforme, qui s'accompagne d'une profonde détestation et d'un rejet de leur corps sexué féminin. Le lien mère/fille est au centre de cette clinique, ce qui va avec la chute et la défaillance des pères et des références masculines pour ces jeunes filles, que ce soit notamment en raison de maladies graves potentiellement mortelles des pères ou de manque de consistance de leur fonction symbolique.

Ces jeunes filles qui sont à la recherche d'elles-mêmes explorent et revisitent les diverses strates de leur fonctionnement psychique et retournent en particulier au narcissisme originaire⁵ et au stade du miroir. Les processus primaires et secondaires apparaissent ici noués entre eux, chacun suivant sa voie en fonction des structurations psychiques antérieures. Le caractère central du lien mère/fille fait jouer ainsi à la fois des enjeux de séparation/différenciation dans le registre archaïque de la specularité du lien mais aussi dans l'accès de ces adolescentes à l'œdipe féminin, ce qui pose, dans le même temps, la question de l'inscription de ces jeunes en tant que sujet et/ou en tant que fille dans le désir de leurs mères. La haine qui traverse le lien mère/fille semble se figer dans le corps, dans un mouvement d'indifférenciation et d'indistinction entre les corps. Le retour au stade du miroir, entre le même et l'autre, les renvoie au manque dans l'Autre qu'elle rencontre du côté du vide et de l'absence de signifiant : tuer son corps sexué, ce serait tuer le corps de l'autre, le corps maternel, lieu de projection des vœux œdipiens meurtriers. Il est d'ailleurs essentiel, à ce propos, d'évoquer avec les mères et les pères le désir qui a donné lieu à la conception de cet enfant et la manière dont les questions de son sexe et de sa nomination se sont inscrites pour lui. On constatera fréquemment que la question du

sexe s'est posée de façon particulière pour la mère de cet enfant et que le choix du prénom s'est joué singulièrement.

C'est-à-dire que c'est à un niveau psychique situé en deçà de la différence des sexes que ces jeunes sont renvoyées, à un stade où il s'agit soit d'être là, soit de n'être pas (« naître pas »). Ainsi, ces jeunes filles semblent bloquées à l'entrée très primitive de la différenciation sexuée sans pouvoir faire de choix du côté du féminin. Choisir d'être du côté du masculin serait un choix par défaut. Ce pourrait être ne pas choisir l'autre sexe dans la relation d'objet mais rester possiblement dans la complétude maternelle et ne pas franchir le dispositif du miroir qui permettrait la dialectisation entre le même et l'autre. Ici, la spécularité du lien est évitée, voire refusée, et le choix du masculin viendrait couper cours à l'élaboration de la différenciation maternelle, qu'elle se situe au niveau des processus primaires et/ou des processus secondaires.

On pourrait poser ainsi comme hypothèse que le sujet en interrogation sur son identité sexuée prend l'identité de l'autre sexe pour ne pas affronter la séparation et la différenciation maternelle et resterait ainsi au bord de l'œdipe féminin, qui consiste à renoncer à la mère et à faire un choix d'objet d'un sexe différent d'elle. C'est ce qui le différencierait de l'adolescente des passages à l'acte qui ne cesse de répéter la spécularité du lien, dans une recherche ininterrompue de la mère comme objet spéculaire non marqué par la différence et par le manque. Ce serait ainsi le stade du miroir qui serait concerné par ces problématiques, stade de la construction de l'image du corps, moment où l'enfant se constitue un corps et où se noue l'image du corps avec le fait d'« avoir un corps ». Sophie Mendelsohn rend compte de la problématique transgenre en expliquant que l'enfant a été confronté à une impossibilité de se constituer comme corps séparé de la mère ⁶. L'enfant ne s'est constitué que comme image et reste accroché à une image sans corps ⁷. L'enfant reste ainsi fixé sur une question identitaire et n'entre pas dans la bisexualité psychique. Il y aurait donc un ratage dans la construction première de l'image du corps. Ce serait une faillite du narcissisme primaire qui serait en question avec un refus du féminin, auquel se substituerait une référence au masculin.

Ainsi, la référence au masculin semble utilisée ici comme masque ou substitut. On assiste dans tous ces cas à un remaniement des instances avec de nouvelles modalités de nouage qui permettent à l'imaginaire et au réel de s'arrimer à un symbolique ayant repris une certaine consistance. Dans ces situations, le signifiant transgenre et la révélation d'un sexe d'appartenance semblent venir occuper une fonction de substitution, de compensation

et/ou de suppléance ⁸ qui fait face au vide et au réel ressenti. Le signifiant « transgenre » fait ainsi parfois office de vérité. Dans d'autres situations, on perçoit une plus grande souplesse entre les signifiants, et cette nomination semble venir s'inscrire à un moment donné sans être pour autant la seule nomination possible. Dans d'autres situations encore, c'est clairement le désir de la mère qui est au premier plan, la mère venant formuler la demande de transition à la place de sa fille.

Dispositifs

Ainsi, et à partir de ces données cliniques, comment peut-on envisager l'écoute, l'engagement dans un travail psychique et le positionnement auprès de ces adolescentes ?

Les rencontres avec ces adolescentes pour ce qu'elles nomment « demande de transition » s'initient le plus souvent avec elles sous le sceau de l'impératif à répondre dans la réalité à leur demande et à leur exigence d'accéder rapidement à un traitement hormonal, voire chirurgical. La difficulté réside dans leur détermination et leur conviction mais surtout dans leur souffrance intense s'exprimant à travers des effondrements massifs ou des revendications soutenues. Il faut parfois de longs mois passés à assurer une présence ne visant, dans un premier temps, qu'à accueillir et attester de cette souffrance, pour que progressivement une articulation signifiante voie le jour. C'est dire l'importance de prendre le temps, de « donner du temps au temps », de ne pas répondre du côté du passage à l'acte mais de tenter d'engager, quand cela est possible, un travail psychique. De ce point de vue, l'argument selon lequel il conviendrait d'intervenir médicalement rapidement, notamment au regard du risque suicidaire ⁹, mais aussi pour ne pas laisser le processus pubertaire s'engager, est à questionner, ce d'autant que l'on peut s'interroger sur l'incidence à terme de la suppression ou du report de ce temps pubertaire sur les processus de subjectivation fondateurs de la vie psychique adulte ultérieure.

Il me semble aussi que la pratique ne diffère pas de celle, habituelle, avec tout adolescent : dans certaines situations, un travail psychothérapique s'engage et le symptôme peut être repéré à la place qu'il occupe dans la vie psychique de l'adolescente, qui parvient à s'en décaler et à quitter sa demande initiale impérative de changement de sexe. Dans d'autres situations, quand le symptôme est le signe d'une entrave, voire d'une rupture dans le développement, le travail psychique a plus de mal à s'engager et le symptôme peut rester fixé. Il faut insister sur l'importance de la position des parents et sur l'importance du travail avec eux. Un travail familial est

toujours nécessaire pour tenter notamment de repérer la place de l'adolescente dans le désir parental et dans les identifications sexuées des parents, mais aussi la place de la question transidentitaire dans la dynamique transgénérationnelle notamment traumatique qui peut être aussi en cause. Enfin, parfois, chez ces filles adolescentes, un travail plus spécifique mère/fille peut également être indiqué.

Dans le contexte actuel, la complexité de cette pratique réside aussi dans le fait que recevoir ces jeunes et le faire savoir peut être facilement interprété comme une prise de position politique *transaffirmative* et ceci même si le cadre de neutralité de la consultation tente d'être préservé. Ces jeunes et leurs parents peuvent se sentir en pays de connaissance et imaginer que la réponse positive à la transition médicale qu'ils attendent sera confirmée. En fonction des situations et du matériel qui émergent des entretiens, un pas de côté peut parfois se faire, ou non. Très souvent, la transidentité n'est qu'un signe parmi d'autres. Ceci permet de se décaler et d'ouvrir un espace de travail. C'est en tout cas ce qu'il convient de tenter, ce d'autant qu'un matériel riche apparaît la plupart du temps facilement.

La question qui se pose dans ce contexte est la prise de position que l'on doit tenir si la demande initiale de réponse réelle de transition reste fixée. Il semble important, d'abord, de transmettre toutes les informations nécessaires concernant les traitements, informations qui évoluent beaucoup actuellement avec des prises de position officielles qui semblent à présent beaucoup plus nuancées quant à l'intérêt des traitements médicaux et/ou chirurgicaux. Il paraît aussi essentiel d'être très transparent et de soutenir ce que la clinique, de notre place, nous indique. Il est aussi fondamental de mettre en place des dispositifs qui permettent que la différenciation des places de chacun soit bien établie, notamment la place du somaticien et la place du « psy ».

Ainsi, la complexité de ces situations, leurs multiples dimensions, l'intensité de la souffrance psychique en jeu, de même que la gravité potentielle de la psychopathologie nécessitent d'inscrire la pratique auprès de ces jeunes dans le cadre d'un dispositif institutionnel rigoureux qui permette de différencier et de répartir la place et la fonction de chacun : place de la dimension psychique, de la dimension somatique, travail avec l'adolescent, travail avec les parents et avec la famille dans sa globalité, interventions groupales (pour les adolescents et les parents), médiations artistiques, lien avec le réseau (Éducation nationale, associations...). Seul un cadre institutionnel semble aussi permettre d'asseoir une pratique fiable ouvrant potentiellement sur un espace de travail psychique dans des conditions suffisamment sécurisées.

La question du cadre éthique de la pratique auprès de ces jeunes se pose avec beaucoup d'acuité. La référence à une écoute psychanalytique suppose la prise en compte des enjeux transférentiels, de bien situer la nature de la demande et de rester fidèle au principe de l'absence d'un savoir qui pourrait être défini au nom d'une vérité préétablie. Il semble, dans ce cadre, nécessaire d'entendre littéralement la demande du jeune et de tenter de l'interroger. Cette perspective s'inscrit en faux par rapport à une démarche *transaffirmative* d'accompagnement de la transition. Dans cette démarche, la parole du jeune, et non sa demande, serait prise à la lettre et la réponse se situerait du côté d'une solution trouvée dans la transformation réelle du corps. La neutralité inhérente au travail analytique trouve ici, il me semble, un point de butée qui nécessite de se positionner, quant au type de travail à engager : l'attention portée à l'écoute de ces jeunes et à leur demande ne peut être rabattue du côté de la réalité du corps propre, mais doit essayer d'ouvrir un espace autre, que l'analyse des enjeux de transfert peut tenter de faire advenir. Ainsi, le jeu d'affrontement spéculaire auquel ces jeunes nous convient peut être parfois un masque dépassable ouvrant sur une autre scène, ou fait office, dans d'autres cas, d'écran, ce qui nécessitera dès lors d'user de tous les espaces institutionnels à disposition pour tenter d'instaurer du tiers dans l'espace de soin.

Il s'agit alors de tenter d'entendre le symptôme, d'être au plus près des questions que le jeune se pose, sans préjugés, se moulant en cela aux principes mêmes de la psychanalyse : se départir de tout jugement *a priori* et se situer dans la plus grande proximité possible, « au un par un », avec le discours et la langue de chacun et ses effets de résonance qui font corps et qui départagent dans le même temps. Ce qui pourrait être noté ici, c'est le registre archaïque auquel ces adolescents nous convoquent et la nécessité de l'entendre avec toute la présence et la disponibilité psychique possibles. Ce cadre devrait permettre de restituer la fonction symbolique d'un Autre qui a failli, de redonner consistance à un narcissisme défaillant, ceci en écho avec ce que Winnicott a pu nous transmettre.

Winnicott disait, en effet, que « l'adolescent ne désire pas être compris ¹⁰ », ajoutant que « cette période de la vie, qui est essentiellement celle d'une découverte personnelle, doit être vécue. Chaque individu est engagé dans une expérience, celle de vivre et dans un problème, celui d'exister ¹¹ ». Le problème, poursuivait-il, « c'est que nous sommes mis au défi et qu'il nous faut, en tant qu'adulte, faire face plutôt que de porter remède ¹² ».

*[↑](#) Pédopsychiatre, psychanalyste.

**[↑](#) Prononcé dans le cadre du REP (Réseau Enfance et Psychanalyse), à Paris, le 25 juin 2022, lors d'un après-midi intitulé « La fabrique de l'enfant-transgenre », préparatoire au Rendez-vous international des Forums 2022, ayant pour thème *Traitement du corps dans l'époque et dans la psychanalyse*.

1.[↑](#) S. Askofaré et L. Combres, « Symptômes et suppléances. Un essai de problématisation », *Recherches en psychanalyse*, n° 13, 2012, p. 22-30.

2.[↑](#) A. Condat, « Sexe d'un autre genre... genre d'un autre sexe, quand la boussole s'affole », *La Revue lacanienne*, vol. 18, n° 1, 2017, p. 107-117 ; J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XIX, ... Ou pire*, Paris, Le Seuil, 2011 ; J. Lacan, *Le Savoir du psychanalyste*, séminaire inédit, séance du 8 février 1972 ; J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XXIII, Le Sinthome*, Paris, Le Seuil, 2005.

3.[↑](#) P.-L. Assoun, « Que veut une adolescente ? », dans S. Lesourd (sous la direction de), *Le Féminin : un concept adolescent ?*, Toulouse, Érès, 2001, p. 77-90.

4.[↑](#) R. Cahn, « Subjectalité et subjectivation », *Adolescence*, n° 50, Éditions Greupp, 2004, p. 755-766.

5.[↑](#) S. Mendelsohn, « Accord perdu (De l'intérêt d'envisager une clinique transgenre) », *La Clinique lacanienne*, n° 31, Toulouse, Érès, 2020, p. 25-39.

6.[↑](#) À partir de l'hypothèse selon laquelle l'enfant construit son corps à travers la dimension toute sensorielle mais aussi langagière des soins maternels, de même qu'à travers l'expérimentation de l'absence, qui lui permet de transformer le vide en manque et en perte et de symboliser l'absence.

7.[↑](#) La construction de l'image spéculaire qui permet à l'enfant de se vivre comme sujet séparé reconnu par un autre ne se noue pas correctement entre les différentes dimensions : imaginaire, symbolique et réelle. Le même et l'autre ne se dialectisent pas dans l'image spéculaire et le sujet devient l'autre, l'autre sexe. Le pareil ne devient pas le même mais reste l'autre, l'autre sexe. Le sujet devient, « est », l'autre sexe (S. Mendelsohn, « Accord perdu », art. cit.).

8.[↑](#) S. Askofaré et L. Combres, « Symptômes et suppléances », art. cit. ; J. Lacan, *Le Séminaire, Livre XXIII, Le Sinthome*, op. cit. La notion complexe de suppléance, qui a évolué au cours des élaborations successives de Jacques Lacan, sera entendue ici non pas comme compensation imaginaire mais comme substitution réelle à une faillite du signifiant.

9.[↑](#) M. Bernard, M. Wathelet, J. Pilo, C. Leroy et F. Medjkane, « Identité de genre et psychiatrie », *Adolescence*, n° 37, Éditions Greupp, 2019, p. 111-123.

10.[↑](#) D. W. Winnicott, *L'Adolescence, de la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1956, p. 285-291.

11.[↑](#) *Ibid.*

12.[↑](#) *Ibid.*