



Acquisition d'une identité sexuelle

Rev Med Suisse 2013; 9: 606-9

G. Kjellberg

Dr Göran Kjellberg
Pédiatrie
Psychiatrie pour enfants et adolescents
Prévention et santé publique
Chemin de la Petite-Boissière 38
1208 Genève
goran.kjellberg@spray.se

Acquiring a sexual identity

Progressive acquisition from childhood onwards to adulthood of a procreative and psycho-emotional sexual identity is presented in all its bio-psycho-social complexity.

Gender identity disorders (GDI) and the different sexual orientations (hetero-, homo- or bisexual) are included with their possible etiologies.

Different medico-psycho-social programs and projects are presented targeting persons having difficulties in this developmental process of their identity.

L'acquisition progressive depuis la petite enfance à l'âge adulte d'une identité sexuelle procréatrice et psycho-émotionnelle est soulevée dans toute sa complexité biologique, psychologique et sociale.

Les troubles de l'identité du genre et les différentes orientations sexuelles (hétéro-, homo- ou bisexuelles) sont inclus ainsi que leurs possibles étiologies.

Des programmes et projets de prises en charge médicale, psychologique et communautaire, pour les personnes avec des troubles dans ce processus de développement identitaire, sont présentés.

INTRODUCTION

La sexualité peut être vue dans un sens très large. Outre ses implications procréatrices comprenant son enjeu psycho-émotionnel entre les individus, elle est aussi une force vitale, sinon la force vitale de premier ordre, source d'élan et de créativité dans la vie sous toutes ses formes de sublimation, jusqu'à nos pensées du jour et nos rêves de la nuit.

L'identité sexuelle révèle par ailleurs une complexité grandissante au fur et à mesure des avancées de la recherche et du

développement d'une médecine de plus en plus personnalisée. Mais elle est aussi le résultat d'une écoute approfondie des individus, d'une information accrue auprès du public et d'un mouvement de revendications grandissant dans la société de la part de groupes minoritaires se sentant lésés.

SEXUALITÉ PROCRÉATRICE

Dans la chaîne évolutive, nous appartenons à l'espèce *Homo sapiens sapiens* des mammifères. A la différence de bien d'autres organismes qui ne font que reproduire un code génétique identique (procréation asexuelle), l'homme – à l'instar de la majorité des espèces du règne animal – accède à une diversification et à une variation du code génétique grâce à la procréation sexuelle reposant sur le fait d'être composé par des individus de sexes différents, dont le code génétique se restructure lors des remaniements à l'occasion de chaque fécondation. L'hétérosexualité est donc la norme pour l'espèce humaine.

Les femmes et les hommes sont producteurs respectivement d'ovocytes et de spermatozoïdes dont la conjugaison constitue la fécondation. Les cellules du corps humain – à l'exception des gamètes – sont tous diploïdes et contiennent 44 autosomes ainsi que deux hétérosomes, identiques chez la femme (X et X), différents chez l'homme (X et Y). Les gamètes par contre, après la division cellulaire de méiose, sont haploïdes et contiennent 22 autosomes et un seul hétérosome, X dans les ovocytes et X ou Y dans les spermatozoïdes. C'est donc le père qui détermine le sexe de son enfant.¹

C'est au sein du chromosome Y que se trouve le matériel génétique déterminant le sexe appelé SRY (SRY = Sex determining Region of the Y chromosome). Sa présence provoque une production de testostérone plus importante que lors de son



absence, ce qui influencera les structures embryonnaires génitales à se développer dans la direction masculine plutôt que féminine créant ainsi les testicules. En l'absence de SRY, la faible production de testostérone orientera ces mêmes structures embryonnaires génitales dans la direction féminine créant les ovaires. Ainsi, à la naissance, nous avons un enfant garçon ou fille organiquement équipé pour devenir père ou mère.²

Dans un souci de simplification, nous avons exclu de notre raisonnement les situations d'intersexualité biologique et de variations chromosomiques qui mériteraient à elles seules tout un développement.

DÉVELOPPEMENT DE LA SEXUALITÉ PSYCHO-ÉMOTIONNELLE

Déjà au stade fœtal, l'enfant sera imprégné par les modes de vie de la mère, que ce soit ses choix de nourriture, sa motricité, ses expériences parfois traumatiques et violentes et sa voix, voire même son choix de musique. A la naissance et animé par un instinct de survie, l'enfant créera des liens avec la mère maintenant pourvoyeuse de lait maternel, d'affection et de protection envers son entourage.

Une formation en pédiatrie, médecine du développement s'il en est une, rend aisé de voir aussi la psychologie de l'enfant dans une perspective de développement. Avec la méthode psychanalytique, Freud retraça rétrospectivement l'évolution de l'identité sexuelle surtout masculine, et décrivit la sexualité infantile.³ Une reconstruction prospective de l'évolution sexuelle basée sur ces observations a ensuite été proposée.⁴

Si la sexualité au début de la vie s'exprime dans les fonctions vitales et s'articule autour des systèmes alimentaires et éliminatoires (la succion et l'excrétion) et de l'appareil musculaire (l'agression et la destruction par exemple par la morsure), c'est vers l'âge de trois à cinq ans que la phase phallique culmine avec une période auto-érotique, durant laquelle les zones génitales, anales et urétrales, deviennent des lieux de prédilection de plaisir pour l'enfant avec des périodes de masturbation. Tandis que la période hétéro-érotique qui suivra se compose surtout par des buts passifs, soit d'être vu ou touché par l'autre, surtout au niveau génital.

Vers l'âge de cinq à six ans commence la période de latence, période où les activités sexuelles sont souvent peu prononcées.

Ce sont les pulsations nocturnes de l'hormone lutéinisante (LH) dans le sang en provenance de l'hypophyse, lesquelles se soldent par des éjaculations nocturnes chez les garçons ainsi que l'apparition de la première règle chez les filles, qui annoncent l'arrivée de la puberté avec tous les changements corporels que cela implique.⁵

C'est à l'adolescence – période d'adaptation psychologique de la personnalité vis-à-vis de ces changements – que l'érotisation jusqu'ici ubiquitaire dans le corps se concentrera vers les zones érogènes, surtout les organes génitaux et visera le but de la pénétration. C'est aussi à cette période que l'objet de désir se définit.

Au début, l'objet de désir peut être l'enfant lui-même (narcissisme), ce qui illustre aussi la nécessité pour l'enfant de se sentir fortement aimé. Puis s'installe chez le petit

garçon le complexe d'Œdipe, où le premier objet d'amour investi sera la mère, ce qui induira une jalousie conflictuelle envers le père.

Durant cette étape du développement, le garçon démontrera sa bisexualité psychique, elle aussi découverte par Freud et aujourd'hui généralement admise. Ce qui veut dire que la différenciation des sexes est moins prononcée dans l'enfance qu'à l'âge adulte. Ceci implique qu'une partie de la personne peut désirer le père avec des réactions négatives envers la mère (Œdipe négatif).

Le garçon, dans la situation classique, cherchera une autre femme que la mère qu'il devra abandonner résolvant ainsi en partie le conflit œdipien qui restera plus ou moins présent dans la suite de son évolution personnelle.

Si l'on considère la sexualité de la personne adulte, celle-ci sera influencée par bien des facteurs en dehors de l'évolution psycho-émotionnelle que nous venons d'invoquer très sommairement. Il s'agit surtout de la quantité de libido, valeur influencée par des facteurs biologiques, mais aussi des entraves sous formes de points de fixation durant l'évolution de la sexualité infantile.

Pour les filles, un développement analogue est décrit quoique moins complètement chez Freud. De la sexualité féminine, Freud disait qu'elle était un continent noir et que si l'on voulait en savoir d'avantage il fallait consulter les poètes.

On peut naïvement se demander pourquoi toutes les filles et tous les garçons ne se sentent pas entièrement être des filles et des garçons et pourquoi tous ne sont pas attirés par des individus du sexe opposé, pouvant ainsi potentiellement procréer. Malgré ce qui précède, des différences dans la perception d'une identité sexuelle et celle de l'orientation sexuelle existent depuis la nuit des temps.

TROUBLES DE L'IDENTITÉ DU GENRE

Un jeune adolescent m'est adressé par des pédiatres. Il a fait son «coming out» me dit-on et les collègues se sentent quelque peu dépassés face à sa problématique. J'imagine que je vais rencontrer un garçon homosexuel mais son apparence et ses paroles à son arrivée indiquent autre chose. «Mais non, je ne suis pas homosexuel, je suis simplement une fille !», me dit-il. Et je dois successivement au cours de nos dialogues me rendre compte que je me trouve face à un jeune transsexuel.

Définition

L'identité du genre (Gender Identity en anglais) est le sentiment d'appartenance à son sexe biologique. Le rôle du genre (Gender Role) constitue l'expression externe de la masculinité ou de la féminité.

Les personnes transgenres ressentent un manque de correspondance entre leur sexe biologique et leur identité sexuelle perçue. Les travestis s'habillent de vêtements du sexe opposé, leur rôle du genre ne correspondant pas aux normes sexospécifiques acquises dans la société.⁶

Les filles appelées «garçons manqués» ou «Tom boys» sont les expressions populaires de ce phénomène – Les garçons sont parfois appelés «Pink boys» dans le monde anglophone. Il semble que l'expression du sentiment d'ap-



partenance à sa sexualité biologique peut se placer de façon fluide sur un continuum, tant pour les garçons que pour les filles.

Ceci peut aller jusqu'au transvestisme et dans les cas extrêmes à la transsexualité, où la personne se sent étranger dans son corps qui pour elle aurait une constitution biologique absolument contraire à celle intimement ressentie. C'est comme si une personne se sentait habiter le corps d'un étranger.⁷

Etiologie

La raison des troubles de l'orientation du genre n'est pas connue selon Gooren.⁸ Il y a cependant des études suggérant une influence des hormones sexuelles sur le comportement humain et ceci d'une façon permanente.⁹ Chez les psychanalystes, les implications cliniques des théories contemporaines du genre font l'objet de débats.¹⁰

Epidémiologie

Selon une étude suédoise, la prévalence des personnes transsexuelles qui consultent est d'environ 1 : 54 000, montre un ratio de 3 : 1 entre hommes et femmes et reste assez stable sur la durée. Des chiffres comparables sont rapportés d'Angleterre (1 : 53 000) et de l'Australie (1 : 42 000).¹¹

Soins

La prise en charge des enfants et adolescents atteints d'un trouble de l'identité du genre a fait l'objet de directives publiées par la Société des psychiatres britanniques.¹² Une autre publication américaine focalise sur la prise en charge des adolescents.¹³

Les traitements incluent des interventions hormonales, chirurgicales sur l'appareil génital ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique. Il est aisé de comprendre que le fait de se sentir étranger dans son propre corps augmente le sentiment de désarroi déjà présent chez beaucoup de jeunes face aux transformations corporelles pubertaires. Une prise en charge de la famille est souvent indiquée. Des études prospectives manquent sur les traitements psychologiques de jeunes transsexuel(le)s.

Prise en charge communautaire

Deux exemples concrets permettent ici d'éclairer une possible prise en charge communautaire.

A New York, il existe une école spécialisée (Harvey Milk High School) qui reçoit exclusivement des jeunes LGBT (Lesbien, Gay, Bisexuel, Transgenre) à l'âge scolaire afin de les préserver d'un harcèlement qu'ils subiraient dans une autre école.

Quand on est un homme mais que l'on se sent femme et que l'on s'habille en femme, faut-il aller aux WC pour hommes ou femmes ? La solution serait d'abolir la différenciation dans les toilettes. En Suède, il existe maintenant des WC publics pour toute la famille.

ORIENTATIONS SEXUELLES

Définition

L'orientation sexuelle se réfère au schéma de l'excitation physique et émotionnelle de l'individu envers autrui. Les

personnes hétérosexuelles sont attirées par les individus du sexe opposé, les homosexuel(le)s (gay pour les hommes, lesbiennes pour les femmes) sont attiré(e)s par les personnes du même sexe et les bisexuel(le)s sont attiré(e)s par des personnes des deux sexes.⁶

Un quatrième groupe, cependant controversé, est celui des personnes n'ayant aucun intérêt pour des activités sexuelles, les asexuel(le)s.

Etiologie

Les études portant sur l'influence des facteurs génétiques et hormonaux sur le genre et l'orientation sexuelle ont été soulevées.^{9,14}

L'homosexualité n'est plus considérée comme un trouble psycho-émotionnel. Pour les psychanalystes, l'homosexualité peut être éventuellement vue en tant que problème relatif au développement personnel.

Une discussion élaborée sur les concepts et les questions des diagnostics au niveau du DSM-IV a été publiée.¹⁵

Epidémiologie

La non-hétérosexualité existe indépendamment de l'origine nationale, raciale, sociale ou religieuse.

Selon une étude, 25% des jeunes de douze ans ressentent une incertitude quant à leur orientation sexuelle, chiffre qui tombait à 5% à dix-huit ans. Seulement 1,1% des étudiants se considéraient une prédominance homosexuelle ou bisexuelle. Une autre étude portant sur les 16-19 ans indique que 6% des femmes et 17% des hommes rapportaient avoir eu au moins une expérience sexuelle avec une personne du même sexe.⁶ Mais il semble qu'il existe une très grande variabilité entre les différentes orientations sexuelles, sans une différenciation absolue entre les hétérosexuel(le)s ou homosexuel(le)s.

D'habitude, il y a une congruence entre le sexe biologique, l'identité et le rôle du genre aussi bien chez les hétérosexuel(le)s que chez les homosexuel(le)s.

Soins

Lors d'une prise en charge d'un adolescent, la sexualité est toujours d'actualité – ne serait-ce que d'une façon sous-jacente – même si elle n'est pas l'objet de la consultation. Il est important de distinguer l'attraction sexuelle du comportement sexuel et de poser des questions neutres sur le partenaire sexuel et pas sur le copain ou la copine comme s'il serait évident que l'adolescent soit hétérosexuel. Les soins à prodiguer sont surtout liés à la stigmatisation. Les jeunes non hétérosexuel(le)s ont un plus grand risque d'avoir des problèmes scolaires, d'utiliser le tabac, l'alcool et d'autres drogues illégales, ils présentent aussi jusqu'à deux à sept fois plus de tendances à faire des tentatives de suicide.¹⁶

Prise en charge psychothérapeutique

Pour les adolescents présentant une incertitude quant à leur genre ou leur orientation sexuelle, il est important de fournir une écoute non directive et sans jugement qui leur permette de réfléchir et de pouvoir parler en toute quiétude de la sexualité avec une possibilité d'exprimer des hésitations et des retours en arrière plus ou moins tempo-



raires. L'instrument serait de favoriser l'expression aussi bien des pensées diurnes que des rêves nocturnes. Le but étant que l'adolescent les exprime et que lui soit mis à disposition un accompagnement durant le processus de maturation aboutissant sur une identité sexuelle et surtout pour les situations de harcèlement ou de crises suicidaires.

CONCLUSION

La détermination de l'identité sexuelle chez la personne serait donc le résultat de facteurs naturels et culturels, c'est-à-dire le résultat d'une interaction entre les chromosomes et les hormones, d'une part, et de l'influence de l'entourage depuis l'assignation d'un sexe à la naissance jusqu'aux interactions avec autrui selon les attentes et les conventions sociales de l'autre.

Nous avons vu que la vaste majorité de la population, créant une norme acquise, vit avec une congruence entre sa constitution biologique et son genre perçu ainsi qu'avec une orientation hétérosexuelle permettant la procréation

naturelle. Les personnes ne ressentant pas cette congruence ou n'ayant pas cette orientation sexuelle constituent des minorités sexuelles qui ont droit au respect et de se sentir incluses dans la société. ■

L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > Aborder toujours les aspects relatifs à l'identité sexuelle quel que soit le problème clinique en question
- > Entrevoir la possibilité d'un problème sexuel en dessous de manifestations de type psychiatrique
- > Ne pas négliger des composantes organiques éventuelles lors de manifestations psycho-sexuelles

Bibliographie

- 1 Faller A, et al. Le corps humain. Bruxelles: Ed de Boek Université, 2008;46.
- 2 ** Vignozzi L, et al. Sexuality and childhood. In: The ESSM Syllabus of Sexual Medicine. Amsterdam: Editors Porst H, Reisman Y. Medix Publishers, 2012;150-73.
- 3 Freud S. Trois essais sur la sexualité. Traduction Philippe Koeppel, Paris, Folio Essais, 1905.
- 4 Loewenstein R. La psychanalyse des troubles de la puissance sexuelle. Rev Française de Psychanalyse 1935; 4:538-600.
- 5 Garibaldi L, Chemaitilly W. Physiology of puberty. In: Nelson Textbook of Paediatrics, 2010;1886.
- 6 Frankowski BL, et al. Sexual Orientation and Adolescents. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. Pediatrics 2004;113:1827-32.
- 7 Di Ceglie D. A Stranger in my own body. Atypical Gender Identity Development and Mental Health. London: Ed. Karnac Books, 1998.
- 8 Gooren LJ. The care of transsexual persons. New Engl J Med 2011;364:1251-7.
- 9 Berenbaum SA, Beltz AM. Sexual differentiation of human behaviour: Effects of prenatal and pubertal organisational hormones. Front Neuroendocrinol 2011; 32:183-200.
- 10 Kulish N. Clinical implications of contemporary gender theory. J Am Psychoanal Ass 2010;58:231-58.
- 11 Landén M, et al. Prevalence, incidence and sex ratio of transsexualism. Acta Psychiatr Scand 1996;93:221-3.
- 12 Gender identity disorders in children and adolescents. Guidance for management. Council Report CR 63. London: Royal College for Psychiatrists, 1998.
- 13 Olson J, et al. Management of the transgender adolescent. Arch Paediatr Adolesc Med 2011;165:171-6.
- 14 Ngun TC, et al. The genetics of sex differences in brain and behaviour. Front Neuroendocrinol 2011;32: 227-46.
- 15 Drescher J. Queer diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistic Manual. Arch Sex Behave 2009;39:427-60.
- 16 Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ. Orientation sexuelle et santé mentale: une revue de la littérature. Rev Epidemiol Santé Publique 2009;57:437-50.

* à lire

** à lire absolument