

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER  
FACULTÉ DE SANTÉ**

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1520

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

MÉDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Elisa SEBBAN**

le 05/04/2024

**VÉCU DES PARENTS D'ADOLESCENTS TRANSGENRES :  
UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Directeurs de thèse : Dr Sophie Çabal, Dr Stéphanie Cussot-Charpentier

**JURY**

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud	Président
Monsieur le Professeur Alexis Revet	Assesseur
Madame le Docteur Sophie Çabal	Assesseur
Madame le Docteur Stéphanie Cussot-Charpentier	Suppléant
Madame le Docteur Delphine Rambeaud-Collin	Membre invité



## Remerciements

Je remercie en premier lieu le Professeur Jean-Philippe Raynaud pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse, ainsi que pour l'enseignement qui m'a été transmis au cours de mes études sur la structure du SUPEA, à la fois pendant mon externat et mon internat.

Je tiens à adresser mes remerciements au Professeur Alexis Revet d'avoir accepté de faire partie de mon jury, ainsi que pour son investissement dans l'accompagnement des internes tout au long de ma formation.

J'adresse ma plus sincère reconnaissance à mes directrices de thèse les Docteurs Sophie Çabal et Stéphanie Cussot-Charpentier, pour m'avoir encadrée tout au long de mon travail de thèse, et ne saurais les remercier assez de la patience qu'elles ont montré à mon égard, particulièrement dans les moments difficiles. La disponibilité, l'investissement et la gentillesse qu'elles m'ont consacré ont permis la réalisation de ma thèse dans des conditions optimales.

J'exprime ma gratitude au Dr Delphine Rambeaud-Collin pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, d'avoir partagé son expérience et ses connaissances, et sans qui cette thèse ne serait certainement par la même. Je suis particulièrement reconnaissante du regard clinique et de la bienveillance qu'elle a partagé avec moi en stage, et les apprécie d'autant plus deux ans plus tard.

Je remercie les membres de l'équipe 'genre' du SUPEA pour la bonté avec laquelle ils m'ont accueillie et la finesse clinique dont ils font part pour accompagner les familles qu'ils reçoivent. Je remercie également les parents du groupe de parole d'avoir accepté ma présence lors des réunions, laquelle aura été à la fois cruciale pour ce travail de thèse et très enrichissante pour ma pratique en général.

Je remercie les médecins et les équipes des stages qui m'ont reçue et accompagnée lors du parcours extraordinaire mais parfois laborieux de l'internat : l'UF1, l'UCHA, l'APJA, le secteur 3 du CH Marchant, l'équipe de liaison de la maternité de PDV, la consult ado du secteur 3, l'HDJ Saint Léon, le Cerca 31 et le CMP de Purpan. Un merci tout particulier à mes co-internes pour leur soutien dans les moments difficiles, et pour les fous-rires dans le bureau aussi.

Je remercie le Dr Marc Henry pour avoir accepté de mettre au service de mon travail de thèse ses connaissances sur la question des enjeux de l'adolescence, et du temps qu'il m'a consacré.

Merci à mon père et ma mère pour toutes ces années de bons et loyaux services sacrifiées au service de la parentalité, et pour leur soutien sans faille. Un merci très spécial à ma maman pour avoir relu en catastrophe 50 pages de thèse et corrigé tous les s que j'avais oublié. Merci à ma sœur, qui me subit au quotidien et ne m'aura pas laissé mourir d'inanition pendant la rédaction de cette thèse.

A tous mes amis, que je ne nommerai pas par crainte d'en oublier et d'engendrer des tragédies irréparables, mais qui se reconnaîtront certainement et sauront, j'espère, apprécier ce tour d'acrobatie de haut vol. Vous rendez ma vie meilleure en tout point.

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine  
2022-2023

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GURAUD-CHAUMÉL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GÓLIZ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SIAUJ Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZDRIKHES Frank
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE Francis
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BRIS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHIZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARBIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RENIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REINE Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOUNTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LANG Thierry	Professeur PERRRET Bertrand	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur SERRE Guy	

**FACULTE DE SANTÉ**

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LABRIE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAJQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMARI Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Océric	Généraliste
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LELAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSIEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEK Bertrand	<small>Uniquement en 1ère classe</small>
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.	M. MAZIERES Julien (C.E)	Presmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURASHEM Fatenah (C.E)	Gériatrie
M. CARRIERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAZ Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérôme	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAIVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurora	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DEDIER Alain (C.E)	Presmologie	M. SALLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Beatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRAIRD Stéline	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERREIRES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria Eugenia	Généraliste et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUDIET Anne-Marie (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUMBAUD Rosaline	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TRÉMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. GOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Généraliste
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOLY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

**Professeurs Associés**

M. ABOO Olivier  
 Mme BONGARD Vanina  
 M. BOUNES Vincent  
 Mme BOURNET Barbara  
 Mme CASPER Charlotte  
 M. CAVIGNAC Eberine  
 M. CHARLUF Benoit  
 M. COGNARD Christophe  
 Mme CORRE Jil  
 Mme DALENC Florence  
 M. DE BONNECAZE Guillaume  
 M. DECRAMER Stéphane  
 Mme DUPRET-BORIES Agnès  
 M. EDOUARD Thomas  
 M. FAGUER Stanislas  
 Mme FARUCH BLFELD Marie  
 M. FRANCHITTO Nicolas  
 M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio  
 Mme GASCON Géraldine  
 M. GUBERT Nicolas  
 M. GUILLEMINAULT Laurent  
 M. HERIN Fabrice  
 M. LAIREZ Olivier  
 M. LEANDRI Roger  
 M. LOPEZ Raphaël  
 M. MARTIN-BLONDEL Guillaume  
 Mme MARTINEZ Alejandra  
 M. MARX Mathieu  
 M. MEYER Nicolas  
 Mme MOKRANE Fatima  
 Mme PASQUET Marlène  
 M. PIAU Antoine  
 M. PORTIER Guillaume  
 M. PUGNET Grégory  
 M. RENA Nicolas  
 M. RENAUDINEAU Yves  
 Mme RUYSSCH-WITRAND Adeline  
 Mme SAVAGNER Frédérique  
 M. SAVALL Frédéric  
 M. SILVA SIFONTES Steïn  
 Mme SOMMET Agnès  
 M. TACK Ivant  
 Mme VAYSSE Charlotte  
 Mme VEZZOSI Delphine  
 M. YRONDJ Antoine  
 M. YSEBAERT Loïc

Chirurgie infantile  
 Epidémiologie / Santé publique  
 Médecine d'urgence  
 Gastro-entérologie  
 Pédiatrie  
 Chirurgie orthopédique et traumatologie  
 Chirurgie plastique  
 Radiologie  
 Hématologie  
 Cancérologie  
 Anatomie  
 Pédiatrie  
 Oto-rhino-laryngologie  
 Pédiatrie  
 Néphrologie  
 Radiologie et imagerie médicale  
 Addictologie  
 Chirurgie Plastique  
 Pédiatrie  
 Pneumologie  
 Pneumologie  
 Médecine et santé au travail  
 Biophysique et médecine nucléaire  
 Biologie du dével. et de la reproduction  
 Anatomie  
 Maladies infectieuses, maladies tropicales  
 Gynécologie  
 Oto-rhino-laryngologie  
 Dermatologie  
 Radiologie et imagerie médicale  
 Pédiatrie  
 Médecine interne  
 Chirurgie Digestive  
 Médecine interne  
 Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 Immunologie  
 Rhumatologie  
 Biochimie et biologie moléculaire  
 Médecine légale  
 Réanimation  
 Pharmacologie  
 Physiologie  
 Cancérologie  
 Endocrinologie  
 Psychiatrie  
 Hématologie

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
 M. BREBENT Jordan  
 M. BOYER Pierre  
 Mme FREYENS Anne  
 Mme IRI-DELAHAYE Météko  
 M. POLITRAN Jean-Christophe  
 M. STILLMUNKES André

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOU Paul André	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Selouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. BRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPÈRE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoît	Pharmacologie et neurobiologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Gaëlle	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
M. CHASSAGNE Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cylt	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jenika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Marie Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERCART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLASSANCE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUSSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DESSOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RISES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOLROY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FLLAUX Judith	Parasitologie	Mme SEGFRED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TRENER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Laviria	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOLAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURFIEU Florence  
M. GACHES Hervé  
Mme LATROUS Laïla  
M. PIPONNER David  
Mme PUECH Marilie

## Table des matières :

<b>1. Introduction</b>	<b>9</b>
<b>2. Méthodologie</b>	<b>12</b>
2.1. Revue de la littérature qualitative : méthode de recherche des articles	12
2.2. Critères de sélection	12
2.3. Analyse des données	13
<b>3. Résultats</b>	<b>14</b>
3.1. Données statistiques	14
3.2. Résultats thématiques	15
3.2.1. Le cheminement psychique du parent	15
3.2.1.1. Réactions initiales	26
3.2.1.2. Doubte sur le vécu transidentitaire de l'enfant	27
3.2.1.3. Manque de connaissance	28
3.2.1.4. Vécu de perte et de deuil	29
3.2.1.5. De la recherche d'une causalité à la mise en sens de la transidentité	31
3.2.1.6. Les chemins vers l'acceptation	33
3.2.1.7. Evolution et changements psychiques chez le parent	35
3.2.2. L'évolution de la relation parent/enfant	37
3.2.2.1. La communication parent/enfant	37
3.2.2.2. Craintes et inquiétudes :	38
3.2.2.3. Les enjeux de négociation de la transition sociale	39
3.2.2.4. Les enjeux de négociation de la transition médicale	43
3.2.3. Les conséquences sur la dynamique familiale	45
3.2.3.1. Effets de stress sur la cellule familiale	45
3.2.3.2. Impacts sur le couple parental	47
3.2.3.3. Impacts dans les relations avec la famille élargie	48
3.2.3.4. Les interactions avec l'extérieur	49
<b>4. Discussion</b>	<b>52</b>
4.1. Apports et limites	52
4.2. Les enjeux de négociation à l'adolescence dans la relation parent-enfant	53
4.3. La crise parentale	54
4.4. Le vécu de perte et de deuil	55
<b>5. Conclusion</b>	<b>56</b>
<b>6. Bibliographie</b>	<b>59</b>



## 1. Introduction

La transidentité est définie par l'American Psychological Association (1) dans leurs guidelines sur la prise en charge des personnes transgenres comme un terme "parapluie" regroupant des personnes dont le genre interne ne s'aligne pas avec le genre assigné à la naissance. Cette définition s'applique aux individus dont l'identité de genre s'aligne avec ce qui est typiquement associé au sexe opposé, mais également aux personnes qui s'identifient comme étant en décalage vis-à-vis de la binarité de genre (non-binaire, gender-fluid, gender-queer etc).

Le terme transexualisme, théorisé par Harry Benjamin en 1953 et introduit dans le DSM III en 1980, était encore utilisé dans la CIM 10 (2) en corrélation avec les soins médicaux associés, notamment chirurgicaux, jusqu'à l'introduction très récente en 2022 dans la CIM 11 de l'incongruence de genre (3). En 2013, le concept de dysphorie de genre fait son apparition dans le DSM-5 (4), en remplacement du trouble de l'identité sexuelle du DSM IV, caractérisé par la souffrance psychique engendrée par l'incongruence de genre. Des critères différents sont utilisés pour les enfants, les adolescents et les adultes. Ces changements s'inscrivent dans un mouvement de dépathologisation de la transidentité fortement motivé par les personnes concernées et par les associations d'usagers.

L'évaluation de la prévalence de cette population, plus spécifiquement chez les mineurs, reste complexe à l'heure actuelle (5). Elle est estimée entre 0,5 et 1,3 % dans plusieurs pays, tous âges confondus (6). Chez les adolescents, cette prévalence serait estimée entre 1,3 % et 17% dans plusieurs études depuis 2011 (7,8). Cette prévalence diminuerait à mesure que l'âge augmenterait chez les enfants, selon une revue de la littérature française (5). Plusieurs études notent également l'augmentation de l'incidence de la transidentité chez les adolescents (6) (9). Les évaluations épidémiologiques montreraient, par ailleurs, un inversement relativement récent du sex ratio chez les adolescents, avec une augmentation nette des garçons transgenres pris en charge en consultation spécialisée (5,6).

La demande de soins pour cette population est en augmentation croissante. La prévalence des comorbidités psychiatriques paraît plus élevée que chez leurs pairs cisgenres (10), notamment sur le plan de la dépression, de la suicidalité et des gestes auto-agressifs, des troubles anxieux, des troubles du comportement alimentaire, et des abus de substances (7,11–14). Les adolescents transgenres sont donc une population à risque sur le plan psychique, ce qui peut être mis en corrélation avec le risque de rejet discriminatoire et de violences qu'ils encourent (11,13,15).

L'accompagnement de l'enfant implique nécessairement, sauf exceptions, un travail avec les parents. Nous définirons dans ce travail de recherche le terme "parents" ainsi : "individus portant les fonctions d'éducation familiale et porteurs de la responsabilité d'organiser les soins, avec ou sans lien génétique à l'enfant, et qui sont les détenteurs légaux de l'autorité parentale sur l'enfant" (16).

En français, le concept de parentalité, comme définie par Sellenet (17), correspond à l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affectss, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie. Suite au groupe de recherche commandité par le ministère des affaires sociales, Houzel définit la parentalité selon 3 axes : l'exercice, se rattachant à l'autorité légale, l'expérience, qui englobe les aspects affectifs et psychiques dans un processus maturatif, et la pratique, comprenant la mise en œuvre des soins parentaux dans la vie quotidienne (18).

Dans le cadre de la transidentité, plusieurs études relèvent une corrélation entre soutien du parent et bien-être de l'enfant, et à l'inverse entre rejet parental et mal-être psychique de l'enfant (13,19–23). Grossman et al en 2005 retrouvaient une corrélation entre l'intensité de la non-conformité de genre de l'enfant et les abus verbaux, psychologiques et physiques parentaux (22). Le soutien parental relève donc d'un enjeu majeur dans le soin de l'enfant, d'autant plus que l'accès aux soins et, éventuellement, l'introduction d'un traitement médicamenteux, nécessitent en France l'accord des détenteurs de l'autorité parentale. Or, l'acceptation parentale est loin d'être acquise pour les jeunes transgenres. Dans leur étude interrogeant des jeunes transgenres américains, Travers et al (24) retrouvent en 2012 67% de parents peu ou pas acceptants. En 2019, Grossman et al (23) relèvent, selon le vécu des jeunes transgenres américains, des taux d'acceptation à distance de l'annonce entre 36 et 53%, majorés chez les mères.

L'intérêt pour l'accompagnement spécifique des familles d'enfants transgenres reste relativement récent dans la littérature. Blumer et al (25) ont estimé dans leur étude d'analyse de la littérature de thérapie familiale entre 1997 et 2009 que seulement 0.0008% des articles prenaient en compte cette problématique. Il est cependant à noter que le nombre de travaux s'intéressant à ces enjeux a augmenté ces dernières années, ce qu'on peut mettre en lien avec la mise en avant médiatique de la transidentité de genre, et la place particulière que ce sujet occupe dans le débat public.

Plusieurs travaux de recherche récents, notamment en psychologie et en sociologie, se centrent sur le vécu des familles, particulièrement des parents d'enfants transgenres, et sur le

retentissement de l'annonce d'un processus de transition sur le système familial. Les premiers modèles théoriques s'orientent sur une configuration de crise pour toute la famille (26), laquelle peut parfois être l'exutoire de conflits latents sans relation directe avec la transition (27). Plusieurs travaux dans la littérature ont par ailleurs témoigné de l'intérêt clinique des groupes de paroles pour les parents (28–31).

Ce travail de thèse a été élaboré sous l'égide de la consultation 'genre' du SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent) au CHU de Toulouse. L'équipe est composée d'endocrinologues, de pédopsychiatres, d'un psychologue, d'un assistant social et d'une secrétaire et a pour vocation d'accompagner de façon globale des jeunes se questionnant sur leur genre ou présentant une dysphorie de genre, et leurs familles, éventuellement dans un parcours de transition, médicale ou non.

Des groupes de paroles ont été récemment mis en place sur la structure, permettant d'accueillir parents et adolescents dans des lieux distincts à une fréquence mensuelle pendant 5 mois. L'apport clinique de ce nouvel espace thérapeutique, permettant la verbalisation du vécu des parents d'adolescents transgenres ou non-binaires et les difficultés qu'ils traversent vis-à-vis de la transidentité, mais également dans leur rapport avec leur adolescent, nous a ainsi amenés à nous questionner sur les données de la littérature sur ce sujet.

L'objectif de ce travail de thèse est donc l'analyse, au travers d'une revue de la littérature, des études qualitatives traitant du vécu des parents d'adolescents transgenres, ainsi que des changements de la relation avec leur enfant. A notre connaissance, au moment de la rédaction du projet, aucun travail équivalent n'a été réalisé en France.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Revue de la littérature qualitative : méthode de recherche des articles

La recherche des articles s'est effectuée via plusieurs bases de données scientifiques en ligne : PubMed, Google Scholar, BASE, APA PsycNet et Web of Science, avec les mots-clés en anglais : parent/parenting, transgender/gender diverse, adolescent/youth, qualitative ; et en français : parent/parentalité, transgenre, adolescent, qualitative.

Certains articles ont été trouvés via la bibliographie d'articles pertinents, notamment des revues de la littérature (32–34). Cette recherche initiale a été effectuée entre mai et juin 2023. Parmi les 74 articles initialement sélectionnés, 26 ont été inclus pour l'analyse, selon les critères de sélection ci-après.

### 2.2 Critères de sélection

Cette première revue des articles a permis d'affiner les critères d'inclusion de la recherche :

- **étude qualitative**, comprenant des entretiens semi-structurés, en personne, en visio ou par téléphone et focus groups. Les études mixtes sont également acceptées au travers de questionnaires en ligne. Plusieurs méthodologies ont été acceptées (analyse interprétative phénoménologique, analyse thématique inductive, théorie ancrée, analyse du discours) sans évaluation de la qualité de l'étude de part la complexité d'uniformisation des pratiques dans le domaine qualitatif, la littérature restreinte sur le sujet et le risque d'exclure des études moins conventionnelles mais pertinentes (35,36).
- échantillon de participants qui contient au moins un **parent (ou caregiver) d'adolescent transgenre (ou gender diverse) âgé entre 13 et 17 ans au moment de la recherche**. La limite d'âge inférieure a été définie à 13 ans, afin d'exclure les études centrées sur les enfants prépubères. Sont acceptées les études qui interrogent également les adolescents (dyades parent-enfant). Les études choisies comprennent le plus souvent également des parents d'enfants plus jeunes ou plus âgés, car peu d'études n'incluent que des parents d'adolescents.

Le terme 'enfant' est utilisé dans un contexte relationnel, et peut donc, dans le cadre de certaines études, inclure des personnes transgenres adultes.

- les enfants peuvent s'identifier comme **transgenre, non-binaire ou en questionnement de genre**. Les études comprennent le plus souvent un spectre large dans leur inclusion, à l'exception des études dans des lieux de soins ultra-spécialisés utilisant parfois le critère diagnostique de dysphorie de genre (*Gender Dysphoria*). En anglais, sont inclus les termes : *transgender, gender variant, gender diverse, gender non-conforming* et *gender expansive*.
- avec pour objectif le recueil de leur **vécu dans la parentalité d'un enfant transgenre**
- sans critère de temporalité, de localisation ou de lieux de recrutement
- rédigées en anglais ou en français.

Ont été exclues de l'analyse :

- Les études quantitatives pures
- Les études issues de la littérature dite "grise" (témoignage, fiction, documentaire, dissertation ...)
- Les études dont les échantillons ne comprennent pas de parents d'adolescent (enfant prépubère ou adultes)
- Les études dont les échantillons comprennent des parents d'enfants LGBTQ+ dans un cadre plus large que la diversité de genre (autres minorités sexuelles)
- Les études centrées exclusivement sur la question du soin.

### **2.3. Analyse des données**

En recherche qualitative, la métasynthèse a pour fonction de mettre ensemble et de décomposer des résultats, de les examiner, de découvrir les éléments fondamentaux et, en quelque sorte, de combiner divers phénomènes dans un "tout transformé" (37,38).

Les lectures successives des articles ont permis l'élaboration progressive de thèmes correspondant aux résultats fréquemment retrouvés dans la littérature, qui ont été ensuite retravaillés, reformulés et/ou regroupés au fur et à mesure du travail de recherche. Ces thématiques ont été finalement catégorisées selon 3 thèmes principaux :

- le cheminement psychique du parent,
- l'évolution dans la relation parent/enfant,
- les conséquences sur la dynamique familiale.

Les données ont été organisées dans plusieurs tableaux successifs. Le tableau final a été arrangé selon l'année de publication des articles, ce qui permet une vision chronologique de l'évolution des recherches sur le sujet. Le processus de codage est réalisé par l'auteur principal, avec supervision des deux directrices de thèse.

### **3. Résultats**

#### **3. 1. Données statistiques**

26 articles ont été inclus dans l'analyse, publiés sur une durée de 20 ans, de 2002 à 2022. Ils incluent des populations issues majoritairement du continent nord-américain, mais aussi européen et de l'Australie, ayant en commun un mode de vie occidental : Etats-Unis (14), Canada (3), Italie (3), Royaume-Uni (2), Australie (1), Pologne (1), Espagne (1), et une étude australienne regroupant plusieurs pays via des questionnaires en ligne (Australie, Etats-unis, Canada, Royaume-Uni).

4 études utilisent le médium des questionnaires en ligne et collectent également des données quantitatives (études mixtes).

5 études interrogent les parents et les enfants (dyades parent/enfant).

Une étude interroge des enfants et des parents sans lien direct.

Une étude interroge des professionnels du soin et du social, en sus des parents.

Dans ces études, seuls les éléments concernant les parents ont été analysés et inclus dans le tableau.

La majorité des études sont réalisées dans le domaine de la psychologie ou de la sociologie. Quelques études sont issues de travaux de médecine ou du travail social.

Les participants ont été recrutés dans des lieux de soins, souvent spécialisés, au sein de réseaux de soin, d'associations LGBTQ+, dans des groupes de soutien, sur des forums internet ou durant des conférences.

La taille de l'échantillon varie de 6 à 61 parents, avec, au total, sur l'ensemble des études, 650 participants.

La majorité des participants sont des femmes dans toutes les études, sauf celle interrogeant spécifiquement des pères (39), une étude à petit effectif avec un sex-ratio équivalent (40) et une étude ne précisant pas le genre des participants (41).

La majorité des participants est d'origine caucasienne, à l'exception d'une étude centrée sur les pères d'origine latine aux Etats-Unis (39).

## **3.2. Résultats thématiques**

### **3.2.1 Le cheminement psychique du parent**

#### **3.2.1.1. Réactions initiales**

La description du vécu du parent suite à l'annonce de la transidentité de son enfant varie fortement en fonction de nombreux facteurs, notamment des pays, de la date de l'étude, de la catégorie de population interrogée, de l'âge de l'enfant à l'annonce, du mode d'annonce, de la présence ou non de suspicions préalables du parent, etc.

Certains parents rapportent une absence de surprise et une acceptation rapide (42–48). Cette annonce a pu être anticipée par le parent, quand des signes de particularités et préférences comportementales avaient déjà été repérés, notamment par la comparaison aux autres enfants (44–49). L'effet de surprise varie en fonction de l'âge de l'annonce, certains enfants exprimant un vécu transidentitaire depuis un âge précoce (19,42,48,50).

*“When D. was eleven or twelve months old, we could see he chose dolls instead of cars... I have pictures that show this.... One day I found him crying in front of the mirror, saying he didn't want “that,” pointing at his genitals, and he would cut it off. I realized that I needed to do something right away. I couldn't put my son at risk.” (50)*

*“She was born N. But since she was little, from the age of 2, 3 years old, if you compare her with boys and girls, she has always had girly behaviors, thoughts, and attitudes. So we already knew that there was something that wasn’t what is defined ‘normal’ by the masses.” (48)*

L’effet de surprise est très différent dans le cas au contraire où la transidentité se manifeste plus tardivement, à l’adolescence notamment. Plusieurs études décrivent une phase de “choc” qui peut aller jusqu’à un vécu traumatique “coup de massue”, associant des symptômes de sidération, avec parfois un sentiment d’horreur (42,44,45,47–49,51,52). Ce vécu de “choc” peut alors s’inscrire dans une phase de crise pour le parent, ainsi que pour la famille.

*“Although a lot of it seemed to make sense, it’s like it was such a new idea to me. Because although she was gay there seemed to be more to it than that. And that was a very new idea and my initial reaction was ‘O, so I’ve given birth to a monster, have I?’” (49)*

*“It is something completely unknown to us. For us, the word “transsexual” means a man who wants to become a woman. So, believe me, a woman who wants to become a man was, I am referring only to our experience, unthinkable for us. The fact that this occurred to our own daughter was a considerable trauma for me at first.” (51)*



Titre, auteur, date, pays	Méthodologie	Echantillon, recrutement	Résultats thématiques
<p><b>I can accept my child is transsexual but if I ever see him in a dress I'll hit him' : Dilemmas in parenting a transgendered adolescent (49)</b></p> <p>Wren (2002)</p> <p>Royaume-Uni</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Théorie ancrée</p> <p>Psychologie</p> <p>Part d'une étude plus large avec adolescents + parents</p>	<p>15 parents (9 mères, 6 pères) d'enfant transgenre âgé de 14 à 19 ans</p> <p>Lieu de soin spécialisé</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>            Suspensions préalables, réticence de verbalisation avec l'enfant            Confusion avec homosexualité            Réactions initiales : surprise, choc, voire horreur            Stratégies de déni : immaturité de l'enfant, problématique de genre perçue comme un leurre pour d'autres problèmes, fixité binaire du genre            Comportements d'évitement chez les pères            Vécu de perte : de l'enfant connu, du futur imaginé, de l'intimité avec le reste de la famille            Mises en sens : continuité (recontextualisation des souvenirs), valeurs morales de l'enfant et du parent, l'amour inconditionnel du parent, causalité biologique            Réflexion sur le rapport personnel au genre</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>            Efforts de maintien de la communication chez les mères malgré leur inconfort            Inquiétudes : crainte du ridicule pour l'enfant            Fonction de médiation            Corps : appréhension à envisager des changements corporels chez l'enfant, voire dégoût</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>            Réticence à en parler en dehors de la cellule familiale, stratégies de sélectivité</p>
<p><b>"You Have to Give Them a Place Where They Feel Protected and Safe and Loved": The Views of Parents Who Have Gender-Variant Children and Adolescents (43)</b></p> <p>Hill &amp; Menvielle (2009)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Entretien semi-structuré par téléphone</p> <p>Psychologie</p>	<p>42 parents (28 mères, 14 pères) d'enfants gender non-conforming âgés de 4 à 17 ans            52% d'enfants adoptés</p> <p>Lieu de soin spécialisé</p>	<p><b>Cheminement psychique du parent :</b>            Acceptation rapide de certains parents            Doute sur la véracité du vécu transidentitaire 'une phase' : parfois conforté par les professionnels du soin            Vécu de perte : peu rapporté dans l'étude            Chemins vers l'acceptation : résignation, amour inconditionnel, empathie, éducation, nécessité de maintenir un environnement sécuritaire pour l'enfant            Développement personnel : tolérance, créativité, ouverture d'esprit            Réflexion sur leur rapport au genre : recontextualisation du regard féministe, rapport des pères à leur masculinité</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>            Inquiétudes pour le présent : discrimination, harcèlement, faits divers            Inquiétudes pour le futur : "une vie dure", et risque suicidaire            Contrôle des comportements de genre (60% des parents) : parfois encouragé par la famille et les professionnels du soin. 'Self-policing' de l'enfant. Fonction de protection.            Guidance du parent par l'enfant : apprentissage par l'enfant            Mise en place de stratégies d'interaction avec l'extérieur : limitation de l'expression de genre en fonction du contexte, préparation de l'enfant à la discrimination, médiation du parent auprès des institutions</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>            Couple parental : décalage des temporalités d'acceptation, plus de comportement d'évitement et de contrôle de la présentation de genre chez les pères initialement            Scolarité : enjeu des toilettes</p>

<p><b>The Needs of Gender-Variant Children and Their Parents: A Parent Survey (42)</b></p> <p>Riley, Sitharthan, Clemson &amp; Diamond (2011)</p> <p>Australie, Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni</p>	<p>Etude mixte Questionnaire en ligne</p> <p>Qualitative Data Analysis</p> <p>Psychologie</p>	<p>31 parents (27 mères, 3 pères, 1 tuteur) d'enfants gender-divers e de tout âge, dont l'annonce a été faite avant 12 ans</p> <p>Presse, forum internet, conférences</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>  Suspensions préalables : repérage précoce des particularités du comportement, détresse de l'enfant  Réactions initiales : choc, horreur, sentiment de culpabilité, acceptation rapide  Doute sur la véracité du vécu transidentitaire 'une phase'  Manque d'information, vécu d'incompétence parentale  Recherche de soutien : importance des groupes de pairs, professionnels de santé  Peu de vécu de perte explicitée, mis en lien avec l'âge d'annonce précoce de l'enfant  Evolution personnelle : tolérance, ouverture d'esprit</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>  Contrôle des comportements de genre  Inquiétudes pour la sécurité de l'enfant: harcèlement, discrimination  Inquiétudes pour le futur  Inquiétude du risque suicidaire</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>  Stigmatisation vicariante : vécu d'exclusion et remise en question des compétences parentales  Préoccupations financières  Soin : manque de connaissance des professionnels  Fonction médiatrice avec les institutions</p>
<p><b>'Deep down where the music plays': How parents account for childhood gender variance (41)</b></p> <p>Meadow (2011)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Théorie ancrée</p> <p>Sociologie</p>	<p>49 parents (genre non précisé) d'enfants gender-diverse et transgenre de 4 à 18 ans</p> <p>Associations, conférence</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>  Recherche de la causalité : biologique, psychologique ou spirituelle  Labeur émotionnel du parent pour la mise en sens et création de nouveaux narratifs personnels  Réflexion sur leur rapport au genre</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>  Relation paradoxale au genre de l'enfant : positionnement de doute et de confusion, mais doit assurer une fonction de médiation et de revendication auprès de l'entourage, des institutions et de la société</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>  Création de nouveaux narratifs familiaux communs</p>
<p><b>The influence of psychiatric and legal discourses on parents of gender-nonconforming children and trans youths in Spain (50)</b></p> <p>Platero (2014)</p> <p>Espagne</p>	<p>Entretien semi-structuré , en présentiel ou par téléphone</p> <p>Sociologie</p>	<p>12 parents (9 mères, 3 pères) d'enfants gender-non-comforming ou transgenre de 4 à 19 ans</p> <p>8 professionnels (sanitaire, social, éducation)</p> <p>Lieu de soin spécialisé Conférence</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>  Déni du vécu transidentitaire 'une phase'  Manque d'information, auto-éducation par internet, recherche du soin  Recherche d'une causalité  Acceptation : amélioration de l'état psychique de l'enfant  Mise en sens : recontextualisation des souvenirs  Investissement dans la communauté LGBT, groupes des pairs, militantisme</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>  Contrôle des comportements de genre de l'enfant  Inquiétude du risque suicidaire  Fonction de médiation et d'éducation de l'entourage, des professionnels de santé et des institutions  Mises en place de stratégies d'interaction avec l'extérieur avec l'enfant</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>  Amélioration des relations familiales après l'acceptation  Couple parental : décalage des temporalités, mères plus impliquées  Difficultés avec la communauté (Rom)  Soin : manque de connaissance, culpabilisation des parents, expériences positives et aidantes</p>

<p><b>Support experiences and attitudes of Australian parents of gender variant children (53)</b></p> <p>Riggs &amp; Due (2014)</p> <p>Australie</p>	<p>Etude mixte</p> <p>Questionnaire en ligne</p> <p>Psychologie</p>	<p>61 parents (90% de mères, 10% de pères) d'enfants gender-variant entre 4 et 18 ans</p> <p>Réseaux de l'auteur Forum internet</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Mise en sens : soutien plus élevé en cas de diagnostic de dysphorie posé</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Couple parental : décalage des temporalités. Mères décrites comme plus fréquemment soutenantes que les pères. Respect du pronom de choix plus fréquent chez les mères Diagnostic de dysphorie corrélé à une meilleure acceptation de l'école, de la famille élargie Recherche de soutien légal par la moitié des parents Soin : recherche par 72% des parents, retours positif ou négatif avec culpabilisation du parent</p>
<p><b>Parents of Youths Who Identify as Transgender: An Exploratory Study (54)</b></p> <p>Johnson, Sikorski, Savage &amp; Woitaszewski, (2014)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>CQR (recherche qualitative consensuelle)</p> <p>Psychologie</p>	<p>7 parents (6 mères et une grand-mère) d'enfants et adolescents transgenres scolarisés</p> <p>Associations LGBTQ+ Groupe de soutien</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Fonction militante sur-représentée dans l'échantillon Soutien : groupe de pairs sur internet Acceptation : amélioration de l'état psychique de l'enfant post-transition, mais retentissement négatif scolaire</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Regard sur l'enfant : précocité, sagesse Fonction de médiation, d'éducation et de revendication Ambivalence d'un traitement médical : stérilité</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Amélioration du sentiment d'unité familiale, cas de persistance de conflits intra-familiaux Poids financier Nouveaux narratifs familiaux : tolérance, patience Couple parental : décalage des temporalités, difficultés d'acceptation des pères Famille élargie : expériences positives ou négatives Communauté et religion : expériences majoritairement négatives, mais parfois positives Soin : difficulté d'accès Scolarité : harcèlement scolaire, quelques expériences positives, difficultés administratives, retentissement de la religion</p>
<p><b>The Gender Binary Meets the Gender-Variant Child: Parents' Negotiations with Childhood Gender Variance (55)</b></p> <p>Rahilly (2015)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Entretien semi-structuré en présentiel ou par téléphone</p> <p>Théorie ancrée</p> <p>Sociologie Prisme du 'régime de vérité' de Foucault</p>	<p>24 parents (16 mères, 6 pères) d'enfants gender-non-conforming âgé de 5 à 19 ans</p> <p>Forum internet, conférence</p>	<p><b>'gender hedging'</b> : maintien du status quo par le contrôle des comportements genrés de l'enfant Compromis et limitations des activités ou des vêtements autorisés, parfois via faux prétextes Recherche d'un point d'équilibre pour ne pas 'déranger' Inquiétudes pour la sécurité de l'enfant</p> <p><b>'gender literacy'</b> : remise en question de la fixité binaire de genre Auto-éducation et apprentissage du vocabulaire Recherche de soutien : groupe de pairs Fonction de médiation et d'éducation de l'environnement Engagement militant</p> <p><b>'playing along'</b> : stratégies d'interaction avec l'extérieur apportées à l'enfant, fonction de protection, préparation à la discrimination Réflexion sur leur rapport au genre Recontextualisation du regard féministe</p>
<p><b>Communication, advocacy, and acceptance among support-seeking parents of transgender youth (56)</b></p> <p>Birnkrant &amp; Przeworski (2017)</p> <p>Etats-unis</p>	<p>Etude mixte</p> <p>Questionnaire en ligne</p> <p>Psychologie</p>	<p>56 parents (52 mères, 3 pères, 1 caregiver gender-divers e) d'enfants gender-divers e de 10 à 17 ans</p> <p>Groupes de soutien,</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Acceptation : 73% rapportent une acceptation totale, 11% avec certaines formes de rejet , 4% non spécifié</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Méthode d'annonce : 50% de manière directe, 20% indirecte, 30% non spécifié Communication parent-enfant : 59% des parents parlent régulièrement des problématiques de genre avec l'enfant, 13% rarement et 11% jamais (majoritairement car l'enfant ne le souhaiterait pas), 17% non spécifié Fonction de médiation et d'éducation</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b></p>

		forum internet, lieux de soins spécialisés	<p>Scolarité : 57% des parents ont informé l'école, 11% partiellement, 21% non informé, 11% non spécifié</p> <p>23% d'acceptation immédiate et totale de l'école, 15% réponse partielle, 2% rejet complet, 60% non spécifié</p> <p>Famille élargie : 66% en ont parlé à toute leur famille, 18% de manière sélective, 11% n'en ont pas parlé</p> <p>20% d'acceptation totale et immédiate, 25% de réponse mixte, 7% de rejet initial, 48% non spécifié</p>
<p><b>Transactional pathways of transgender identity development in transgender and gender-nonconforming youth and caregiver perspectives from the Trans Youth Family Study (44)</b></p> <p>Katz-Wise, Budge, Fugate, Flanagan, Touloumtzis, Rood, Leibowitz. (2017)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Dyade parent et enfant</p> <p>Entretien semi-structuré séparé</p> <p>Psychologie</p>	<p>29 parents (17 mères, 11 pères, 1 grand-mère) de 16 enfants gender-non-conforming de 7 à 18 ans</p> <p>Associations LGBTQ+ et groupe de soutien</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b></p> <p>Suspensions préalables : verbalisation précoce, particularités du comportement, préférences esthétiques</p> <p>Réactions initiales : surprise, choc, acceptation rapide</p> <p>Déni du vécu transidentitaire : narratif du 'garçon manqué', 'une phase', questionnement existentiel</p> <p>Vécu de perte/deuil</p> <p>Manque de connaissance : idées préconçues sur la transidentité</p> <p>Soutien : importance des groupes de pairs, sollicitation du soin</p> <p>Réflexion sur leur propre rapport au genre</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b></p> <p>Le changement de prénom et pronom comme une étape-clé</p> <p>Inquiétude des conséquences de la puberté</p> <p>Inquiétudes pour l'enfant : harcèlement, violence discriminatoire, relations amoureuses, futur</p> <p>Prudence vis-à-vis des traitements hormonaux</p>
<p><b>Imagining the future: Perspectives among youth and caregivers in the trans youth family study (57)</b></p> <p>Katz-Wise, Budge, Orovecz, Nguyen, Nava Coulter, &amp; Thomson. (2017)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Dyade parent et enfant</p> <p>Entretien semi-structuré séparé</p> <p>Théorie ancrée</p> <p>Psychologie</p> <p>Même échantillon que l'étude précédente</p>	<p>29 parents (17 mères, 11 pères, 1 grand-mère) de 16 enfants gender-non-conforming de 7 à 18 ans</p> <p>Associations LGBTQ+ et groupe de soutien</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b></p> <p>Doute du vécu transidentitaire : plus marqué pour les parents d'enfants jeunes</p> <p>Vécu de perte : relation parent/enfant, futur imaginé et attentes parentales</p> <p>Soutien de la communauté : discussion avec des personnes transgenres adultes</p> <p>Chemins de l'acceptation : importance d'être un 'bon parent', amélioration du bien-être de l'enfant</p> <p>Investissement militant</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b></p> <p>Regard sur l'enfant : authenticité de l'enfant, compassion</p> <p>Inquiétude pour le présent : harcèlement, réactions des amis, colonies de vacances</p> <p>Inquiétude pour le futur : relations amoureuses, droits civiques, poids financier, monde du travail</p> <p>Inquiétude du risque discriminatoire</p> <p>Possibilité d'envisager un futur heureux</p> <p>Guidance du parent : prise de décision de l'enfant vis-à-vis de la transidentité</p> <p>Appréhension au traitement hormonal : tristesse, vécu de dépassement</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b></p> <p>Prise en compte du contexte sociétal</p>

<p><b>Understanding online resource use by transgender youth and caregivers: A qualitative study (58)</b></p> <p>Evans, Gridley, Crouch, Wang, Moreno, Ahrens, Breland (2017)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Étude mixte: -focus group, entretiens semi-structurés -questionnaire en ligne</p> <p>Analyse thématique inductive</p> <p>Pédiatrie</p>	<p>50 parents (40 mères, 7 pères, 3 autres) de jeunes de moins de 22 ans 15 enfants transgenres de 14 à 22 ans</p> <p>Lieux de soins spécialisés, groupes de soutien, forum online</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Manque de connaissance et de vocabulaire, auto-éducation par internet, confrontation au risque de désinformation et aux messages de haine sur internet Soutien : importance des groupes de pairs, vécu de camaraderie</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Soin : difficulté de trouver des professionnels adaptés, manque de connaissance, limitation par les assurances</p>
<p><b>Youth and caregiver experiences of gender identity transition: A qualitative study (45)</b></p> <p>Schimmel-Bristow, Haley, Crouch, Evans, Ahrens, McCarty, &amp; Inwards- Breland (2018)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Dyade parent et enfant</p> <p>Entretien semi-structuré ou focus group selon le choix du participant</p> <p>Psychologie</p>	<p>18 Parents (13 mères, 4 pères, 1 autre) 15 enfants transgenre 14-22 ans</p> <p>Lieux de soins spécialisés + groupes de soutien</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Suspensions préalables Réactions initiales : choc, acceptation rapide Manque de connaissance, auto-éducation sur internet Décalage générationnel, difficulté d'adaptation aux nouveaux pronoms, surtout neutres Soutien : groupe de pairs</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Inquiétudes pour le présent : harcèlement, relations amicales Inquiétude du retentissement psychique et risque suicidaire Appréhension des traitements médicaux</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Scolarité : manque d'éducation des enfants sur le genre, efforts d'adaptation et d'accommodation de la part du corps enseignant, aide du changement d'école, enjeu du sport et des toilettes Soin : expériences très variables, manque de connaissance</p>
<p><b>Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on their experiences, identity, and views (59)</b></p> <p>Aramburu Alegría (2018)</p> <p>Etat-Unis</p>	<p>4 entretiens semi-structurés à 0, 6 mois, 1 an et 2 ans</p> <p>Méthode de comparaison constante</p>	<p>12 parents (10 mères et 2 pères) de 10 enfants transgenres de 6 à 17 ans</p> <p>Conférences</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Vécu de perte et deuil, décalage des temporalités entre parent et enfant Culpabilité de ne pas avoir repéré la dysphorie plus tôt Soutien : groupe de pairs Chemins de l'acceptation : recontextualisation des souvenirs, doute de soi sur la décision de la transition et rassurance par l'amélioration du bien-être de l'enfant Evolution personnelle : empathie, ouverture d'esprit Réflexion sur le rapport au genre : remise en question des stéréotypes de genre, recontextualisation des croyances féministes</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Sentiment de co-dépendance parent/enfant, ou au contraire distanciation Inquiétude pour le futur et le contexte sociétal Inquiétude de risque discriminatoire Inquiétude du risque suicidaire Guidance du parent par l'enfant : prises de décisions de l'enfant sur les questions de genre Fonction de médiation et d'éducation de la famille élargie, de l'école, des professionnels du soin Stratégies d'interactions avec l'extérieur : préparation à la confrontation avec l'extérieur, anticipation du rejet Inconfort de la dualité/ambiguïté de genre, sensation de dissonance</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> "Enmeshment" : Enchevêtrement/ fusion, priorisation de l'enfant et négligence des besoins du parent, maintien d'un 'filtre trans' Retentissement sur le couple parental Famille élargie : positionnement du parent Communauté et religion : expériences de distanciation ou rejet (mormon et catholique)</p>

<p><b>Experiences of ambiguous loss for parents of transgender male youth: A phenomenological exploration (40)</b></p> <p>Coolhart, Ritenour, &amp; Grodzinski (2018)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Analyse phénoménologique interprétative</p> <p>Psychologie</p> <p>Prisme de la perte ambiguë (Boss, 1999)</p>	<p>6 parents (3 mères, 3 pères) d'adolescents et jeunes adultes transgenres AFAB ayant effectué leur transition avant leur 21 ans</p> <p>Associations LGBTQ+, psychothérapeutes</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Vécu de perte et de deuil : rêves et futur imaginé par le parent, rites de passage hétéronormé Enjeu de la 'mort vivante': prénom, photos, vêtements et accessoires Pas de vécu de perte pour certains parents Chemins de l'acceptation : Priorisation du bien-être de l'enfant avec culpabilité et sentiment d'égoïsme vis-à-vis du vécu de perte; amélioration de l'état de l'enfant Mise en sens : continuité, transformation et rencontre authentique avec l'enfant Réflexion sur le rapport au genre</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Inquiétudes pour l'enfant, perte du vécu de sécurité</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Pères qui priorisent les besoins de leur épouse, crainte que les mères ressentent un vécu de rejet</p>
<p><b>Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth (47)</b></p> <p>Pullen Sansfaçon, Kirichenko, Holmes, Feder, Lawson, Ghosh, Ducharme, Temple Newhook, &amp; Suerich-Gulick (2019)</p> <p>Canada</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Théorie ancrée et analyse thématique inductive</p> <p>Travail social et médecine</p>	<p>36 parents (32 mères, 4 pères) d'enfants gender-diverse et transgenre de 9 à 17 ans</p> <p>3 services différents de soins spécialisés</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Réactions initiales : suspicions préalables, surprise, vécu de choc, colère et de fatigue, acceptation rapide Déni du vécu transidentitaire 'une phase' Manque de connaissance et de vocabulaire, auto-éducation par internet Vécu de perte, voire de deuil : prénom, futurs imaginés Soutien : groupe de pairs Chemins de l'acceptation : soulagement, rassurance de la rencontre avec des personnes transgenres adultes Evolution personnelle</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Regard sur l'enfant : fierté Inquiétude du risque suicidaire Inquiétude du risque discriminatoire Inquiétude pour les relations romantiques Difficulté d'utilisation des nouveaux pronoms et pré-noms</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Poids financier Couple parental : décalage des temporalités de l'acceptation et de l'investissement, labeur émotionnel Soin : expérience globalement positive, accès difficile et délais longs, réassurance</p>
<p><b>An Exploratory Study of Custody Challenges Experienced by Affirming Mothers of Transgender and Gender-Nonconforming Children (60)</b></p> <p>Kuvalanka, Bellis, Goldberg, McGuire (2019)</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Entretien semi-structuré par téléphone ou mail</p> <p>Analyse thématique inductive</p> <p>Psychologie</p>	<p>10 mères impliquées dans des conflits juridiques avec leur ex-conjoint pour la garde de leur enfant transgenre âgé de 5 à 15 ans</p> <p>Réseaux de soin</p>	<p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Préoccupation du bien-être du parent par l'enfant Inquiétude du risque suicidaire</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Poids financier : frais de justice Couple parental : conflits, culpabilisation du vécu transidentitaire par le co-parent, décalage des temporalités et refus d'autoriser la transition, comportements de coercition, utilisation de la justice Justice : remise en question de la compétence parentale, ordres de 'non-affirmation' Retentissement négatif sur la mère et l'enfant</p>

<p><b>Parenting Adolescents Across the Gender Spectrum – The Experience of Parents Whose Adolescents Identify as Gender Variant or Transgender (46)</b></p> <p>Farrugia Benett (2020)</p> <p>Royaume-Uni (Malte)</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Analyse phénoménologique interprétative</p> <p>Psychologie</p>	<p>6 parents (4 mères, 2 pères) d'adolescents transgenre de 14 à 19 ans, parmi lesquels 5 professionnels du psychosocial et 2 gender-diverses</p> <p>Groupe de soutien, réseaux de soin</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Réactions initiales : suspicions préalables, acceptation rapide Vécu de perte variable Amour inconditionnel de l'enfant Soutien : groupe de pairs, communauté LGBTQ+, entourage Mises en sens par chaque parent</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Inquiétude du risque discriminatoire Difficulté d'adaptation aux nouveaux pronoms, particulièrement quand tout l'entourage n'est pas informé</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Soin : appréhension des parents gender-diverses d'être blâmés par les professionnels de santé</p>
<p><b>Conceptualizing relationships among transgender and gender diverse youth and their caregivers (61)</b></p> <p>Bhattacharya, Budge, Pantalone &amp; Katz-Wise</p> <p>Etats-Unis</p>	<p>Dyade parent/enfant</p> <p>Entretien semi-structuré séparé</p> <p>Immersion/cristallisation et analyse thématique</p> <p>Psychologie et pédiatrie</p>	<p>34 parents (21 mères, 12 pères, 1 grand-mère) 20 enfants gender non conforming de 7 à 18 ans</p> <p>Association LGBTQ+, groupes de soutien</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Vécu de perte : période d'ajustement</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Amélioration de la communication parent/enfant, voire vécu de fusion Conflit dans les contextes de non-affirmation : contrôle des comportements de genre, restriction de l'accès au soin Guidance du parent par l'enfant dans la prise de décision, protection du parent par l'enfant</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Différences d'investissement : mères plus 'pro-actives' que les pères Couple parental : décalage des temporalités d'acceptation et discordance dans la parentalité, soutien entre eux, sentiment d'admiration Famille élargie : soutien, conflit Scolarité : certaines écoles soutenant, d'autres non Communauté et religion : acceptation, rejet Travail : complications avec l'assurance, soutien des collègues</p>
<p><b>Regards croisés de jeunes trans et de leurs parents sur la transition médicale au Canada : quel impact sur l'épanouissement des jeunes? (62)</b></p> <p>Gelly &amp; Pullen Sansfaçon (2021)</p> <p>Canada</p>	<p>Dyade parent/enfant</p> <p>Entretien semi-structuré séparé</p> <p>Théorie ancrée et analyse thématique inductive</p>	<p>37 parents (33 mères, 4 pères) 36 jeunes transgenres et non binaires entre 9 et 17 ans</p> <p>3 lieux de soins spécialisés</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b> Vécu d'impuissance du parent face à la souffrance de l'enfant Chemins de l'acceptation : amélioration du bien-être de l'enfant</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b> Décalage des temporalités entre parents et enfant Ambiguïté de genre inconfortable pour le parent Traitement : espoir d'amélioration du mal-être, voire vécu d'urgence, ou réticence avec craintes des effets indésirables ou d'un regret éventuel "lourde responsabilité"</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b> Soin : sollicitation du soin en réponse au vécu d'impuissance</p>

<p><b>When the context rows against. Voicing parents of transgender children and teenagers in Italy: A qualitative study (63)</b></p>	<p>Entretien semi-structuré en visio</p> <p>Analyse thématique inductive et sémantique</p> <p>Psychologie</p>	<p>13 parents (9 mères, 4 pères) d'enfant gender-divers e de 5 à 17 ans</p> <p>Forums internet</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>  Manque de connaissance notamment en italien, auto-éducation sur internet, idées préconçues sur la transidentité  Soutien : groupes de pairs, associations LGBTQ+, psychologues  Evolution personnelle, notamment chez les pères</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>  Regard modifié : fierté  Inquiétudes du risque discriminatoire  Guidance du parent par l'enfant : apprentissage sur internet de la transidentité  Fonction de médiation et d'éducation, voire militante auprès de l'entourage</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>  Soin : manque de connaissance, erreurs de diagnostic  Scolarité: difficultés au collège et lycée, majoré par rapport à l'école élémentaire  Administration : procédure d'acquisition d'alias floue, obstruction passive  Confrontation au contexte sociétal (catholicisme)</p>
<p><b>Understanding and Managing Gender Identity Variance in Minors: A Qualitative Research on the Parental Role in Italy (48)</b></p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Analyse du discours</p> <p>Psychologie</p>	<p>20 parents (11 mères, 8 pères, 1 parent non binaire) d'enfant gender-varian t de moins de 18 ans</p> <p>Lieux de soins spécialisés, association LGBTQ, forum internet</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>  Réaction initiale : suspicions préalables avec comparaison aux autres enfants, vécu de choc, acceptation rapide  Doute sur la véracité du vécu transidentitaire 'une phase', confusion avec homosexualité, souffrance autre  Manque d'informations : auto-éducation sur internet et sollicitation du soin  Chemins de l'acceptation : amour inconditionnel  Mises en sens de la transidentité : réalité objective (continuité et recontextualisation des souvenirs), résultat d'une incongruité entre corps et esprit: 'mauvais corps' (causalité biologique), possibilité existentielle dans une conception non binaire de genre  Evolution personnelle : empathie, tolérance, réflexion sur le rapport au genre</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>  Méthodes d'annonce : abordé par l'enfant ou le parent  Inquiétudes du risque discriminatoire : perte des droits pris pour acquis  Contrôle des comportements de genre : protection  Fonction de médiation avec l'extérieur: 'buffer' et d'éducation, voire militante  Stratégies de confrontation avec l'extérieur : choix des vêtements, préparation aux expériences négatives</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>  Cellule familiale : intégration de la transidentité dans le quotidien  Pas de différence d'acceptation entre père et mère  Couple parental: conflits jusqu'à trouver une position commune, réconciliation</p>



<p><b>"We'll Accept Anything, as Long as She Is Okay" : Italian Parents' Narratives of Their Transgender Children's Coming-out (51)</b></p> <p>Frigerio, Montali, Anzani &amp; Prunas (2021)</p> <p>Italie</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Analyse thématique inductive</p> <p>Psychologie</p>	<p>15 parents (10 mères, 5 pères) d'adolescents de 14 à 19 ans avec un diagnostic de dysphorie de genre</p> <p>Lieu de soins spécialisé</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>  Réaction initiale : vécu traumatique  Doute sur la véracité du vécu transidentitaire : incompréhensible pour le parent, 'une phase', recherche d'un autre diagnostic, confusion avec homosexualité  Manque d'information, sentiment d'incompétence  Vécu de perte, voire de deuil et enjeu du changement de prénom : 'mort de l'enfant'  Chemins de l'acceptation : résignation et vécu d'impuissance, amour inconditionnel comme impératif moral, priorisation du bien-être de l'enfant, amélioration de l'état psychique de l'enfant, validation médicale  Mises en sens : causalité biologique, état invariable (condition innée)</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>  Inquiétudes du risque discriminatoire  Inquiétude pour le futur de l'enfant : relations amoureuses et travail  Guidance du parent par l'enfant, rôle de soutien émotionnel du parent par l'enfant  Stratégies de confrontation à l'extérieur : la sélection, la transparence, l'évitement, la dissimulation  Traitement : vécu d'urgence</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>  Famille élargie : corrélation entre proximité et acceptation  Scolarité : expériences positives  Lieu de soin: décalage entre les attentes et la réalité, temporalité trop longue, réassurance par le diagnostic et par le processus de transition médicalisée  Contexte sociétal stigmatisant</p>
<p><b>"...I'm Not Unaccepting, I'm Just Concerned...". The Struggles of Polish Parents of Trans Youths (64)</b></p> <p>Klonkowska (2022)</p> <p>Pologne</p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Théorie ancrée</p> <p>Sociologie</p>	<p>15 parents (10 mères, 5 pères) d'adolescents et jeunes adultes transgenres</p> <p>Association LGBTQ+</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>  Réaction initiale: vécu de choc  Doute/Déni du vécu transidentitaire : "une phase" et influence des pairs  Recherche de causalité: culpabilisation internalisée et externe du parent, surtout des mères  Manque d'information et de vocabulaire, décalage générationnel entre parent et enfant, difficulté d'utilisation des nouveaux pronoms  Vécu de perte et de deuil : regret  Mise en sens : recontextualisation des souvenirs  Investissement militant</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>  Contrôle des comportements de genre : but de protection  Enjeu du changement de prénom : vécu d'exclusion et de rejet  Traitement : appréhension de la transition médicale de l'enfant; crainte du regret, angoisse de la mutilation du corps, mères plus réticentes que les pères  Ambiguïté de genre de l'enfant inconfortable pour le parent</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>  Couple parental : décalage des temporalités, mères plus acceptantes que les pères, comportements d'évitement et de retrait des pères  Famille élargie : crainte du rejet, stratégies de dissimulation, y compris parfois des frères et soeurs cadets  Contexte sociétal répressif, expérience de stigmatisation vicariante  Administration : procédure d'accès au changement de sexe à l'état civil</p>

<p><b>Latinx fathers of transgender and gender diverse people : Journey toward acceptance and role of culture (39)</b></p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Analyse phénoménologique interprétative</p> <p>Psychologie</p>	<p>8 pères d'origine d'amérique latine d'enfants gender-diverses de 9 à 21 ans</p> <p>Forum online, association latine et LGBTQ+</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>          Manque d'informations, difficulté de compréhension de la transidentité          Soutien : communauté latine et LGBTQ+, groupes de pairs          Chemins de l'acceptation : amour inconditionnel dans le cadre du familismo          Evolution personnelle : transphobie antérieure, empathie, tolérance          Réflexion sur le rapport au genre : machismo et caballerismo          Investissement militant</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>          Regard modifié sur l'enfant : fierté          Inquiétudes du risque discriminatoire          Difficulté d'adaptation aux nouveaux pronoms</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>          Famille élargie : préparation à la rupture en cas de rejet          Communauté et religion : ajustement du rapport personnel à la religion, expériences de rejet</p>
<p><b>Le vécu des parents d'enfants trans et non binaire (52)</b></p>	<p>Entretien semi-structuré</p> <p>Analyse phénoménologique interprétative</p> <p>Psychologie</p>	<p>15 parents (14 mères, 1 père) d'enfants transgenre, non binaire ou en questionnement</p> <p>Forum internet et média</p>	<p><b>Le cheminement psychique du parent :</b>          Réactions initiales : vécu de choc, confusion et dépassement des capacités de mentalisation, acceptation rapide          Doute/déni du vécu de la transidentité          Recherche de causalité et demandes d'explication auprès de l'enfant          Sentiment de culpabilité : réaction à l'annonce du vécu transidentitaire, responsabilité de la transidentité de l'enfant          Vécu de perte et de deuil : futurs imaginés          Mises en sens de la transidentité, nouveaux narratifs personnels et familiaux          Réflexion sur le rapport au genre</p> <p><b>L'évolution de la relation parent/enfant :</b>          Lien parent/enfant : rapprochement ou distanciation          Inquiétudes du risque discriminatoire, expérience de stress minoritaire vicariant, peur du regard des autres          Inquiétudes du risque suicidaire          Décalage des temporalités dans la réflexion entre parent et enfant : négociation d'une temporalité commune          Guidance du parent par l'enfant : position de parentification          Traitement et rapport au corps : réticences aux traitements, crainte des effets indésirables, ou soulagement de la transition actée</p> <p><b>Les conséquences sur la dynamique familiale :</b>          Effet de stress sur la cellule familiale initialement          Préoccupations financières          Couple parental : décalage des temporalités, rapprochement ou éloignement</p>

### 3.2.1.2. Doute sur le vécu transidentitaire de l'enfant

La réaction de "choc" initiale se poursuit fréquemment par le doute, voire le déni, sur l'authenticité du vécu transidentitaire de l'enfant, symbolisé par le concept de 'la phase', fréquente dans les citations des parents (42–44,47,48,50,51,64). Katz, Fugate et al (2017) décrivent de plus dans le cas des garçons transgenres le narratif des 'garçons manqués' permettant de masquer le vécu transidentitaire. Ce doute peut être conforté par l'entourage et les professionnels du soin (43).

*'Il say it's crossed my mind is "[Youth]'s lied about so many things lately. How*

*far did the lies go? Is the kid trans?" And I know [youth's mother] leading towards 'He's doing it for attention.' (47)*

Certains parents mettent en avant l'immaturation de l'enfant (49), ou la potentielle influence des pairs (64). Les parents peuvent également rechercher des causes alternatives auxquelles le vécu transgenre servirait de "leurre" (49), notamment une homosexualité ou une souffrance psychique non corrélée à la transidentité (44,48,50,51).

*"I mean it was hard, it wasn't automatic but I always hoped that it would go away, I really did, I just hope he's gay and he'll grow out of this part of it." (44)*

*"I keep going back to it. I think if she could overcome these phobias this gender thing wouldn't be as important as she feels it is at the moment. I think what's more important than the gender issue is that, whatever her problems are, to try and resolve that." (28)*

*"I would see it as a rebellion, the peers' bad influence (...). The teens always rebel and do something destructive. Some years ago all of them would have eating disorders, now they are trans." (64)*

Le doute du vécu transidentitaire peut amener les parents à temporiser la discussion avec l'enfant. Plusieurs études rapportent des comportements d'évitement plus fréquent chez les pères que chez les mères (43,49,56,61,64). Birnkrant et Przeworski (2017) rapportent que 11% des parents ne parlent jamais de questions de genre avec leur enfant.

*"I haven't broached the subject at all. At the moment I feel quite... I don't want to strain the relationship, you know. I don't want him to feel that I might say something that might not be right. I'd rather the relationship goes on as it is between the two of us because it's easy, it's not difficult." (49)*

*"He kind of buries his head in the sand. And I tell him what I think is happening and he ignores it. And at one point he said to me, "Well... boy are you wrong thinking she's a lesbian. I just found all these pictures of boys in her room." And I said, "Well yeah, she was cutting out pictures trying to figure out what kind of haircut she wanted." And he said, "Oh" and then walked away. So he kind of ignores it." (43)*

### 3.2.1.3. Manque de connaissance

La transidentité de l'enfant peut être vécue initialement comme une entité incompréhensible, impossible à appréhender par le parent (51). S'y associent parfois des idées préconçues sur la transidentité.

*“Some kids at age 3 are like, I’m a boy, you know, and they just do things, like pee standing up, and complain to their parents that they don’t have a penis, and we never had anything like that.” (44)*

*“The typical person who works in the street”, honestly, for me that was the only image...the transsexual! As a terminology I mean, I narrowed it down only to that because, I repeat, I had no knowledge [...] I didn't even know the term transgender, then I searched on the internet and started to understand a little more...” (63)*

*“I’ve seen this TV-show about... about transsexual persons. This had a huge impact on me. (...) They were born like this. And they’ve been abandoned by their families, they had to go through a lot! Terrible (...) I was literally crying. (...) So I was aware that such problem exists, but I would never admit this could be my problem too.” (64)*

Le manque de connaissance autour de la transidentité se retrouve dans la majorité des études, parfois corrélé à un sentiment d'impuissance, voire d'incompétence parentale (39,42,45,47,48,58,62,64). Ce vécu amène très souvent les parents à chercher des informations sur internet, ce qui permet l'accès à des notions et à un vocabulaire jusque-là méconnus. Il est noté également par les participants le manque d'information centralisée et sûre et le risque important de désinformation, il est donc nécessaire pour les parents de savoir faire le tri dans les informations ainsi trouvées (58). Des études italienne et polonaise font part de la difficulté d'accès à l'information pour les personnes non anglophones (63,64).

Les participants sollicitent également leur proches, les professionnels de soins, des associations LGBT+ et des groupes de pairs, dont l'importance pour le soutien des parents est fréquemment soulignée (39,42,44–47,54,55,58,59,63).

*“I think it all comes back to getting support for the parents, however they can find it, because you need someone to have your back, 'cause there's gonna be good days and bad days, and you're gonna have people who are gonna say things to you that are*

*horrible about your child. So you know finding support groups, you know surrounding yourself with a circle of friends that understands, whatever it takes.” (45)*

#### **3.2.1.4. Vécu de perte et de deuil**

Le sentiment de perte, voire de deuil de l'enfant est rapporté fréquemment dans les études, y compris chez des parents rapidement acceptant de la transidentité de l'enfant (40,42,46,47,49,51,52,57,61,64).

*“I felt like I lost my son. It was such a strange feeling ‘cause I know that the child is still there and alive, but—the son that I had known for six years, I felt was an illusion. Gone. That’s how it felt. For weeks, months.” (61)*

Ce vécu de perte affecte à la fois l'image de l'enfant dans les souvenirs de l'entourage et l'enfant imaginé dans le futur. Ceci s'accompagne d'un sentiment de perte des repères de vie et des rituels de passage hétéronormés (mariage, enfant) dans lesquels les parents avaient souvent projeté leur enfant, ainsi que le lien qu'ils avaient avec leur enfant (40,47,49,52,57).

*“I’m never going to be mother of the bride now, and I’m never going to be in the delivery room when my daughter has a baby, and all of the things that a mother would be there for, for her daughter.” (40)*

*“So I find myself with the loss of both my daughters. I had two daughters, and me, I wanted to have girls. So my grief at the moment is that, you know, to not go shopping with my daughter [. . .], to go do our nails or you know, you understand? Of the mother-daughter complicity.” (47)*

Le changement de prénom peut parfois cristalliser ce vécu de perte, comme symbole de la “mort de l'enfant”.

*Thinking of Giulia —for me, she was Giulia—I was afraid of losing a daughter. I used to tell him, “I feel like my daughter is dying.” And he replied, “You’ll soon have a happier son.” So, I said, “You have to give me some time because it’s not easy for me after 16 years. I gave birth to a daughter; I’ve raised a daughter.” (51)*

Le processus de deuil peut être compliqué par le décalage avec la temporalité psychique de l'enfant, qui souhaite se mettre à distance avec sa présentation pré-transition et un sentiment de culpabilité et d'illégitimité du parent de ressentir cette perte (59).

*"It wasn't until quite a bit later that I felt the loss of Alice. I got out the old pictures, which I had buried because Ethan couldn't bear to see anything. I got out all of the old photo albums and I had saved all of my favorite school papers, and report cards, and projects and everything, in two huge boxes that I had sealed up for years. It felt like the death of my child." (40)*

Le vécu de perte est le plus souvent transitoire et s'inscrit dans le processus d'acceptation de la transidentité.

*"I mean, just like, the grief...it is the whole grief thing. It was the shock and denial, and I don't know the order that they go in, but the last one is acceptance and I eventually got there. That's exactly what I felt was loss and it was grief." (40)*

*"You know there was a time when [looking at the old pictures] was really hard and painful ....but now, now...it's almost like they're just really cute pictures of some child who I don't really have a relationship to. You know that this little girl in the dress with the pigtails is a really cute little kid, you know, who's like some sort of distant relative but not really you know the child that I gave birth to because the one I gave birth to is this 12-year-old boy." (59)*

Certains parents ne rapportent pas de vécu de perte, notamment les pères (40). Riley et al (2011) mettent en corrélation l'expression d'un vécu de perte avec l'âge de l'enfant à l'annonce de la transidentité.

*"I think that I never felt like I lost anything, it was always there. So, it's like it was actually finding somebody, you know, that I didn't know that I had. That was kind of emotional for me... My moment there when we sat there on the floor and looked at the pictures and just seeing that he was already there, and I didn't see him, you know, and that's hard. I am glad I had a daughter and now a son but in truth I always had Adam." (40)*

### 3.2.1.5. De la recherche d'une causalité à la mise en sens de la transidentité

Plusieurs études rapportent une recherche de la part des parents de la causalité de la transidentité de leur enfant. L'explication qu'ils élaborent, qu'elle soit biologique, psychologique, sociale ou spirituelle, s'inscrit dans une mise en sens de la transidentité, qui semble dépendre de leur propre conceptualisation du genre et de l'identité personnelle. Cette conceptualisation est susceptible d'évoluer dans le temps.

Certains parents perçoivent la transidentité comme un état de fait invariable, une condition innée, qui a toujours été présente mais qu'ils n'avaient pas repérée jusque-là (48,49,51). Cela peut s'accompagner d'une recontextualisation des souvenirs a posteriori 'reframing' (50,59,64).

*"There was a mourning period. I felt I was losing my daughter. I reminded myself, "I never had a daughter." Clay was always a boy, we just didn't realize it. This is how Clay always has been and always will be. That made it 100 times easier." (59)*

*"In my opinion, it's a natural thing. I don't think there is a cause. I don't think it is an issue to be studied either. It is what it is, and that's all. She needs to be accepted and supported, and that's it. For instance, he always liked the color blue; he has never been fond of feminine games. So, he has probably always been like that inside." (51)*

Les parents peuvent mettre en avant une causalité biologique et s'appuyer sur l'incompatibilité entre corps et esprit (idée d'être né dans le "mauvais corps") pour expliquer la transidentité de l'enfant (41,48,49,51). Un diagnostic médical de dysphorie est noté par quelques études comme source de soulagement et de validation pour le parent (51,53).

*"My son is male, even though he has a female body. His brain is male and his body is female, so the body has to change to match the brain." (53)*

*"Gender variance is practically a person who doesn't collide with his own body, his thoughts, his intellect, etc. is of a certain type, while his body describes him as another." (48)*

*"Because it is a natural thing ... From what he [the child] told me, from what I heard, from what I learned when I informed myself, it [gender dysphoria] comes from our brain ... During fetal development, something goes wrong. I understood the mechanism, but not completely. What I realized is that [gender dysphoria] depends on certain glands in*

*the brain; I don't know what to call them. These glands are supposed to give a male or female impulse, but one of them does not develop well.” (51)*

Wren (2002) et Frigerio et al (2021) avancent l'hypothèse que l'appui sur la causalité biologique ou l'état invariable permet au parent de se dédouaner d'un éventuel vécu de culpabilité. De fait, certaines études rapportent l'impression d'une causalité familiale, ce qui conduit à un sentiment de culpabilité chez les parents d'être responsable du vécu transidentitaire de l'enfant, du fait de manquement à leur rôle parental ou d'échec de la structure familiale, chez les mères célibataires notamment (60,64). Cette culpabilisation du parent peut être validée, voire engendrée par l'entourage (60,64) et les professionnels de santé (50,53).

*“You know, when they [people] think that there is something wrong with a child they always say “how did the mother raise you.” No one ever says “how did the father raise you.” (64)*

*“She has been brought up without a father. You see, we got divorced when she was only three... I guess she's always missed the father figure, that male figure in the family... that's why she wants this masculinity so much.” (64)*

Enfin, certains parents s'inscrivent dans une perception flexible de la binarité de genre, ce qui leur permet d'intégrer la transidentité de leur enfant comme inscrite dans un spectre des possibilités d'expression du genre (40,41,44,48,49,59), un processus que Rahilly (2015) théorise dans le cadre de la 'gender literacy'.

*“The more I looked at the way people react to gender and just thinking how incredibly petty it was, like why would anyone care if total strangers thought my kid was a boy? ... Why would I care if she wore pants or a dress? ... It just started seeming more and more trivial the more I challenged my thinking on it. And that really helped me get to a point of acceptance. It's so cultural.” (43)*

*“I would describe gender identity variance as an attitude that a person has from the point of view of expressing gender which does not correspond with social expectations. Because this person was given a gender according to physical characteristics, very limited, very binary. Then over time, this person expresses himself in such a way that society, in general, connects to the other gender. While the expression of mankind is much wider, much more varied.” (48)*



*“But for me, it is something that does not exist substantially. There are males, there are females, and in the middle of these two points, there is immensity. One can be a little bit more like this, a little bit more like that, but this pointing out of gender variance is wrong in my opinion. That is, there are people, and we are all different from each other; as with hair color, eye color, skin color, there is also this variance, this multitude, this fluid, this world, and you just have to accept it.” (48)*

### **3.2.1.6. Les chemins vers l'acceptation**

Les processus et temporalité d'acceptation varient en fonction des individus et des familles. Certains parents finissent par “accepter” par résignation pour ne pas rompre le contact avec leur enfant, auquel s'associe un vécu d'impuissance vis-à-vis de la transidentité de leur enfant (43,51). Wren (2002) décrit une volonté des mères de maintenir le lien malgré leur réticence et leur inconfort.

*“I do feel that if I once disbelieved it or showed a repulsion or a hatred of this condition, then I think I would alienate him then, or her, and then I would lose him completely.” (49)*

*“You're going to have to learn to adjust. And I think by learning to adjust you will create strength and harmony both in your family and maybe even more so in your relationship. Because in the end if you don't do that ... you may lose your child, your spouse.” (43)*

Plusieurs études décrivent une priorisation du bien-être de l'enfant, parfois au détriment de leurs propres besoins et de la temporalité psychique nécessaire (40,51,59).

*“All right, all right, we'll accept, we'll accept anything, as long as she is okay. What should I do? It's not something that one can accept lightheartedly, but you do accept it [ ... ] You must get over it sooner or later if you love them. Everything else stays in second place if I see her happy.” (51)*

Est également décrit un sentiment de culpabilité de ne pas avoir repéré les troubles plus tôt, ou de verbaliser leurs difficultés personnelles face à la situation (40,52,59).

*“At the same time, you're a person too as a parent, you have your own set of feelings and emotions to deal with. I'm not sure, maybe this would be dealt with in support*

*groups. I think they [other parents] felt selfish about it because having to admit it; it's like that you're only thinking about how you feel. It's like, okay fine, you're transgender, and I'm okay with that, but now, I need to go off and figure out how I feel. Parents are not supposed to be like that; they're always supposed to put their kids first and I think that a lot of parents would feel the loss and they just don't want to come out in the open about it because it makes you feel like you're a bad parent to come out in the open about it."* (40)

'L'amour inconditionnel', comme impératif moral du rôle parental, est un autre mécanisme que plusieurs études mettent en avant dans le processus d'acceptation (39,43,46,48,49,51). Teran et al (2022) décrivent ce mécanisme dans le contexte culturel du 'familismo' des populations originaires d'Amérique latine.

*"If you like someone or love someone it's holistic. You love them dearly faults and all. Gender is relevant to Sam and it would be relevant to me if I had gender problems. But it's only relevant to partners. It isn't relevant to your mother – as long as they're healthy and happy. Children have a right to unconditional love."* (49)

*"I just believe that we're given children ... that come in all different shapes and sizes, and our job is to love them. ... That's our biggest job. And we have to love them for who they are. You know? ... You would love your kid if your kid were born without an arm."* (43)

*"Love. Acceptance. And, I don't know what other word ... but it's primarily love. Because there is a phrase we have here, which is "love is love." And there is nothing else. "Love is love"—it's a human thing, not a gender thing. And that's why this is paramount to me."* (39)

L'amélioration de l'état psychique de l'enfant suite à l'engagement d'un processus de transition, fréquente dans les études, joue un rôle important dans le parcours du parent, et permet de valider les positionnements pris par l'enfant et le parent vis-à-vis de la transidentité (40,50,51,54,57,62). Ce vécu peut s'accompagner d'un soulagement d'avoir l'impression d'enfin pouvoir comprendre l'origine de la souffrance de l'enfant.

*"He just, slowly from puberty on, just slowly starting pulling away [ . . . ] and then take less, less hugs. Just got really sad. And we didn't know what was going on, like we were taking him for all these things and nothing was really working. It was pure joy to know that this is maybe what was causing it all."* (47)

### 3.2.1.7. Evolution et changements psychiques chez le parent

De nombreux parents font part de leur évolution personnelle et des changements internes qui se sont opérés au terme du processus d'acceptation de la transidentité de l'enfant et du développement de valeurs de tolérance, d'empathie et d'ouverture d'esprit (39,42,43,48,49,54,59,63).

*“He’s forced us all to grow. He really has. ... I mean it’s just made us all have to ... look at the world differently, and be more tolerant and understanding ... So he’s a gift.” (43)*

*“It’s different ... but it’s pretty beautiful ... in a positive way, because it teaches us to be better humans, to understand more and accept people who are different from us.” (39)*

Certains parents rapportent une réflexion sur leur rapport à la binarité de genre et aux stéréotypes de genre, avec parfois des corrélations avec leur propre présentation de genre (39–41,48,49,59). Quelques mères décrivent notamment une recontextualisation de leur approche du féminisme (43,55,59).

*“It has completely changed the way that [my wife and I] see things. And just me personally too. Like I’m not a man’s man—a macho guy. I’m not a stereotypical man. And so it makes me feel better, like okay, I don’t have to be macho. I don’t have to fit that mold. I don’t have to portray that kind of father figure to my boys for them to turn out to be decent people. They can be whoever they’re going to be and they’re going to be decent people because we’re going to teach them decent values. They don’t have to be macho, they don’t have to be a man’s man, they don’t have to be what everyone’s definition of a man is.” (59)*

Ce changement peut s'accompagner également d'une prise de conscience des discriminations auxquelles les minorités sexuelles se retrouvent confrontées et une prise de position par rapport à l'entourage. Certains participants de l'étude sur les pères d'origine latine décrivent un écho par rapport à la discrimination ethnique qu'eux-mêmes ont déjà expérimentée (39).

*At work, I hear a lot – unfortunately I have to say it, sorry for that – the term “faggot”... it’s common to say it, especially between males, right?... and generally I intervene and say: “But do you know what you are talking about?”[...] These things didn't bother me*

*before, but now I get really angry! [...] Then the thing I do now is try to open a conversation when someone say something about it, in order to explain to people, and many of them are just ignorant. That's how we all were, but maybe that can change. Without talking and explaining, you will never know anything about it, as long as you're not the one who is experiencing it by yourself. [...] You can't be unconcerned, you can't, because it touches you personally, so you must defend and spread knowledge.” (63)*

Beaucoup de parents, notamment les mères, rapportent un investissement militant dans les causes LGBT+ à des degrés variables (42,48,50,54,55,57,63,64).

*“We've taken...the opportunity to do some advocacy...to make this world a better place for [child], you know, to raise awareness and to make it more familiar. I think about all the kids in her class that will go, ‘Oh yeah, I had a kid in my class that was trans,’ like no big deal, you know.” (57)*

*“I feel my responsibility is capital and that I have a lot of work to do. First, I know the depth of the issues in terms, so I can help ... demand from institutions, the government, and the community in general. So they respect trans rights. ... Indeed, my responsibility is to try and help the trans community with whatever I can.” (39)*

### **3.2.2. L'évolution de la relation parent/enfant**

#### **3.2.2.1. La communication parent/enfant**

L'information du parent concernant le vécu transidentitaire de l'enfant peut être réalisée selon plusieurs méthodes, recensées par un questionnaire en ligne dans l'étude de Birnkrant et Przeworski (2017), notamment par le coming-out de l'enfant, les questionnements du parent et les suspicions antérieures éventuelles ou l'annonce par un tiers.

Suite à l'annonce, voire au démarrage d'un processus de transition, plusieurs études décrivent une amélioration de la qualité de la relation parent/enfant (46,50,61), qui peut aller jusqu'à un vécu de fusion, ce que Aramburu Alegría (2018) appelle un phénomène d'*enmeshment*.

*“[T]here was a time when he was younger that I truly felt as though it was him and I against the world.” (61)*

Sont également rapportées une conflictualité dans la relation ou une distanciation, parfois au profit de l'autre parent (52,59). Les conflits peuvent se cristalliser notamment dans le cadre du refus d'affirmation du parent (61).

Le regard sur l'enfant peut se modifier à la suite de l'annonce du vécu transidentitaire. Plusieurs parents rapportent un sentiment de fierté vis-à-vis de leur enfant (39,47,63) et associent à leur enfant des valeurs de courage, de tolérance, de compassion, voire de précocité et de sagesse (49,54,57). Cette perception positive de l'enfant peut s'appliquer aux personnes transgenres en général.

*“He had to stand up there and say ‘I have this condition. This is how I am.’ He did it and I am like ‘Ooh’, in awe of him. He’s far braver, he’s far stronger, I’m just amazingly, outstandingly impressed that I managed to produce this child I’m like ‘Wow’. And I ask Nick for advice now. He seems very wise for his years because he’s had to be.” (49))*

*“She looks at things differently than all of us. . . . I’ve heard every transgender has been described that way. This is an old soul. A really old soul. . . . I don’t know how else to describe it.” (54)*

*“I feel a lot of sympathy, for all that [transgender people] suffer ... the incomprehension of society is absurd. ... It gives me a lot of admiration of how courageous people are when they identify themselves [as transgender].” (39)*

### **3.2.2.2. Craintes et inquiétudes :**

Les inquiétudes parentales se retrouvent très fréquemment au centre du discours (39,42–48,51,52,57,59,63). Ces craintes s'appliquent à court terme, particulièrement autour de l'école, des relations amicales et familiales, mais également sur le long terme, notamment dans les domaines du travail, des relations amoureuses et des droits civiques.

*“What if she’s rejected from jobs because she’s trans? What if she can’t rent an apartment because she’s trans? And the [legal] documentation... birth certificate, driver’s license.... None of it’s a given for her.” (59)*

L'enjeu de la discrimination récurrent dans les études s'inscrit dans le contexte culturel et sociétal. La crainte du risque de violence à l'encontre de l'enfant s'exprime fréquemment dans le discours des parents, entretenue notamment par les cas avérés d'agressions de personnes transgenres ou des antécédents d'harcèlement de l'enfant.

*"I think no matter what your child was going through, you wish they weren't. That doesn't mean I wish my child wasn't transgender. I just wish my child didn't have to go through what that entails." (47)*

*"He's going to be a target. He's going to be a target throughout his life I think, especially as he goes to ... grade school and then eventually to high school. I mean the older he gets, the better equipped he'll be to handle this sort of pressure, but I think early on, he's going to be ridiculed, bullied, teased, hurt." (43)*

Ludici et Orczyk (2021) rapportent chez les parents un vécu de la perte des droits pris pour acquis et la perte du sentiment de sécurité.

*"I lost the security of not having to worry any more than regular life worries. I guess I lost a sense of security, as far as it went for the wellbeing of my child because I don't have that anymore. I have a big fear of hate crime, I have nightmares about it, so I guess I lost security that way, too. I guess I just worry about Ethan in a way that I've never had to worry about my other children before." (40)*

*"She has expressed some fear [about current politics on trans issues] and I feel like I have to have an answer, but I am also coming from a white middle class privileged type background. I never really thought about my rights being taken away. I don't think of basic human rights as being reversible. But, yeah I guess they are." (59)*

Plusieurs études révèlent également la crainte des parents d'un passage à l'acte auto-agressif, de part l'état psychique avéré de l'enfant ou la connaissance du risque suicidaire plus élevé chez les personnes transgenres (42,45,47,50,59,60). Certains parents, en écho avec leur enfant, expriment des craintes au regard des conséquences de la puberté, à la fois sur le plan corporel et psychique pour l'enfant (44). Cette période peut être décrite comme un 'catalyste' de la crise.

*“She was really very, very uncomfortable about every possible piece of male puberty, just like dreading every single thing that she knew was gonna happen to her body and her voice and whatever.” (44)*

### **3.2.2.3. Les enjeux de négociation de la transition sociale**

La question de la transidentité et d'éventuels processus de transition de l'enfant s'inscrivent dans la relation parent/enfant et des négociations inhérentes à celle-ci, particulièrement à l'adolescence.

Une mesure fréquemment employée par les parents dans les premiers temps suite à l'annonce est le contrôle des comportements de genre de l'enfant, ou “gender policing” (42,43,48,50,55,64). Dans ce cadre, les parents vont autoriser partiellement la présentation dans le genre de préférence (par les vêtements notamment), en le restreignant le plus souvent au domicile familial et en interdisant à l'enfant de l'exposer à l'extérieur, ou en sélectionnant certains vêtements plus faciles à cacher.

*The compromise was, “Okay, not dress-ups to the park but how about this pink T-shirt?” . . . We'd find ourselves negotiating when a new thing was introduced that was just going to make him stand out a little more. I think what we were wondering about was, where was that line where it would, quote, “bother” people?” (55)*

*“She expressed a preference for the female world. More and more growing up. Of course, we prevented her. We kept her from displaying, especially publicly, didn't we? But only at home, we allowed to manifest her essence, what it was, indeed at the time we did not understand that she was so.” (48)*

Certains parents vont également tenter d'investir l'enfant dans des activités stéréotypées par rapport à leur genre de naissance. L'étude de Hill et Menvielle (2009) ne retrouve pas d'efficacité de ces mesures, qui au contraire accentueraient le mal-être de l'enfant. Rahilly (2015) qualifie ce phénomène de ‘gender-hedging’. Il est probable que ces mesures s'appliquent plus fréquemment aux enfants qu'aux adolescents, et sont le plus souvent temporaires. Ces mesures s'inscrivent souvent dans une volonté du parent de protéger l'enfant (43,48,55,64).

Rarement, certains parents conditionnent leur validation de la transidentité de l'enfant, qui peut être 'retirée' en cas de conflit.

*“So now, since yesterday, because every time she calls me names, me, it makes my heart ache, it (makes a cracking noise). So [I told her] “You, you want to call us names, we, we tell you that we don’t like it. So, me, if I start calling you [dead name] and saying ‘he’ again. Do you like that?” “Hey, you can’t do that, that’s low!” “Well I don’t like it when you tell me to shut up and when you call me a cow. So stop it.” [. . .] I’ve been trying this technique since yesterday. I don’t know if it’s the right one.” (47)*

Zoldan et al (2023) théorisent un décalage des temporalités psychiques entre l'enfant, qui a débuté son cheminement depuis longtemps, et celui du parent qui l'initie lors de l'annonce. Certains parents rapportent le vécu d'être "pressé" par leur enfant et mettent en avant un décalage générationnel (64). Un des enjeux dans la relation parent/enfant consiste alors à négocier une temporalité commune (52).

*“Gender fluidity is a new thing for me...It makes me feel old sometimes, but I’m going to try to catch up.” (45)*

*“It also takes them [transgender adolescents] much time to come into terms with themselves. So they can’t expect that we [parents] will immediately understand everything. I’ve been using the female form for 17 years, it’s hard to change it just like that, to get used to... But she\* doesn’t understand it (...), she’s\* so impatient.” (64)*

Cette négociation peut notamment se travailler autour des changements du prénom et des pronoms, qui sont repérés comme une étape majeure du processus de transition, pour l'enfant et pour le parent (44). Une difficulté d'adaptation aux pronoms est notée dans plusieurs études, notamment quand l'ensemble de l'entourage n'est pas encore informé de la transition (39,45–47,64).

*“For me ... what is taxing is to assimilate to the pronoun ‘he.’ It’s really taxing to use that as his correct pronoun. ... It’s confusing. I haven’t assimilated one hundred percent.” (39)*

Ces changements peuvent s'inscrire dans le vécu de perte et de deuil, ainsi que le sentiment d'un rejet du parent par l'enfant (39,40,47,51,64).



*“He didn’t even consult it with us when choosing his new name. We named him when he was born, parents always do that. But he didn’t let us choose the new name, just informed us one day to call him Feliks from now on. I don’t even like this name: why Feliks? (...) He should have asked me. I felt left out...” (64)*

Cependant, le choix d’un nouveau prénom peut également être perçu comme positif par le parent. Plusieurs études rapportent des cas de parents directement impliqués dans le processus (45,52).

*“This [choosing a name] helped us somehow to say goodbye to our son, you know, and welcome our daughter...” (64)*

Par ailleurs, plusieurs études décrivent un phénomène de guidance du parent par l’enfant. Plusieurs études rapportent de la part des parents un sentiment d’avoir appris de l’enfant et de ses défis, permettant aux parents d’évoluer dans leur cheminement (43,51,61,63).

*“I have learned. He has been my teacher. Absolutely.” (61)*

*“When he told us everything, I told him, “You have to guide me through this step by step and tell me everything I need to know.” (51)*

Certaines études décrivent un appui du parent pour la prise de position sur les connaissances de l’enfant et le rythme qu’il décide d’instaurer dans le cadre de la transidentité (51,52,57,59,61).

*“[My partner] and I remind Jared that he’s always got choices all along the whole way. The plan is when and if he’s ready to continue on a more masculine path and start testosterone, then that’s what we’ll do. He will need to make the decision, not us.” (59)*

Certains auteurs soulignent le besoin ressenti par les enfants de protéger leurs parents (51,61). Dans ce cadre, l’enfant perçoit les difficultés du parent, à la fois sur le plan émotionnel, psychique et matériel, et tente de l’en préserver. Ce rôle de guidance peut aller jusqu’à une forme de parentification, dans certains cas (52).

*“My child] and I were in the car one day, and...he says to me, “Mommy, I think I’m just going to go back to being a girl.” I pulled the car over, and I said, “What?” He goes, “I*

*think I'm just going to go back to being a girl, because it will be easier." I said, and my heart was breaking, "Easier for whom?" He said, "Easier for you, Mom. Everybody is so mean to you." (60)*

Dans un même temps, plusieurs études rapportent une fonction de médiation du parent entre l'enfant et l'extérieur, notamment avec l'école, la famille élargie ou les institutions, dans laquelle l'enfant s'en remet au parent pour annoncer, expliquer et négocier la transidentité et les mesures de transition (41–43,48,54–56,59,63). Le parent est parfois amené à porter ce rôle alors que lui-même est dans une position de confusion et de doute vis-à-vis de la transidentité (41).

*"I put myself on the front line to talk to teachers, to talk to the principals of any school. I contacted a council member in the small town where we live to make gender culture in schools, [and] we are starting to do it." (48)*

Enfin, parents et enfants peuvent mettre en place une réflexion commune des stratégies d'interaction avec l'extérieur, variable en fonction du contexte social et du risque (43,48,50,55,59). Certains parents rapportent 'préparer' l'enfant aux risques de confrontation à la discrimination, à savoir comment réagir.

*"There's only so much I can control. He's going to college soon. I can't be there. So we talk about situations at his work and school now so that he'll have a better idea how to handle things when I'm not there." (59)*

Frigerio et al (2021) décrivent 4 stratégies d'interaction : la sélection, la transparence, l'évitement et la dissimulation. Rahilly (2015) conceptualise les compromis que les parents et enfants mettent en place pour interagir avec l'extérieur et le risque de réprobation comme 'playing along' avec la binarité de genre.

#### **3.2.2.4. Les enjeux de négociation de la transition médicale**

Pendant la période de l'adolescence, se rajoutent aux problématiques déjà abordées précédemment les enjeux des changements corporels pubertaires et des possibilités d'intervention thérapeutique, notamment par blocage pubertaire et/ou l'introduction d'un traitement hormonal à partir de 16 ans en France, avec l'accord des deux parents.

La question de la transidentité force le parent à se confronter à la perception du corps de l'enfant et à son éventuelle sexualité, ce qui peut créer un vécu d'inconfort, voire de dégoût (49). Plusieurs parents font part de leur vécu difficile d'envisager une intervention chirurgicale, pouvant être perçue comme une 'mutilation'.

*"I gave birth to a healthy daughter, and she wants to turn herself into... a mutilated man. I know that's what she needs to do, (...) but it breaks my heart."* (64))

*"She's talking about having her breasts cut off and I think 'Here's this beautiful baby I made and she wants to start chopping bits off'. She was a beautiful baby, well, I suppose all mothers think that. That seems a much more difficult thing to understand."* (49)

De plus, une appréhension à envisager un traitement médical, hormonal ou chirurgical est fréquemment décrite dans les études (44,52,57,62,64).

*"It's one thing to think of your kid as trans. It's another thing thinking of your kid in the hospital going through surgeries and going through gender reassignment, going through all kinds of hormonal treatments and things like that...[it's] very scary. It's very upsetting to me, and it's taking it from an abstraction to a reality."* (57)

Les parents verbalisent la crainte des effets indésirables éventuels, ainsi que l'échec du traitement à améliorer le mal-être du jeune.

*"...there's a sadness there because you feel like, you know, your body's perfect already, I'm not convinced your body's gonna be better when you alter it surgically."* (57)

Enfin, plusieurs études décrivent la réticence des parents à porter la responsabilité de la prise de décision vis-à-vis du corps de leur enfant, décision qui aura des répercussions sur leur vie entière. Cette inquiétude est verbalisée fréquemment, corrélée à la crainte d'un éventuel regret de l'enfant qui pourrait le leur reprocher plus tard.

*"I was very worried [about] the physical changes he would undergo, and what if he changes his mind later on?"* (45)

*"[J]'ai eu une conversation avec [le médecin], parce que mon inquiétude, je ne pense pas que Juliette va, j'hésite à dire le mot « régresser », revenir là où elle était avant. [...] Je me disais : Qu'est-ce qu'il se passe quand Juliette a 25 ans et me dit... Deux choses*

*pourraient arriver. Juliette dirait « Maman, j'avais 9 ans. Comment as-tu pu me laisser prendre une décision comme ça à 9 ans? », ou 10, ou 11, tu vois ce que je veux dire? « Mais comment as-tu pu me laisser faire? J'étais juste un·e enfant » [...] Et si j'avais dit non, alors ça serait « Bon, pourquoi tu m'as réprimé·e? Pourquoi tu ne m'as pas laissé·e être la personne que je veux être? » Tu sais? Et c'est énorme, une inquiétude énorme pour moi quand il s'agit d'accepter le Lupron.» (62)*

A l'inverse, certaines études décrivent un vécu d'urgence de la part du parent, à la fois pour soulager la souffrance de l'enfant et aboutir à une résolution de la crise.

*“Plus ça prenait du temps, plus il devenait malheureux. [...] Donc je me suis dit, on doit accélérer ça, parce que sa vie est en danger. Tu sais, quand j'ai vu qu'il commençait à se couper et à prendre des médicaments, j'ai dit: tu sais quoi? je dois faire quelque chose pour mon enfant. Donc j'ai commencé à creuser plus sérieusement.” (62)*

*“I can't wait for the hormone treatment to start. I hope that everything will be alright, that it will work, that it will do what it has to do. After that, I expect that, sooner or later, it will be possible to have surgery, both on the breasts and on the uterus.” (51)*

Plusieurs parents rapportent un sentiment de malaise devant l'incongruité ou l'ambiguïté de genre dans laquelle leur enfant peut se présenter, plus difficile à appréhender qu'une transition nette vers l'autre genre (52,59,62,64).

*“I remember going and talking to some of the parents' groups, saying, “I'm just ready for her to do this. The back and forth [with gender]...” I don't want to rush her, but at that point it had been a year.... And [her not fully transitioning] actually made me start to doubt [her transgender identity] a little bit...is she not going to do this, is she not sure. Why is it taking so long. But my goodness, she just has to have her own time frame.” (59)*

*“Maintenant qu'elle sait qu'elle va avoir besoin d'une chirurgie, elle est comme « Je garde mes parties de garçon ». OK, bien... OK. Et je pense : [...] tu vas devoir faire un choix, [...] mais en même temps, pourquoi garderais-tu les autres parties sans pouvoir rien faire avec?” (62)*

### 3.2.3. Les conséquences sur la dynamique familiale

#### 3.2.3.1 Effets de stress sur la cellule familiale

En fonction du contexte, l'annonce de la transidentité et les conséquences qui en découlent peuvent entraîner un état de crise de toute la cellule familiale (52). Certaines études rapportent notamment l'importance du stress financier pouvant s'ajouter à des familles déjà en difficulté, variable en fonction des pays et des politiques de santé (19,42,47,52).

*“One night, he sat down next time me, he said, “Mom, I’m not well in my body, I’d like to become a girl”. So then my reaction was me being angry. Because ever since they were little, both of my kids, they’ve had a lot of, you know, ADHD, medical follow-ups for their ears, medical follow-ups for their eyes [. . .] it was always me, me, me who was taking care of everything, everything, everything. So I’m a tired mom who’s excited for her kids to be more independent. [. . .] I wasn’t well. So, I was a little angry. I said, “it’s time, it’s money! I’m fed up!” (47)*

La cellule familiale peut de plus se retrouver confrontée à un phénomène de stigmatisation vicariante des minorités sexuelles (42,52), avec la remise en question de leur compétence parentale si le parent autorise l'expression de la transidentité de l'enfant (42,60,64).

*“A lot of these people believe we are making him gender variant or worsening the situation by buying him girl’s stuff. Therefore, [they say] it’s our fault, that we are irresponsible parents. They don’t understand these kids don’t choose to be different, they just are.”*

(Riley et al, 2011)

Aramburu Alegría (2018) décrit un phénomène d'*enmeshment*, ou d'enchevêtrement, dans lequel l'enjeu de la transition prend toute la place dans les préoccupations familiales, au détriment de tout le reste.

*“I’m trying to find balance. My anxiety is very specific. If things are going ok for Lori, I’m ok. If she is stressing about something, I just can’t leave it or deal with it. So it is directly tied to Lori.” (59)*

*“[The trans filter] is constant. There’s no time when the trans part/filter isn’t there. Everything we do has to be filtered through what does it mean from a trans perspective. That’s just kind of exhausting. I just want to take a little vacation where there’s no trans.”*  
(59)

Finalement, la phase de crise peut se stabiliser dans un nouvel équilibre. Plusieurs études notent que les relations familiales s’apaisent avec le temps (50,53,54,61).

Certaines études rapportent ainsi la mise en place de nouveaux narratifs familiaux dont la transidentité de l’enfant fait partie intégrante (41,48,52,54,61). Meadow (2011) souligne par ailleurs le labeur émotionnel conséquent demandé de la part des parents pour y parvenir.

### **3.2.3.2. Impacts sur le couple parental**

L’effet de stress sur la cellule familiale retentit aussi sur le couple parental, compris comme les co-parents (59). Comme précédemment décrit dans les données quantitatives, la participation des mères est nettement supérieure à celle des pères. De plus, plusieurs études rapportent des mères plus impliquées, acceptantes, soutenantes de la transidentité que les pères (43,50,54,60,61). Les variabilités des formes et temporalités d’acceptation peuvent s’appliquer au couple parental et entraîner des désaccords sur la conduite à tenir vis-à-vis de la transidentité de l’enfant (43,47,48,50,54,61).

*“Without question, for me, the hardest part was that day when my husband said to me, ‘that child is dead to me’.”* (61)

*“At the beginning, [wife], my wife, she was taking care of [appointments at the clinic] But she pulled out. I think it was too much, maybe too much emotion inside her. She didn’t feel comfortable. For instance, I’m taking care of the papers for the [mastectomy], [. . .] and [wife], I had to force her to sign the papers. She didn’t want to sign.”* (47)

*“[A]t the time, my husband and I had very different ideas on how to raise a child like this... It was one opinion against another opinion. As easy as that. That became very troublesome for many different reasons... We weren’t giving each other support because we didn’t believe what the other one thought we should do, and so we were at constant odds [about] how to even address a child like this.”* (61)

A l'issue de la crise, la relation entre les parents peut en ressortir renforcée, après avoir pu trouver une position commune à soutenir (54,59). Plusieurs études décrivent le soutien des parents l'un envers l'autre, les préoccupations pour le bien-être de l'autre parent, ainsi qu'un sentiment d'admiration (61). Iuduci et Orczyk (2021) rapportent des cas de parents que la transidentité de l'enfant a permis de réconcilier.

*“My husband and I are on the same page when it comes to Adrian. We talk about medical decisions and day-to-day decisions. You have to. Otherwise the family unit will fall apart.” (59)*

*“But, I wasn't Mom, so there was that special “Mom” kind of connection that kids have. This is all speculation but my wife may be feeling a rejection of her gender. We had just assumed that Josh would be just like her, you know? Just like Mom. So, to have this, kind of thrown up at her, I think it really hurt her. It was tough for her to process. I think she really felt like she'd lost uh she lost a daughter, you know?” (40)*

*“[T]he biggest thing is, I have a lot of respect for [my wife]. And, if we didn't go through all this, it probably wouldn't be as deep. She's been really amazing with her advocacy and just everything she's done for [our child]. You know, just writing letters and talking to people and going out there...” (61)*

Cependant, il est fréquent que les conflits parentaux, qui ont parfois précédé l'annonce de la transidentité, persistent, voire s'aggravent dans le temps. Cela peut parfois conduire ou précipiter une séparation du couple. Ces désaccords peuvent aller jusqu'à l'intervention de la justice, comme décrit dans l'étude de Kuvalanka et al (2020), dans laquelle des enjeux de conflits se cristallisent dans la question de la transidentité.

*[H]is dad absolutely believes that the divorce caused it... If that was the case—60% of the population is divorced—don't you think there'd be billions and trillions of...everybody'd be transgender, for crying out loud! But he thinks that [being transgender is] a choice and that the divorce definitely had something to do with it.” (61)*

*“[My ex-husband] wasn't doing anything to support [our child]...I've had to [travel long distances] to pick up the puberty blocker shot, because [he] lied and said it didn't come in. He was trying to prevent everything from being done.” (60)*

### 3.2.3.3. Impacts dans les relations avec la famille élargie

Les changements des interactions avec la famille élargie présentent une variabilité très importante en fonction des familles et des moments (44,46,54,56,61). Birnkrant et Przeworski (2017) recensent dans leur questionnaire en ligne les modalités d'annonce et les retours de la famille.

Les modalités d'annonce ou non s'inscrivent dans le cadre des stratégies avec l'extérieur décrites précédemment (49,55,64) et les parents assument souvent un rôle de médiateur et d'éducateur (46,59). Certains parents rapportent des réactions d'incompréhension, voire de rejet de la part des membres de leur famille, ce qui peut conduire à une rupture des liens.

*“My dad...said, ‘I just don’t understand, at what point are you going to make him play with gender-appropriate toys?’ So, I just lost it. And I just said, ‘This is who he is, this is what he likes to play with, and I’m not going to tell him that it’s wrong.’ ...My husband said to me, ‘I’ve never heard you yell at anyone like that! I’ve never seen you have a fight.’ It was the biggest fight of my life.” (61)*

*“I wanted to be sure that my family wouldn’t reject my son, because I felt a fear that I would have to say, “If you reject him, I apologize, but he’s my son and I will be with my son, so reject me too. Our relationship is terminated.” (39)*

Frigerio et al (2021) décrivent un phénomène de ‘proximité’, les membres de la famille les plus proches étant inclus dans l’obligation morale d’amour inconditionnel par extension. Gelly et Pullen Sansfaçon (2020) notent que l’engagement dans une transition médicale aide à valider le vécu transidentitaire et facilite l’acceptation par l’entourage.

*“He has started to tell other people in the family. I have to say that they reacted very well, and they told us that everything was good for them and that the only important thing was to love and support him.” (51)*

*“Il y a beaucoup de gens qui ont pensé comme moi au début : il va changer d'idée [...]. Comme si, eux autres aussi, ils avaient peut-être une petite espérance que ça allait changer. Mais là, depuis qu'on a dit qu'on commençait les bloqueurs le mois passé, ça a fait comme « OK, ben, il n'y en aura pas, de changements ». [...] Ils ont fait comme « Ah ben là, c'est vrai, d'abord.” (62)*



### 3.2.3.4. Les interactions avec l'extérieur

Comme décrit précédemment, les parents se retrouvent souvent à l'interface des interactions avec les institutions et doivent parfois porter un rôle de médiateur, d'éducateur et d'avocat pour leur enfant. Riggs et Due (2014) retrouvent que comme pour les parents, un diagnostic médical de dysphorie de genre est associé à une meilleure acceptation de l'entourage et des institutions.

Les liens avec la scolarité sont une préoccupation majeure des parents, caractérisés dans plusieurs études (45,50,51,54,57,61,63). L'étude de Birnkrant et Przeworski (2017) recense dans leur questionnaire en ligne les modalités d'annonce et la réponse des écoles.

*"We wanted to have a class meeting with the presence of Alberto's psychologist so she could explain to the class what Alberto really felt. His need was to have his friends understand his experience. At the beginning we were unable to have this meeting because the headmaster's main problem was the reaction of the other parents. She was worried that some parents could say: "you are telling ... people are ... changing sex" ...this is the situation." (63)*

Les interactions avec les professionnels du soin sont également complexes et variées et s'inscrivent dans des enjeux majeurs d'accès à des soins adaptés dans le cadre de la transidentité (42,45,47,50,59,63). Plusieurs parents font part du manque de connaissance des professionnels du soin, y compris parfois des psychologues, et des recommandations inadaptées voire néfastes qui peuvent être faites, et des difficultés qui en découlent pour trouver un professionnel de soin adapté (43,50,58). Le manque de moyens, ainsi que les délais d'attente sont aussi mis en avant par certains parents (50,51,54).

*"I don't think [the psychiatrist] understood at all what it was to be transgendered [sic] and then not only mis-gendered [my child] but would say things like : "Why would you want to be a boy when you're such a pretty girl ?" (45)*

Certains parents soulignent au contraire l'importance du soutien du soin dans le parcours de l'enfant et de la famille.

*"I didn't want to see it [that my daughter was a boy]. It was the psychologist who finally*

*told me : “A. is transgender, and she was born that way.” So many problems at schools, so many visits to different specialists and now the psychologist was telling me what I didn’t want to know.” (50)*

*“I think we’re surrounded with a good team. I think they’re educating us. We rely on them. You know. It’s the same thing as we’re having a new program [. . .]. Right? Like I know I have a little human. I know how to be a parent. I know how to love my child. But, as far as what to inject in her for her to be who she is, my faith—our faith is in the people’s hands who know and who study this, and who’ve gone to school a long time.” (47)*

Les expériences avec l’administration sont aussi rapportées par certaines études, majoritairement négatives (63,64), ainsi que le rapport à la justice. Dans le cadre des affaires familiales, Kuvalanka et al (2020) décrivent des juges peu informés sur les questions de genre et susceptibles de s’opposer activement à la transition de l’enfant, ce qu’ils appellent des ordres de ‘non affirmation’.

*“It was like a month before Halloween...and [my child] wound up picking out a fairy costume...I received a court order the day before Halloween that was signed by [the judge] that [my child] was to be dressed gender neutral or boy only, not allowed to play dress up at home, had to be referred by birth name and male pronouns. A week later my ex found out about the [transgender] play group, and...[it was added] to the orders...that I wasn’t to have the kids to any place or situation so as to normalize being transgender.” (60)*

Le rapport à la communauté et à la religion est également décrit dans quelques études, parfois de manière positive, plus souvent de manière négative (39,54,59,61). Certains parents rapportent avoir dû, ou avoir fait le choix de se couper de leur communauté.

*“We—we were willing to—we had to – make huge changes in our family and everyone in the family was willing and able to like make these huge changes—leaving the church, moving, making different friends, going to different school and all kinds of things. This has created some dissonance within us, and it leaves a hole inside me, but we had to do it for Roger.” (59)*

*“If God said, “it’s not okay, men with men and women with women,” then I say, “if they don’t want my son, what am I doing here?” ... so I stopped going to church. ... I don’t*

*need to be there, because what I need is to pray and feel good with God. And that changed me a lot, my faith and my religion.” (39)*

Plusieurs parents évoquent également les relations avec leurs collègues de travail et leurs employeurs, qui peuvent être source de soutien ou de conflit (59,61).

Enfin, dans la prolongation des craintes discriminatoires et de l’investissement militant discutés précédemment, plusieurs études font part des inquiétudes et des espoirs des parents au regard du contexte sociétal dans leurs pays respectifs. Dans les études italienne (48,63) et polonaise (64), les parents relèvent les difficultés rencontrées par leurs enfants et eux-mêmes dans le cadre des sociétés décrites comme conservatrices.

*“I told him that it won’t be easy at all because, unfortunately, this world is not made for people who make this kind of choice. They could encounter mockery, derision, especially here, in our country. In fact, she wants to go live abroad.” (51)*

L’espoir que la situation puisse s’améliorer pour l’enfant et pour la communauté LGBTQ+ en général est également mise en avant.

*“...there’s a lot more paths than there used to be...there’s a lot of acceptance that wasn’t there even a year or two or five years ago, much less ten or twenty years ago...I think [transgender] is the next frontier in acceptance.” (57)*

## **4. Discussion**

### **4.1. Apports et limites**

Ce travail de recherche permet une représentation synthétique des différents vécus des parents d’adolescents transgenres, sur plusieurs continents et sur une vingtaine d’années. À notre connaissance, aucun travail équivalent n’a été réalisé en français à ce jour. Le fait de recruter des parents sur différents lieux nous permet d’avoir accès à des expériences variées, du parent militant actif dans les associations LGBTQ+ au parent en état de sidération face au souhait de transition de l’enfant et en recherche de l’aide du soin.

Plusieurs limites de ce travail de recherche sont cependant à relever, notamment plusieurs biais

de sélection.

Malgré la multiplicité des pays d'origine des études incluses, il s'agit exclusivement de pays de culture occidentale (USA, Canada, Europe, Australie). La majorité des participants sont d'origine caucasienne.

De plus, le vécu des parents ainsi retrouvé dans les études concernent les parents qui acceptent d'y participer, et ne peut donc être appliqué vis-à-vis de parents rejetant complètement la transidentité de leur enfant. Or, certaines études récentes retrouvent une acceptation parentale en augmentation et évoluant positivement dans le temps, mais une proportion conséquente de rejets parentaux (22,23,65).

Enfin, de part la rareté des études qui n'incluent que des parents d'adolescents, les parents d'enfants prépubères et de jeunes adultes transgenres sont également inclus dans certaines études, l'interprétation des résultats au regard de l'adolescence est donc à moduler.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que dans toutes les études analysées, les parents mettent très peu en avant l'argument de la contagion sociale, via l'influence des pairs ou des réseaux sociaux, pour expliquer l'émergence de la transidentité chez leur adolescent. Ces résultats ne vont pas dans le sens de ceux retrouvés par Littman en 2018 (66). Littman et al avaient alors proposé la création d'une nouvelle entité clinique 'rapid onset dysphoria' pour décrire l'émergence d'un vécu transgenre sans antécédent connu dans l'enfance. Cette étude a fait l'objet de controverses à la fois dans la communauté scientifique et les milieux militants (67–69).

#### **4.2. Les enjeux de négociation à l'adolescence dans la relation parent-enfant**

Certains des résultats de notre étude, notamment dans la relation parent-enfant, sont analysés sous le prisme des enjeux de la parentalité des adolescents en général et des mouvements psychiques de séparation-individuation nécessaires au processus adolescent. Claes dans sa revue de la littérature sur les relations entre parents et adolescents met en avant deux dimensions principales: l'affection et le contrôle (70).

Claes définit la première dimension comme : “ La qualité des relations qui relie parents et adolescents et fait appel à la présence de liens d'affection, à la capacité de saisir les demandes et les besoins de l'enfant et d'y répondre adéquatement ”. Ceci comprend les concepts voisins : l'attachement, la proximité, la chaleur, le soutien et l'acceptation. Ces deux derniers concepts sont centraux dans les résultats de notre étude, qui s'articule autour du cheminement des parents vers l'acceptation.

La deuxième dimension décrit l'encadrement parental, défini comme la traduction du rôle actif que prennent les parents auprès de leurs enfants en vue de promouvoir le respect des règles et des conventions sociales. L'encadrement parental nécessite une balance pour ne pas basculer dans l'excès ou le manque, tous deux néfastes au développement de l'adolescent. Des ajustements au fur et à mesure du processus adolescent sont nécessaires pour accompagner de manière sécurisée et adaptée la prise d'autonomie de l'adolescent jusqu'à atteindre idéalement un modèle de " négociation coopérative " (71). Les stratégies d'interaction avec l'extérieur mises en place entre parents et enfants retrouvées dans les résultats s'accordent avec cette idée. Il est cependant à noter que les multiples craintes verbalisées très fréquemment par les parents d'adolescents transgenres, ainsi que la prévalence du rôle de médiation avec l'extérieur, ont probablement un impact sur la capacité des parents à accompagner sereinement le processus de séparation-individuation. Ces difficultés sont décrites à leur paroxysme dans le vécu de "enmeshment" rapporté par Alegria Aramburu.

Dans une certaine mesure, les conflits entre parents et adolescents s'inscrivent dans la continuité de ce processus de négociation de la séparation-individuation (72). Selon Smetana (73,74), l'argumentation des parents s'oriente principalement vers le respect des règles et de la conformité sociale et s'oppose à celle des adolescents centrée autour de l'affirmation personnelle. Rahilly décrit un intérêt similaire dans sa conceptualisation du 'gender hedging' et de la volonté de certains parents de s'inscrire dans le statu quo sociétal sur la question de la binarité de genre. Il est alors intéressant de relever que dans les résultats de notre étude, beaucoup de parents positionnent l'affirmation personnelle de l'enfant dans son identité de genre au-dessus des conventions sociétales, que certains remettent en cause.

### **4.3. La crise parentale**

En miroir des mouvements de la "crise de l'adolescence," Marcelli et al décrivent, dans leur livre *Adolescence et psychopathologie*, les différentes dimensions de la crise parentale qui s'opère chez les parents pour permettre la transition progressive "d'une relation parent-enfant à une relation adulte-adulte" (72):

- la dimension pulsionnelle, qui confronte le parent à la prise de conscience de la maturité sexuelle de l'enfant
- la dimension moïque, marquée par les pertes multiples que subit le "Moi" des parents et le travail de deuil qui en découle
- la dimension de régression temporelle, dans laquelle le parent se remémore sa propre

adolescence ou s'en défend

- la dimension défensive, qui pousse les parents à faire preuve d'une tentative de contrôle exacerbée
- la dimension symbolique, qui illustre la dette que chaque génération contracte envers la précédente.

Plusieurs éléments de ces dimensions font écho à certains résultats relevés dans notre étude. La question du corps et de la sexualité de l'adolescent décrite dans la dimension pulsionnelle et la réticence des parents à s'y confronter, peut être fortement engagée dans le cadre de la transidentité. Par exemple, dans la perspective de débiter un traitement hormonal, les parents sont dans l'obligation de se préoccuper de la fertilité de leur adolescent et de se prononcer sur sa préservation. L'enjeu du deuil des projets parentaux et idéaux du Moi dans la dimension moïque fait écho au vécu de perte décrit très fréquemment par les parents d'adolescents transgenres. Plusieurs parents mettent en avant leur vécu de deuil vis-à-vis des projections hétéronormées qu'ils avaient imaginées pour leur enfant (mariage, petits enfants etc). La question de la maîtrise et de la perte de contrôle de la dimension défensive ont été abordées précédemment dans les relations parent-adolescents, et engagent les différents niveaux de négociation de la transition sociale et médicale.

Les enjeux du changement de prénom peuvent impacter plusieurs dimensions : le deuil de la dimension moïque, la perte de contrôle de la dimension défensive et la dimension symbolique de la dette. Le choix du prénom possède une portée symbolique forte pour les parents, il incarne les projections pour le futur de l'enfant et l'inscription dans la continuité de la lignée familiale et culturelle et prend en compte de multiples facteurs psychologiques et sociétaux (75–77). Il s'agit, jusqu'à une certaine limite posée par la législation, du droit des parents (78), qui finit par être remis en question dans le processus de transition, et par conséquent potentiellement cristalliser un vécu de rejet de toute la relation du parent.

#### **4.4 Le vécu de perte et de deuil**

Le vécu de deuil, s'il existe pour de nombreux parents à l'adolescence, présente des particularités dans le contexte de la transidentité et a fait l'objet de plusieurs études et de théories dans la littérature. Emerson et Rosenfield (79) s'appuient sur le modèle du deuil de Kübler-Ross (80) et décrivent des étapes non linéaires de déni, colère, marchandage, dépression et acceptation. Ellis et Eriksen (81) complexifient ce modèle avec le développement des mécanismes d'adaptation du parent et les changements internes ressentis par le parent.

Lev (26) développe dans son livre, *Transgender Emergence : Therapeutic Guidelines for Working with Gender Variant People and Their Families*, un modèle en 4 étapes : découverte et divulgation, turbulence, négociation et atteinte d'un équilibre.

Plus récemment, plusieurs auteurs (40,82–84) appliquent le prisme de la perte ambiguë, théorisée par Boss (85) comme “toute perte incomplète ou incertaine”. Ce concept théorique se décline en deux branches principales basées sur un décalage entre la perte physique et la perte psychique : soit une absence physique et une présence psychique (disparition, éloignement long terme etc), soit une présence physique et une absence psychique (coma, démence etc). La transidentité, dans une certaine mesure, peut s'appliquer aux deux (83). Norwood (82) fait un lien entre vécu de perte, mécanismes d'acceptation et mises en sens de la transidentité et théorise quatre conceptualisations de la transidentité qui engagent la manière dont le parent mentalise l'identité en général : le remplacement, la révision, l'évolution et la suppression.

Dans le remplacement, l'enfant avant et après transition sont des personnes distinctes, ce qui accentue le vécu de perte.

Pour les parents qui s'appuient sur la révision, ils considèrent que l'enfant avant transition a toujours été transgenre et recontextualisent alors leurs souvenirs de l'enfant, mécanisme retrouvé fréquemment dans les études.

Dans le cadre de l'évolution, le parent perçoit l'enfant post-transition dans la continuité comme une version “mise à jour” (“updated” en anglais) de lui-même, la transidentité est alors perçue sous le regard de la transformation.

Enfin, la suppression détache les restrictions du genre de la perception de l'identité de l'autre, ce qui fait le lien avec la perception flexible du genre par certains parents.

Enfin, du fait du statut particulier de la transidentité et des enjeux sociétaux qui s'y rattachent, l'applicabilité du deuil dépossédé, décrit par Doka (86) dans le cadre des pertes non reconnues, cachées, voire interdites est également pertinente. Plusieurs études rapportent le vécu d'illégitimité des parents de ressentir une perte et de verbaliser leurs difficultés, à plusieurs niveaux. Le vécu de perte d'une personne toujours présente peut être complexe à appréhender, à la fois par l'entourage ou par les parents eux-mêmes, et engendrer un sentiment de culpabilité. De plus, les enfants expriment parfois une incompréhension, voire un ressentiment par la mise en avant d'un vécu de perte de leur parent.

Il est important de noter que ce vécu de deuil est commun, transitoire et s'inscrit souvent dans un processus d'acceptation de la transition. L'accueil bienveillant de ce vécu parental peut être un objectif de l'accompagnement par les équipes de soin.

## 5. Conclusion

Ce travail de revue de la littérature a permis de présenter un panel de vécus des parents d'adolescents transgenres. Dans cet objectif, nous avons collecté, analysé et synthétisé les données de 26 études qualitatives interrogeant le vécu de parents d'adolescents transgenres dans plusieurs pays sur 20 ans. Les différents thèmes ont été divisés en 3 parties : le cheminement psychique du parent, des réactions initiales jusqu'aux mécanismes d'acceptation; l'évolution de la relation parent-enfant et les enjeux de négociation qui la sous-tendent, ainsi que les conséquences systémiques intra-familiales et dans les interactions avec le reste de la société.

Les résultats que nous retrouvons dans notre étude correspondent à ce que beaucoup de parents reçus en consultation ou sur le groupe de parole nous rapportent. Les parents d'adolescents transgenres doivent faire face non seulement aux enjeux de la parentalité d'un adolescent, mais également se familiariser avec et intégrer la question de l'identité de genre de leur enfant.

Comme certains auteurs le relèvent, un enfant en transition implique une famille en transition. Le parent se retrouve souvent au carrefour de multiples injonctions, pris entre ses propres représentations et projections psychiques et celles de son entourage. Il doit de plus appréhender les changements et les enjeux de négociation dans la relation avec son adolescent, et composer avec les positionnements, limitations et contraintes des institutions du soin, de l'éducation, de la justice et de la société civile. Les parents se retrouvent parfois contraints à des prises de décision pour lesquelles ils ne se sentent ni compétents ni légitimes. Comme certains parents du groupe de parole le soulignent, la question de la transidentité et de leur propre cheminement pour s'accommoder et accepter cette nouvelle réalité passe parfois au second plan devant l'urgence du mal-être du jeune. Leur temporalité psychique se confronte alors à celle de l'adolescent en souffrance et à celle des institutions, tantôt plus rapide, mais souvent beaucoup plus lente.

Tout professionnel de santé, spécialisé ou non, peut être amené à rencontrer les familles de ces adolescents. Les équipes de pédopsychiatrie sont de plus en plus sollicitées pour l'accompagnement des familles de ces enfants, qui sont parfois en grande détresse. En dépit du mouvement de dépsychiatisation de la transidentité, par ailleurs nécessaire et indicatif d'un changement de paradigme de la société sur les questions de genre, il semble toujours adéquat de mettre au service des parents les capacités d'accueil de la souffrance et le savoir-faire de la pédopsychiatrie.

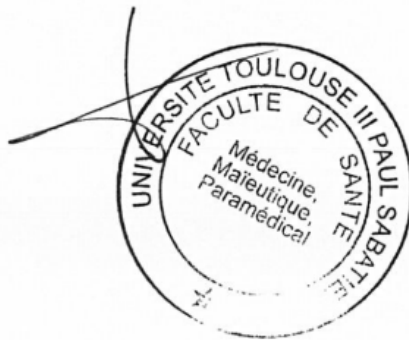


Nous espérons que ce travail de recherche puisse permettre d'accompagner au mieux les familles en difficulté et potentiellement ouvrir la voie à d'autres travaux de recherche.

Vu et permis d'imprimer,  
À Toulouse, le 11/03/2024

La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation, le Doyen - Directeur du Département de  
Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Pr. Thomas GEERAERTS

Professeur Jean-Philippe RAYNAUD



## 6. Bibliographie

1. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* déc 2015;70(9):832-64.
2. F64.0 Transsexualisme F640 - Code CIM 10 [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.aideaucodage.fr/cim-f640>
3. Commissaire aux droits de l'homme [Internet]. [cité 19 oct 2023]. CIM-11 : des progrès réels, mais insuffisants, vers la dépathologisation des personnes transgenres - Commissaire aux droits de l'homme - [www.coe.int](http://www.coe.int). Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/commissioner/-/icd11-is-a-stride-toward-depathologisation-of-trans-people-but-more-is-needed>
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. In.
5. Mendes N, Lagrange C, Condat A. La dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent : revue de littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 juin 2016;64(4):240-54.
6. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health.* 25 août 2017;14(5):404-11.
7. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ, Johnson CC, Joseph CLM. The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. *J Adolesc Health.* 1 nov 2016;59(5):489-95.
8. Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, Denny SJ, Fleming TM, Robinson EM, et al. The Health and Well-Being of Transgender High School Students: Results From the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *J Adolesc Health.* 1 juill 2014;55(1):93-9.
9. Kaltiala-Heino R, Työläjäarvi M, Lindberg N. Gender dysphoria in adolescent population: A 5-year replication study. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 1 avr 2019;24(2):379-87.
10. Godel A. Vulnérabilités psychiques et adolescences transgenres: une étude d'épidémiologie descriptive. 2022.
11. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, Ybarra M. Gender Minority Social Stress in Adolescence: Disparities in Adolescent Bullying and Substance Use by Gender Identity. *J Sex Res.* 2015;52(3):243-56.
12. Holt V, Skagerberg E, Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 1 janv 2016;21(1):108-18.
13. Frohard-Dourlent H, Veale J, Saewyc E, Dobson S, Clark D, Group C. Being safe, being me: Results of the Canadian trans youth health survey. 2015.
14. Turban JL, Ehrensaft D. Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(12):1228-43.
15. Hendricks ML, Testa RJ. A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Prof Psychol Res Pract.* 2012;43(5):460-7.
16. Abraham H. A Family Is What You Make It? Legal Recognition and Regulation of Multiple Parents [Internet]. Rochester, NY; 2017 [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://papers.ssrn.com/abstract=2925886>
17. Boutanquoi M. Catherine Sellenet, La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept. *Sociétés Jeun En Diffic Rev Pluridiscip Rech* [Internet]. 15 juill 2008 [cité 23 oct 2023];(n°5). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sejed/2673>
18. Houzel D. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE.
19. Johnson K, Leblanc A, Sterzing P, Deardorff J, Antin T, Bockting W. Trans adolescents' perceptions and experiences of their parents' supportive and rejecting behaviors. *J Couns Psychol.* 1 mars 2020;67:156-70.
20. Ryan C, Russell ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2010;23(4):205-13.
21. Simons L, Schrage SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental Support and Mental Health

- Among Transgender Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* déc 2013;53(6):10.1016/j.jadohealth.2013.07.019.
22. Grossman AH, D'Augelli AR, Howell TJ, Hubbard S. Parent' Reactions to Transgender Youth' Gender Nonconforming Expression and Identity. *J Gay Lesbian Soc Serv.* 1 janv 2005;18(1):3-16.
  23. Grossman AH, Park JY, Frank JA, Russell ST. Parental Responses to Transgender and Gender Nonconforming Youth: Associations with Parent Support, Parental Abuse, and Youths' Psychological Adjustment. *J Homosex.* 3 juill 2021;68(8):1260-77.
  24. Travers R, Bauer G, Pyne J, Bradley K, Gale L, Papadimitriou M. Impacts of Strong Parental Support for Trans Youth. 2012.
  25. Blumer MLC, Green MS, Knowles SJ, Williams A. Shedding Light on Thirteen Years of Darkness: Content Analysis of Articles Pertaining to Transgender Issues In Marriage/Couple and Family Therapy Journals. *J Marital Fam Ther.* 2012;38(s1):244-56.
  26. Lev A. Transgender Emergence: Therapeutic Guidelines for Working With Gender-Variant People and Their Families. 1 janv 2004 [cité 4 oct 2023]; Disponible sur: [https://www.academia.edu/258221/Transgender\\_Emergence\\_Therapeutic\\_Guidelines\\_for\\_Working\\_With\\_Gender\\_Variant\\_People\\_and\\_Their\\_Families](https://www.academia.edu/258221/Transgender_Emergence_Therapeutic_Guidelines_for_Working_With_Gender_Variant_People_and_Their_Families)
  27. Pullen Sansfaçon A. Parentalité et jeunes transgenres : un survol des enjeux vécus et des interventions à privilégier pour le développement de pratiques transaffirmatives. *Sante Ment Que.* 1 déc 2015;40:93-108.
  28. Dangaltcheva A, Booth C, Moretti MM. Transforming Connections: A Trauma-Informed and Attachment-Based Program to Promote Sensitive Parenting of Trans and Gender Non-conforming Youth. *Front Psychol.* 26 juill 2021;12:643823.
  29. Hillier A, Torg E. Parent Participation in a Support Group for Families with Transgender and Gender-Nonconforming Children: "Being in the Company of Others Who Do Not Question the Reality of Our Experience". *Transgender Health.* 12 août 2019;4(1):168-75.
  30. Caldarera AM, Davidson S, Vitiello B, Baietto C. A psychological support group for parents in the care of families with gender diverse children and adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry.* janv 2021;26(1):64-78.
  31. Di Ceglie D, Thümmel EC. An Experience of Group Work with Parents of Children and Adolescents with Gender Identity Disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 1 juill 2006;11(3):387-96.
  32. Dierckx M, Motmans J, Mortelmans D, T'sjoen G. Families in transition: A literature review. *Int Rev Psychiatry.* 2 janv 2016;28(1):36-43.
  33. Abreu RL, Rosenkrantz DE, Ryser-Oatman JT, Rostosky SS, Riggle EDB. Parental reactions to transgender and gender diverse children: A literature review. *J GLBT Fam Stud.* 20 oct 2019;15(5):461-85.
  34. Warner A, Dorsen C, Navarra AMD, Cohen S. An Integrative Review of Experiences Parenting Transgender and Gender Diverse Children. *J Fam Nurs.* 1 nov 2021;27(4):304-26.
  35. Atkins S, Lewin S, Smith H, Engel M, Fretheim A, Volmink J. Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: Lessons learnt. *BMC Med Res Methodol.* 16 avr 2008;8(1):21.
  36. Jensen LA, Allen MN. Meta-Synthesis of Qualitative Findings. *Qual Health Res.* 1 nov 1996;6(4):553-60.
  37. Tétreault S, Blais-Michaud S. Méta-synthèse (metasynthesis, meta-ethnography). In: *Guide pratique de recherche en réadaptation* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014 [cité 25 nov 2023]. p. 177-86. (Méthodes techn et outils d'intervention). Disponible sur: <https://www.cairn.info/guide-pratique-de-recherche-en-readaptation--9782353272679-p-177.htm>
  38. Beaucher V, Jutras F. Étude comparative de la métasynthèse et de la méta-analyse qualitative. *Rech Qual.* 2007;27(2):58-77.
  39. Teran M, Abreu RL, Tseung ES, Castellanos J. Latinx fathers of transgender and gender diverse people: Journey toward acceptance and role of culture. *Fam Relat.* oct 2023;72(4):1908-25.

40. Coolhart D, Ritenour K, Grodzinski A. Experiences of Ambiguous Loss for Parents of Transgender Male Youth: A Phenomenological Exploration. *Contemp Fam Ther*. 1 mars 2018;40(1):28-41.
41. Meadow T. 'Deep down where the music plays': How parents account for childhood gender variance. *Sexualities*. 1 déc 2011;14(6):725-47.
42. Riley EA, Sitharthan G, Clemson L, Diamond M. The Needs of Gender-Variant Children and Their Parents: A Parent Survey. *Int J Sex Health*. 1 juill 2011;23(3):181-95.
43. Hill DB, Menvielle E. "You Have to Give Them a Place Where They Feel Protected and Safe and Loved": The Views of Parents Who Have Gender-Variant Children and Adolescents. *J LGBT Youth*. 20 juill 2009;6(2-3):243-71.
44. Katz-Wise SL, Budge SL, Fugate E, Flanagan K, Touloumtzis C, Rood B, et al. Transactional Pathways of Transgender Identity Development in Transgender and Gender Nonconforming Youth and Caregivers from the Trans Youth Family Study. *Int J Transgenderism*. 2017;18(3):243-63.
45. Schimmel-Bristow A, Haley S, Crouch J, Evans Y, Ahrens K, Mccarty C, et al. Youth and Caregiver Experiences of Gender Identity Transition: A Qualitative Study. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 26 mars 2018;5.
46. Farrugia Bennett C (2020). Parenting adolescents across the gender spectrum : the experience of parents whose adolescents identify as gender variant or transgender [Internet] [masterThesis]. University of Malta; 2020 [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/76590>
47. Pullen Sansfaçon A, Kirichenko V, Holmes C, Feder S, Lawson M, Ghosh S, et al. Parents' Journeys to Acceptance and Support of Gender-diverse and Trans Children and Youth. *J Fam Issues*. 20 nov 2019;41:0192513X1988877.
48. Iudici A, Orczyk G. Understanding and Managing Gender Identity Variance in Minors: A Qualitative Research on the Parental Role in Italy. *Sex Cult*. 1 oct 2021;25(5):1567-87.
49. Wren B. 'I Can Accept My Child is Transsexual but if I Ever See Him in a Dress I'll Hit Him': Dilemmas in Parenting a Transgendered Adolescent. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 1 juill 2002;7(3):377-97.
50. Platero R (LUCAS). The Influence of Psychiatric and Legal Discourses on Parents of Gender-Nonconforming Children and Trans Youths in Spain. *J GLBT Fam Stud*. 1 janv 2014;10(1-2):145-67.
51. Frigerio A, Montali L, Anzani A, Prunas A. "We'll Accept Anything, as Long as She Is Okay": Italian Parents' Narratives of Their Transgender Children's Coming-out. *J GLBT Fam Stud*. 20 oct 2021;17(5):432-49.
52. Zoldan Y, Rambeaud-Collin D, Bergeron C, Boulianne N, Desmarais F. Le vécu des parents d'enfants trans et non-binaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean : Rapport de recherche [Internet]. 2023 févr [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: <https://constellation.uqac.ca/id/eprint/9187/>
53. Riggs DW, Due C. Support Experiences and Attitudes of Australian Parents of Gender Variant Children. *J Child Fam Stud*. 1 juill 2015;24(7):1999-2007.
54. Johnson D, Sikorski J, Savage TA, Woitaszewski SA. Parents of Youth Who Identify as Transgender: An Exploratory Study. *Sch Psychol Forum*. 2014;8(1):56-74.
55. Rahilly EP. The Gender Binary Meets the Gender-Variant Child: Parents' Negotiations with Childhood Gender Variance. *Gend Soc*. 1 juin 2015;29(3):338-61.
56. Birnkrant JM, Przeworski A. Communication, advocacy, and acceptance among support-seeking parents of transgender youth. *J Gay Lesbian Ment Health*. 3 avr 2017;21(2):132-53.
57. Katz-Wise SL, Budge SL, Orovecz JJ, Nguyen B, Nava-Coulter B, Thomson K. Imagining the future: Perspectives among youth and caregivers in the trans youth family study. *J Couns Psychol*. 2017;64(1):26-40.
58. Evans Y, Haley S, Crouch J, Wang A, Moreno M, Ahrens K, et al. Understanding Online Resource Use by Transgender Youth and Caregivers: A Qualitative Study. *Transgender Health*. 1 août 2017;2:129-39.
59. Aramburu Alegría C. Supporting families of transgender children/youth: Parents speak on

- their experiences, identity, and views. *Int J Transgenderism*. 3 avr 2018;19(2):132-43.
60. Kuvalanka KA, Bellis C, Goldberg AE, McGuire JK. An Exploratory Study of Custody Challenges Experienced by Affirming Mothers of Transgender and Gender-Nonconforming Children. *Fam Court Rev*. janv 2019;57(1):54-71.
  61. Bhattacharya N, Budge SL, Pantalone DW, Katz-Wise SL. Conceptualizing relationships among transgender and gender diverse youth and their caregivers. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*. août 2021;35(5):595-605.
  62. Gelly M, Pullen Sansfaçon A. Regards croisés de jeunes trans et de leurs parents sur la transition médicale au Canada : quel impact sur l'épanouissement des jeunes? *Rev Jeunes Société*. 14 mars 2022;6:104-27.
  63. Lorusso M, Albanesi C. When the context rows against. Voicing parents of transgender children and teenagers in Italy: A qualitative study. *J Community Appl Soc Psychol*. nov 2021;31(6):732-48.
  64. Kłonkowska A. "...I'm Not Unaccepting, I'm Just Concerned...". The Struggles of Polish Parents of Trans Youths. *Pol Sociol Rev [Internet]*. 19 sept 2022 [cité 20 sept 2023];219(3). Disponible sur: <https://polish-sociological-review.eu/-I-m-Not-Unaccepting-I-m-Just-Concerned-nThe-Struggles-of-Polish-Parents-of-Trans,153908,0,2.html>
  65. Katz-Wise SL, Rosario M, Tsappis M. LGBT Youth and Family Acceptance. *Pediatr Clin North Am*. déc 2016;63(6):1011-25.
  66. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*. 16 août 2018;13(8):e0202330.
  67. Restar AJ. Methodological Critique of Littman's (2018) Parental-Respondents Accounts of "Rapid-Onset Gender Dysphoria". *Arch Sex Behav*. 1 janv 2020;49(1):61-6.
  68. Ashley F. A critical commentary on 'rapid-onset gender dysphoria'. *Sociol Rev*. 1 juill 2020;68(4):779-99.
  69. Bauer GR, Lawson ML, Metzger DL. Do Clinical Data from Transgender Adolescents Support the Phenomenon of "Rapid Onset Gender Dysphoria"? *J Pediatr*. 1 avr 2022;243:224-227.e2.
  70. Claes M. Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels. *Orientat Sc Prof*. 15 juin 2004;(33/2):205-26.
  71. Youniss J, Smollar J. *Adolescent Relations with Mothers, Fathers and Friends [Internet]*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1987 [cité 12 janv 2024]. 210 p. Disponible sur: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/A/bo92802630.html>
  72. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Health Sciences; 2018. 945 p.
  73. Smetana JG. Adolescents' and Parents' Reasoning about Actual Family Conflict. *Child Dev*. 1989;60(5):1052-67.
  74. Smetana JG. Adolescents' and Parents' Conceptions of Parental Authority. *Child Dev*. 1988;59(2):321-35.
  75. Berthelot JM. Le choix du prénom. Des régularités statistiques aux mécanismes cognitifs. *Rev Eur Sci Soc Eur J Soc Sci*. 1 mars 2004;(XLII-129):13-21.
  76. Sangoï JC. La transmission d'un bien symbolique : le prénom. *Terrain Anthropol Sci Hum*. 1 mars 1985;(4):70-6.
  77. Offroy JG. Prénom et identité sociale. Du projet social et familial au projet parental. *Spirale*. 2001;19(3):83-99.
  78. Droit familial. *J Droit Jeunes*. 2012;314(4):56-8.
  79. Emerson S. Stages of Adjustment in Family Members of Transgender Individuals. *J Fam Psychother*. 9 sept 1996;7(3):1-12.
  80. Kübler-Ross E. *On Death and Dying*. London: Routledge; 1973. 272 p.
  81. *Transsexual and Transgenderist Experiences and Treatment Options - Kelly M. Ellis, Karen Eriksen, 2002 [Internet]*. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10680702010003005>
  82. Norwood K. Grieving Gender: Trans-identities, Transition, and Ambiguous Loss. *Commun Monogr*. 1 mars 2013;80(1):24-45.

83. Wahlig JL. Losing the Child They Thought They Had: Therapeutic Suggestions for an Ambiguous Loss Perspective with Parents of a Transgender Child. *J GLBT Fam Stud.* 8 août 2015;11(4):305-26.
84. Sánchez-Ferrer A, Postigo-Zegarra S, Tamarit-Chuliá A, Julián M, Montoya-Castilla I. Ambiguous Loss and Emotional Intelligence in Families of Transgender People: A Mixed-Methods Study. *LGBTQ Fam Interdiscip J.* 15 mars 2023;19(2):128-44.
85. Boss P. Insights: ambiguous loss: living with frozen grief. *Harv Ment Health Lett.* nov 1999;16(5):4-6.
86. *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow.* Lexington, MA, England: Lexington Books/D. C. Heath and Com; 1989. xvi, 347 p. (Doka KJ. *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*).

## **VÉCU DES PARENTS D'ADOLESCENTS TRANSGENRES : UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE**

### **RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :**

Dans le cadre de notre pratique en pédopsychiatrie, la demande de soins d'adolescents transgenres et de leurs parents, eux-mêmes souvent en difficulté, est en augmentation constante. Cette étude a pour objectif de recueillir le vécu des parents d'adolescents transgenres dans la littérature au travers d'un travail de métasynthèse. Les données de 26 études qualitatives ont été analysées et ordonnées dans un tableau synthétique. Les résultats thématiques sont divisés en trois catégories : le cheminement psychique du parent, l'évolution de la relation parent-enfant et les conséquences sur la dynamique familiale. Ils sont ensuite analysés sous le prisme des enjeux de la parentalité à l'adolescence, dans la relation parent-enfant et au regard de la crise parentale.

**TITRE EN ANGLAIS :** Experiences of parents of transgender adolescents : a literature review

### **RÉSUMÉ EN ANGLAIS :**

In the field of child psychiatry, the demand for care of transgender adolescents and their parents has consistently increased. The objective of this study is to collect the experiences of the parents of transgender adolescents in the scientific literature through a work of metasynthesis. The data gathered from 26 qualitative studies have been analyzed and ordered in a chart. The thematic results have been divided into three categories : the psychological progression of the parent, the evolution of the relationship between parent and child, and the consequences on the familial dynamics. They are then discussed under the prism of the parenthood of adolescents.

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

**MOTS-CLÉS :** transgenre, transidentité, vécu parental, parentalité, adolescent, vécu, qualitatif, revue de littérature

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Santé de Toulouse  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

**Directeurs de thèse :** Stéphanie Cussot-Charpentier, Sophie Çabal