

SEXUALITE NORMALE ET SES TROUBLES

*DrJ. Malka, Pr .P. Duverger
Service de pédo psychiatrie CHU Angers*

Le fil rouge de ce cours est la nécessité pour les professionnels de l'enfance et de l'adolescence de reconnaître la sexualité infantile et celle du jeune adolescent pour ce qu'elle est, sans confusion avec celle des adultes et sans déni défensif porteur de malentendus. Cette délimitation des générations renvoie à l'interdit fondamental de l'inceste qui fonde la société humaine. La "chose sexuelle" ne se dit pas facilement. Au-delà des formes singulières qu'elle prend pour chacun, ce cours en décrit les aspects généraux.

DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL DE L'ENFANT

Pour comprendre...

La sexualité, comme l'a découvert Sigmund Freud, concerne tous les plaisirs du corps que cet auteur nomme "plaisirs érogènes". Par exemple, le premier plaisir du corps est, pour le nouveau né, celui de se nourrir : il s'agit ici d'un plaisir érogène dit "oral" (la "sphère orale" correspondant, en termes anatomiques, à la cavité buccale). En fonction des étapes de la maturation physique et psychique, le plaisir érogène va progressivement inclure des zones nouvelles (zone anale puis urétrale) jusqu'à concerner, au moment de la période Oedipienne puis de la puberté, la sphère génitale proprement dite. La sexualité est alors référée au sexué, c'est-à-dire à la différence des sexes.

Ainsi, la sexualité au sens large concerne non seulement l'adolescent et l'adulte mais aussi l'enfant. On parle dans ce dernier cas de "sexualité infantile".

Cette sexualité infantile est soumise à de nombreuses vicissitudes. Certaines concernent l'enfant lui-même (certes au coeur de son environnement) et génèrent ce que l'on appelle des "conflits intrapsychiques" qui opposent les sentiments d'amour aux sentiments de haine. D'autres, parfois très graves, concernent les adultes qui s'occupent de lui et en particulier ses parents. Au premier rang de celles-ci figure la question extrêmement complexe de l'inceste, dominée par la "confusion des langues entre les adultes et les enfants". Le langage de la tendresse, en effet, est bien différent de celui de la passion. Confronté à l'enfant, l'adulte doit donc dominer le sexuel en lui, mais sans pour autant nier son existence et s'interdire tout affect ou mouvement de tendresse. C'est particulièrement important chez le tout petit pour lequel l'investissement libidinal maternel est le garant d'un bon développement psychoaffectif.

C'est ainsi qu'un lien se tisse entre l'histoire de l'adulte qui arrive avec son inconscient dans la relation avec l'enfant qui, lui, n'a pas encore constitué le sien. C'est en cela que la relation entre l'adulte et le nouveau-né n'est pas symétrique, et que la séduction de l'adulte envers ce nouveau-né est en quelque sorte "énigmatique" pour ce dernier, puisque cette séduction n'est, au départ, liée qu'à l'inconscient de l'adulte qui s'occupe de lui. On peut par conséquent considérer que l'acte de l'adulte dépasse toujours, par son aspect fantasmatique et par ce qui peut en transparaître, le simple aspect du soin, du quotidien.

Puis, petit à petit, la relation va devenir réciproque, bien qu'une certaine dissymétrie reste toujours présente. La situation anthropologique fondamentale est la matrice de toutes les situations ultérieures où, pour le meilleur ou pour le pire, c'est l'autre qui interpelle, dans son irréductible étrangeté.

C'est ainsi que le sexuel existe dans toute relation inter- humaine, mais que ce sexuel doit être dominé chez l'adulte, sans que son existence soit pour autant niée : par exemple la tendresse est liée au sexuel dans la mesure où elle en est une forme sublimée, remaniée par la psyché confrontée à la loi fondatrice de l'interdit de l'inceste. Non seulement cette tendresse ne mérite aucune sanction, mais elle est nécessaire, indispensable au développement psychoaffectif de l'enfant.

1°/ Comment la sexualité vient aux enfants

Vers 3-4 ans, le petit garçon s'extasie devant sa mère et lui avoue son intention de se marier avec elle quand il sera plus grand. La petite fille se contemple devant la glace pour juger de l'effet que produit le coussin qu'elle a fourré sous sa jupe et qui gonfle son ventre comme celui d'une femme enceinte. Les récréations de la cour maternelle résonnent d'amours changeants. Les jeux de découverte du corps, "du docteur" et "de papa-maman", montrent la curiosité des enfants pour le domaine sexuel.

Malgré les tentatives d'explication de plus en plus originales et audacieuses des adultes envers les enfants concernant la conception et les origines, les théories sexuelles des enfants n'en sont pas pour autant abrasées et continuent à s'élaborer, de manière plus ou moins consciente. Ces théories, parfois drôles, parfois "inquiétantes" pour les adultes que nous sommes, ont la particularité d'être satisfaisantes pour l'enfant dans la mesure où elles permettent à celui-ci d'échafauder pas à pas, en fonction de sa maturation physiologique et psychologique, ce qui deviendra peu à peu une représentation du monde sexuel des adultes.

Comment la sexualité arrive-t-elle aux enfants ?

Lors de ce premier éveil à la vie que représente la sensualité de la relation entre le bébé et sa mère, s'installent les prémices de la constitution de l'identité et de la sexualité de l'enfant : c'est à ce moment là que se construisent le premier attachement, le premier amour, les premiers investissements du corps, dans ces plaisirs sensuels qui fonderont la matrice de toute relation future, en particulier amoureuse. C'est en particulier la mère (ou le personnage maternant), par un travail de traduction, d'explication, qui permettra aux expériences désagréables voire douloureuses (comme par exemple la faim, les ballonnements, l'expulsion parfois pénible des selles etc.) d'être contenues, pensées, représentables, et donc de devenir acceptables pour son bébé. La mère et les adultes maternants ont donc le double rôle d'éveiller l'enfant à la sensualité et celui d'endiguer un surcroît de stimulations qui ne seraient pas tolérables pour le bébé et le déborderaient. La mère est donc stimulante autant que protectrice. Elle permet à son bébé de gérer peu à peu l'excitation dans une relation affective d'échanges.

Et le père? Nous n'avons pour le moment évoqué que la mère, en nuancant ce mot de "mère" pour évoquer les adultes maternants. Dans le maternage, le père n'est pas identique à la mère. Il n'a pas vécu, dans son corps, l'expérience de la grossesse, et son odeur, son rythme, ne sont pas aussi familiers au bébé nouveau-né.

A titre d'exemple, l'observation du contact entre père et nouveau-né montre que le père tient plus volontiers le nourrisson près de son cou, alors que la mère le tient vers la poitrine, ce

qui correspond à des zones "érogènes" de sensualité différente pour l'un et l'autre. Il s'adresse généralement au bébé sur un mode plus stimulant; il le tient de manière moins englobante, moins moulé à son corps, et il le berce plus verticalement. Les pères sont plus ludiques que les mères. Le tout petit bébé reconnaît essentiellement son père à sa voix et aux rythmes différents. Le père n'est ni la mère ni un étranger, et le bébé, dans le quotidien de la vie, s'organise d'emblée dans des relations à trois : c'est dans cette matrice triadique qu'il se fondera.

C'est toutefois la capacité interne de la mère à organiser une certaine distance, à limiter la fusion, qui lui permet d'introduire le père en tant que tiers. Dans ce mouvement, en chaque femme est interrogé l'équilibre entre sa fonction maternelle et sa féminité. Est également convoqué chez elle l'ensemble de son développement psychoaffectif, depuis son propre vécu de nourrisson jusqu'à ses résolutions Oedipiennes. Le fait qu'elle puisse, elle, désirer sexuellement un homme, dégage le bébé d'un trop grand rapprochement, introduit une limite et une frustration nécessaire au développement de l'enfant.

Progressivement, l'enfant va devenir autonome, du fait de sa motricité, mais aussi de son contrôle sphinctérien. La période de l'acquisition de la propreté signe une étape importante dans l'évolution de la sexualité de l'enfant : il renonce à ce moment-là aux bénéfices secondaires liés à l'érotisation des soins d'hygiène prodigués par sa mère, pour s'humaniser et être valorisé par sa mère et son père. Pour devenir grand, il admet une certaine perte. Il doit donc renoncer à la fusion initiale avec sa mère, afin de se différencier, de montrer qu'il peut faire sans aide. Ce n'est

d'ailleurs pas un hasard si cette période coïncide avec l'apparition du "non" (3^{ème} organisateur de Spitz). La toute-puissance qu'il a nécessairement ressentie quand il était bébé – c'est-à-dire l'idée que le monde s'organisait pour lui, autour de lui – trouve une limite. Il prend en effet conscience :

- d'une part de ses limites physiques (celles de son corps en tant que frontière avec l'environnement mais aussi en tant qu'objet en quelque sorte "incomplet", soumis à la frustration de ne pas faire tout ce qu'il souhaiterait faire);
- d'autre part des limites auxquelles ses désirs sont en principe inévitablement soumis du fait de la prise de conscience des interdits fondamentaux.

Sous l'égide d'une inconsciente menace de castration¹ (venue de l'extérieur en la personne du père (tiers "redouté"), le petit garçon renonce à être l'objet unique de l'amour de sa mère (tiers "regretté") et s'installe dans une relation de rivalité avec son père qu'il va tenter d'imiter et de surpasser plus tard. La petite fille, de son côté, renonce à posséder un pénis comme le petit garçon. Elle admet la différence, et déplace son envie sur le rêve de posséder un enfant de son père. Plus tard, ce sera d'un homme qu'elle souhaitera porter ce bébé. L'intériorisation par l'enfant de l'interdit de l'inceste est, à ce moment-là, au coeur même des processus de refoulement de tous ces désirs incestueux liés au développement normal de tout enfant.

L'amour des enfants pour leurs parents s'exprime beaucoup sur le mode de la séduction. Mais, ils rencontrent en face d'eux des adultes-parents qui répondent par la tendresse et non pas par l'érotisme, à condition qu'eux-mêmes aient renoncé à leurs premières amours incestueuses. C'est ainsi que les enfants comprennent la limite de leur séduction. D'un côté ils butent sur un interdit, et d'un autre sur leur immaturité physiologique. Ceci les conduit à se projeter dans l'avenir : plus tard ils auront un partenaire sexuel et des enfants...

La notion de « castration » vous est développée dans le cours intitulé « Stades du développement psychoaffectif de l'enfant »

L'enfant abandonne ainsi sa croyance en la toute-puissance, d'abord de lui-même, puis de celle de ses parents dont il découvre qu'ils sont soumis comme lui à la Loi.

Cette Loi, fondatrice de la personnalité, va conduire le Moi de l'enfant à l'élaboration de ce que l'on appelle "l'Idéal du Moi", que l'on pourrait comparer à une sorte d'adaptation du Moi aux exigences du Surmoi (représentant des interdits et des exigences morales). C'est ainsi que les désirs incestueux initiaux vont, durant ce que l'on appelle la "période de latence" (de l'âge de 7 ans environ jusqu'au début de la puberté), être refoulés par le Moi. Ce dernier va procéder à un travail de déplacement des buts pulsionnels initiaux (qui fonctionnent sous l'égide du principe de plaisir, c'est-à-dire de la toute puissance de l'enfant face à ses désirs) vers des objectifs plus socialisés : école, sport, activités créatives, etc... C'est ce que l'on appelle la sublimation.

Cette période coïncide avec l'ouverture des relations de l'enfant vers des figures autres qu'Oedipiennes, c'est-à-dire vers des personnes autres que celles qui ont assumé le rôle de père et de mère : maîtresse d'école, amitiés diverses, histoires d'amour... Ceci permet la liquidation progressive du complexe d'OEdipe.

C'est à partir de cette ouverture progressive au monde que va se développer toute la sexualité de l'enfant qui le conduira vers sa vie d'adulte sexué. La pulsion sexuelle prend ainsi sa dimension adulte dans l'échange, l'attente, selon des modalités culturelles qui permettent son expression et sa codification.

On comprend donc l'importance de l'accompagnement, par les adultes, du petit d'homme en devenir.

2°/ La construction de l'identité sexuée de l'enfant

La construction de l'identité sexuée ne va pas de soi. Elle n'est pas de nature biologique bien qu'elle s'appuie sur le biologique. En effet, peut-on réduire un homme ou une femme au seul corps sexué, mâle ou femelle ? Y a-t-il toujours une harmonie parfaite entre les caractères sexuels primaires et les représentations intrapsychiques que chacun se fait de son sexe ? Assurément non. Il faut nuancer.

L'identité sexuée est le résultat d'une construction. Cette construction commence d'ailleurs en dehors du bébé lui-même, dans la tête des parents, avant même la conception. Les parents fantasment en effet longtemps le sexe de leur futur enfant. Ces fantasmes sur le sexe du bébé s'originent notamment dans leur propre histoire, et s'y réfèrent en permanence. La construction de l'identité sexuée de l'enfant s'appuie donc non seulement sur sa propre histoire, celle qui débute à sa naissance, mais aussi sur l'histoire de ceux qui lui préexistent, et en particulier celle de son père et de sa mère.

S. Freud a beaucoup insisté sur la notion de bisexualité psychique fondamentale, originelle, chez tout être humain. En effet, ce n'est que peu à peu que le nourrisson, puis l'enfant, va devenir capable de discriminer dans son entourage les images masculines et féminines. Cette discrimination va s'établir graduellement.

On peut ainsi dégager une trajectoire évolutive qui va du stade anal (couple antagoniste actif/passif) au stade Oedipien (parent du même sexe ou de l'autre sexe, à conquérir ou à écarter, à qui ressembler ou non) en passant par le stade phallique (avoir un pénis ou non). C'est au travers de ces différentes oppositions que s'instaure progressivement pour l'enfant la représentation des statuts masculin et féminin.

Par ailleurs, il faut insister sur l'importance du désir parental, parfois inconscient, dans le développement identitaire sexuel de l'enfant : place faite au père par la mère, sexe de l'enfant imaginaire, relation à son propre sexe et à l'autre...

DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL DE L'ADOLESCENT

La puberté transforme radicalement. Elle se produit sans que les adolescents l'aient choisie. Pour certains, "à leur corps défendant", elle peut être difficile à accepter.

Les modifications somatiques/pubertaires peuvent se regrouper en trois catégories : croissance staturale, évolution des caractères sexuels primaires (organes génitaux) et secondaires (voix, pilosité, sein, système musculaire).

La survenue d'une croissance staturale rapide inaugure la puberté. Cette croissance est plus précoce :

- Chez les filles que chez les garçons (à milieu socio-économique égal). Les pics de croissance se situent vers 10 ans-10 ans^{1/2} chez les filles et vers 12 ans-12 ans^{1/2} chez les garçons.
- Dans les milieux socio-économiques favorisés.

Après des signes précurseurs de l'apparition des caractères sexuels secondaires (pilosité, pour les deux sexes, développement des seins chez les filles, mue de la voix et développement musculaire chez les garçons), vient l'avènement même de la puberté : premières règles pour les filles, premières éjaculations pour les garçons.

L'avènement de la puberté présente là encore un décalage entre les sexes de deux ans à deux ans et demi : la puberté moyenne des filles se situe vers 12 ans-12 ans^{1/2}, celle des garçons vers 14 ans.

Le rythme du développement/pubertaire est variable, et le plus souvent le développement physique et le développement psychoaffectif ne se poursuivent pas au même rythme. Des dysharmonies sont fréquentes et sans caractère pathologique : personnalité encore infantile dans un corps presque adulte ou, à l'inverse, personnalité mûre, presque adulte dans un corps encore infantile.

Il existe enfin une grande variabilité interindividuelle des transformations de la puberté et de l'adolescence. Cette variabilité est à relier aussi à des différences de contexte ethnique, familial, socio-économique et environnemental, en particulier nutritionnel. Ainsi, dans nos sociétés, il est intéressant de noter une évolution séculaire de la puberté avec une accélération de la croissance, une élévation de la taille et un abaissement de l'âge de la puberté.

Dans les sociétés occidentales, cette évolution vers une puberté plus précoce contraste avec un allongement de la période de l'adolescence associé au recul de l'insertion sociale. Ceci diffère d'autres sociétés, où l'adolescence reste une période courte, marquée par des rites initiatiques de passage.

Quoi qu'il en soit, la "métamorphose" que représente la puberté est un événement inéluctable et radical, qui va confronter les adolescents de façon nouvelle et directe à la sexualité. Plusieurs questions fondamentales découlent de cette confrontation :

- L'intégration d'une nouvelle image du corps sexué.
- La question de la relation à l'autre.

1°/ Intégration d'une nouvelle image du corps sexué

Deux ordres de réalité sont à dissocier :

- la réalité anatomo-biologique
- la réalité psychique.

Il convient de distinguer les séries complémentaires mâle/femelle et masculin/féminin. Le premier couple d'opposés (mâle/femelle) est déterminé par les forces biologiques qui fixent l'assignation d'un sexe à la naissance. Il conditionne le noyau d'identité de genre, qui par définition est exclusif : mâle ou femelle. Le second couple (masculinité/féminité) renvoie davantage à une position intrapsychique, subjective, qui, elle, n'est pas exclusive : elle inclut la possibilité de bisexualité psychique, dans les deux sexes.

A l'adolescence, une ligne de tension se crée entre :

- d'un côté l'affirmation d'une identité sexuée, clairement établie par le processus pubertaire,
- de l'autre, le deuil de la croyance en la réalité d'une bisexualité, croyance propre à l'enfance.

Pour mieux comprendre...

L'image que se fait l'adolescent de son identité sexuée ne renvoie à rien d'objectivable. Il s'agit d'une position subjective, bousculée par des transformations corporelles non maîtrisables, dont le résultat du processus reste assez imprévisible, tant sur le plan physique que pulsionnel. Si l'on se risquait à faire parler l'inconscient du jeune, il pourrait par exemple dire ceci : "Quel tour mon corps va encore me jouer aujourd'hui ?"

C'est ainsi que les préoccupations dysmorphophobiques (= peur, voire conviction d'avoir un corps ou le plus souvent une partie du corps déformé ou de volume anormal) viennent révéler les vicissitudes que l'adolescent rencontre dans l'intégration de cette nouvelle image du corps. C'est la perplexité de l'adolescent qui cherche avec insistance à se rassurer devant le miroir. C'est la période des longues heures passées dans la salle de bain, la porte fermée à double tour.

Tout se passe comme si l'adolescent cherchait à dissimuler sa sexualité, dans le but inconscient d'en préserver le processus. A ce titre, l'une des caractéristiques de cette période d'adolescence est le choix des vêtements, de l'uniformisation unisexe du jean, du port de pulls amples, masquant les formes qui risqueraient de révéler un corps différencié sexuellement. Il s'agit en fait pour l'adolescent en devenir, confronté à "l'entre-deux", de masquer habilement les changements qui s'opèrent en lui sans pour autant en entraver le processus, d'où la métaphore de la "chrysalide" ou du "homard" (F. Dolto "Paroles pour adolescents, le complexe du homard", Paris, Hatier, 1989).

2°/ Les modifications et les nouveaux enjeux de la relation à l'autre

Le processus précédemment décrit concernant l'acquisition d'une nouvelle identité sexuée engendre du même coup un certain nombre de modifications dans la relation du jeune à autrui. Il prend en particulier conscience de son incomplétude et de la complexité de son rapport voire de sa dépendance à l'autre, quel que soit son sexe. C'est ainsi que la tentation régressive vers l'enfance (tantôt rejetée, tantôt idéalisée, selon les moments) est fréquemment observée, comme en témoignent les conflits autour des affaires d'enfance (vêtements, jouets etc) qui encombrant la

maison et que l'adolescent refuse catégoriquement de jeter, même s'il ne s'en sert plus depuis longtemps.

Mais cette tentation régressive a une limite qui échappe à tout contrôle : celle du corps qui devient inéluctablement adulte, et qui oblige de manière impérieuse le jeune à se détacher du corps de ses parents du fait du "rapproché incestueux" fantasmé par le jeune ("Ne me touche pas !"). Mais au gain de liberté, représenté par la mise à distance des parents, correspond une perte potentielle, une menace : celle de l'abandon.

Fuir les parents pour atténuer l'excitation liée aux fantasmes incestueux, au risque de se sentir "lâché"... Chercher ailleurs de nouveaux objets d'amour (le plus souvent parmi les pairs), mais au risque de dépendre de l'autre et donc de compromettre sa quête d'identité... Voilà le double écueil que le jeune va devoir éviter.

L'adolescent va donc, par un effort de mentalisation, devoir réaménager des investissements narcissiques (= identité, estime de soi) et objectaux nouveaux. (= relations d'objet = relations aux autres). Cette mutation passe donc par une expérience de perte et confronte le jeune à un véritable travail de deuil : deuil de l'enfant idéal, deuil des parents idéaux.

3°/ Les mécanismes de défense intrapsychiques mis en jeu face à ces différents changements

Face à tous les remaniements et à l'anxiété que l'adolescence provoque, tous les mécanismes de défenses vont être mobilisés, certains d'entre eux étant plus spécifiques de cette période; ceci dans le but de lutter contre les différents conflits liés à la sexualité nouvellement rencontrée.

Nous insistons sur les mécanismes qui rendent les conflits psychiques moins menaçants en les neutralisant et en les déssexualisant. Ces mécanismes sont :

- la sublimation,
- l'ascétisme,
- l'intellectualisation.

"La "bêtise", comme mode de défense contre la sexualité, est par ailleurs souvent évoquée et reprise dans le langage commun sous le qualificatif "d'âge bête" : c'est ainsi que les fous rires, les plaisanteries "lourdes" ne sont qu'un détournement de l'excitation, une manière de parler de la sexualité sans la vivre encore.

CLINIQUE DE LA SEXUALITE A L'ADOLESCENCE

1°/ Généralités

La sexualité des adolescents est indiscutablement directement liée à l'avènement de la puberté. Les premières règles chez les filles et les premières éjaculations chez les garçons ouvrent la voie des premières rencontres sexuelles, depuis le premier flirt jusqu'à la grande passion amoureuse et aux premiers rapports sexuels.

Ces expériences nouvelles suscitent parfois certaines inquiétudes de la part des adolescents, en particulier lorsque ceux-ci se heurtent à un manque d'accompagnement de la part des adultes qui les entourent. Cet accompagnement est d'ordre éducatif mais aussi de nature "psychologique" au sens large.

L'éducation sexuelle s'intéresse à la connaissance de la sexualité, mais également à toute la question de la prévention : prévention des maladies sexuellement transmissibles et en particulier du SIDA grâce à l'utilisation du préservatif, contraception, prévention de la délinquance sexuelle au premier rang de laquelle figure la prostitution. Elle est réalisée par des professionnels de santé mais aussi par des adultes de l'entourage direct du jeune.

L'accompagnement "psychologique" sera réalisé par des adultes le plus souvent choisis par le jeune (adultes de confiance), parmi lesquels sont parfois retrouvées des figures apaisantes comme les grands-parents (comme l'illustre le film culte "La boum"!) ou comme les parents des pairs. Cet accompagnement permet de dédramatiser certaines expériences (premières règles chez la fille, premiers flirts, premières ruptures sentimentales etc.)

Dans tous les cas, l'écoute des interrogations et des préoccupations de l'adolescent respectera le rythme de la maturation psychosexuelle.

2°/ Activités masturbatoires à l'adolescence

La masturbation est une activité s'inscrivant dans un processus de découverte des zones érogènes et du plaisir génital. Elle permet aussi à l'adolescent de se rassurer sur le "bon fonctionnement" de ses organes sexuels. Cette activité, le plus souvent pratiquée en solitaire mais aussi parfois lors de caresses réciproques, est parfois fortement anxiogène et culpabilisante, du fait, notamment, de certains renforcements par des interdits parentaux.

Chez le garçon, la masturbation est surtout liée à la découverte de la relation entre l'érection et l'éjaculation. Toujours chez le garçon, il faut souligner la fréquence de certaines dysmorphophobies centrées sur la sphère génitale, comme par exemple l'angoisse du "petit pénis".

Les filles ont souvent, à l'âge adulte, refoulé leur expérience de masturbation, contrairement aux garçons. Chez la fille, la recherche de sensations agréables correspond à une exploration des zones érogènes plus diffuses à l'ensemble du corps, en comparaison à cette même recherche chez le garçon, qui est clairement centrée sur les organes génitaux externes.

On constate donc que l'activité masturbatoire diffère partiellement entre le garçon et la fille. Le premier cherche davantage à "se rassurer" sur sa puissance, la seconde découvre peu à peu les zones érogènes nettement plus diffuses de son corps, ce qui contribuerait à la qualité de l'épanouissement de la relation érotique chez la femme adulte.

3°/ Du premier flirt au premier rapport sexuel

- Les premiers flirts

Le premier flirt participe du jeu de séduction et peut être associé à des rituels de parade et des attitudes donjuanesques. Ce premier flirt peut être vécu avec un partenaire plus âgé, jouant le rôle d'initiateur. Se délimite ensuite progressivement tout le champ de l'intimité sexuelle partagée. Le vécu et l'empreinte de ces premières expériences, parfois ressenties comme intrusives, dépendront du contexte. La trace mnésique que ces expériences laissent reste souvent longtemps opérante dans la représentation fantasmatique que l'adolescent(e) se fait de la relation amoureuse.

- Les premiers rapports sexuels

En ce qui concerne le premier rapport sexuel, il peut avoir lieu plusieurs années après le premier flirt.

Selon les critères de certaines cultures et religions, la femme doit rester vierge avant le mariage. La défloration est alors inscrite socialement comme un rite nuptial, associant la communauté. Même si ces critères sont actuellement limités à certaines communautés, la symbolique de la première relation reste un événement inaugural.

De nos jours, la prévention des maladies sexuellement transmissibles et en particulier du SIDA entre en résonance avec la sexualité des jeunes. La prévention participe de l'information; la sexualité participe de l'expérience...Et l'on sait qu'à cette période de la vie, information et expérience (voire expérimentation) ne font pas toujours bon ménage ! C'est ainsi que, selon les dernières statistiques, l'usage des préservatifs dans la tranche d'âge de 14-16 ans lors des premiers rapports, reste rare, même si l'adolescent en dispose.

L'impact de cette première expérience ne doit être ni banalisé (car dès le début elle influence la vie affective), ni dramatisé (une première relation insatisfaisante n'engendre pas forcément une vie sexuelle ultérieure difficile !).

En ce qui concerne les principales interrogations des adolescents au sujet du premier rapport sexuel, il faut retenir :

- Chez la fille, certaines inquiétudes (voire certains fantasmes) en lien avec la pénétration. Cette inquiétude ou ces fantasmes, lorsqu'ils existent, révèlent la plupart du temps un décalage entre la réalité anatomique et physiologique d'une part et les représentations mentales (parfois très erronées) que la jeune fille se fait de son corps et de son fonctionnement. D'où l'importance de l'information médicale, qui sera si possible assurée par un(e) gynécologue.

- Chez le garçon, une inquiétude sur le risque de défaillance, qui le confronte à la représentation qu'il se fait de sa virilité.

Dans ce contexte d'adolescence, le premier rapport sexuel sera donc d'autant plus satisfaisant :

- qu'il s'inscrira dans une relation amoureuse qui dépasse le souci de "performance" sexuelle,
- qu'il traduira l'aboutissement d'une relation affective dans lequel le dialogue permettra l'écoute réciproque du rythme et des attentes de chacun.

4°/ Cadre législatif

- Cadre législatif relatif aux relations sexuelles chez les mineurs :

Le Code Pénal reconnaît aux mineurs de 15 ans révolus le droit de consentir librement à des relations sexuelles. Néanmoins, le législateur a souhaité protéger les adolescents de 15 à 18 ans des pressions dont il pourrait faire l'objet dans le domaine sexuel. Sont ainsi interdites les relations sexuelles d'un mineur de moins de 18 ans avec un ascendant légitime, naturel ou adoptif, une personne ayant autorité sur le mineur ou une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. Les relations homosexuelles suivent exactement les mêmes dispositions que les relations hétérosexuelles (Loi 82.683 du 04.08.1982).

Remarquons au passage que la question de la sexualité des mineurs est traitée de manière paradoxale par notre système juridique puisque le Code de la Santé Publique autorise la

délivrance de produits contraceptifs quel que soit l'âge, alors que le Code Pénal ne reconnaît aux mineurs le droit de consentir à des relations sexuelles qu'à compter de 15 ans révolus.

11

- Cadre législatif relatif à la contraception :

Une mineure, quel que soit son âge, n'a besoin d'aucune autorisation particulière, notamment parentale, pour la prescription de produits contraceptifs. Si elle souhaite bénéficier de l'anonymat et de la gratuité, l'adolescente a la possibilité de se voir prescrire et délivrer des contraceptifs auprès des centres de planification ou d'éducation familiale agréés (Loi 74.1026 du 04.12.1974.) En outre, ces centres sont habilités à assurer, à titre gratuit et de manière anonyme, aux mineurs qui en font la demande, le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles (Loi 90.86 du 23.01.1990).

5°/ Les dysharmonies et les avatars de la sexualité

- Pour l'adolescent

Les principales préoccupations concernent l'impuissance et l'éjaculation prématurée. Plus rarement, la plainte concernera un trouble du désir sexuel.

En ce qui concerne l'impuissance, il s'agit d'un trouble de l'érection qui peut être primaire ou secondaire. Ce trouble peut traduire une angoisse phobique avec classiquement le fantasme du "vagin denté", réactualisant, pour la psychanalyse, une angoisse de castration (voir le cours sur le développement normal de l'enfant). Par principe, l'exploration médicale écartera une participation organique au trouble (problème vasculaire, diabète par exemple).

En ce qui concerne l'éjaculation prématurée, elle est surtout contemporaine des premiers rapports. Le risque est qu'elle s'installe dans un scénario d'anticipation de l'échec, avec pour conséquence un vécu auto-dépressif associé. Il est important de rassurer l'adolescent, en lui expliquant notamment la différence physiologique entre la courbe de la réponse sexuelle chez le garçon et celle à monter plus progressive de la fille et de valoriser la notion de plaisirs préliminaires pour le dégager d'une recherche (fréquente) de performance sexuelle en lien avec des exigences démesurées.

Plus rare mais plus grave est l'anéjaculation (= absence d'éjaculation), manifestant souvent une problématique obsessionnelle de rétention (voir le cours de psychiatrie sur la névrose obsessionnelle).

Si le trouble du désir sexuel concerne l'ensemble des femmes rencontrées par le jeune, il faut rechercher une dépression sous-jacente, mais aussi penser à une inhibition liée à une homosexualité latente.

- Pour l'adolescente

Il peut s'agir principalement de :

- Troubles du désir, fréquents, souvent en lien avec un manque de disponibilité d'un partenaire ne respectant pas l'éveil sexuel de la jeune femme.

- Vaginisme (contraction involontaire incoercible des muscles releveurs de l'anus empêchant toute pénétration). Il traduit une réaction phobique, fréquente chez les adolescentes, en lien avec des fantasmes d'intrusion traumatique. Ces fantasmes d'intrusion sont eux-mêmes à relier avec l'image que se fait l'adolescente de son propre corps : le vagin est souvent fantasmé comme très étroit par rapport au pénis, et en continuité avec l'intériorité corporelle.

- Dyspareunies (douleurs lors de la pénétration). Elles sont parfois un équivalent de vaginisme. Il s'agit dans ce cas de dyspareunies superficielles. Mais, qu'elles soient superficielles ou profondes, le diagnostic de dyspareunies doit faire rechercher une cause gynécologique.

- Anorgasmie (absence d'orgasme). Il s'agit de la plainte la plus fréquente. Elle peut traduire :
 - Une problématique névrotique (en particulier sur une personnalité hystérique),
 - La confrontation à de nouvelles normes sexuelles développées par une sur-médiatisation tout à fait inappropriée de la performance sexuelle...
- Une dépression.

- Les consultations en couple

Il arrive parfois de voir des couples d'adolescents consulter, souvent à propos d'un symptôme porté par l'un des deux partenaires. Ce symptôme concerne le plus souvent la sexualité, sur laquelle est fréquemment focalisé l'essentiel de leurs conflits. Le couple est donc à percevoir comme une dyade dans lequel existent des interactions fantasmatiques (souvent inconscientes). On note par exemple des relais de symptômes d'un partenaire à l'autre, véritable symptôme à bascule: c'est ainsi que l'amélioration d'un symptôme de vaginisme chez la fille peut révéler une impuissance chez le garçon...

6°/ La question de l'homosexualité

Les expériences homosexuelles sont fréquentes au moment de l'adolescence, en particulier dans des circonstances favorisantes comme par exemple un contexte de promiscuité, institutionnelle notamment.

Cependant, ces expériences n'engagent pas encore le choix définitif d'objet amoureux. La plupart du temps, elles ne font que prolonger la bisexualité psychique constitutive originelle (évoquée dans le chapitre consacré au développement de l'identité sexuelle chez l'enfant) durant la période de structuration de l'identité sexuelle qu'est l'adolescence.

Parfois, l'homosexualité se confirme, en relation avec certaines particularités du développement psychosexuel de l'enfant. Ces particularités concernent notamment certaines vicissitudes dans les processus d'identification aux parents.

7°/ Les perversions

Il s'agit principalement :

- du travestissement,
- du fétichisme,
- de l'exhibitionnisme et du voyeurisme.

Pour mieux comprendre...

Le terme de perversion ne doit pas être compris ici en référence à une "moralité", bien que certaines perversions soient objectivement condamnables lorsqu'elles portent atteinte à l'intégrité physique et psychique d'autrui (exemple de la pédophilie). Il s'agit donc d'utiliser ce terme avec toutes les précautions qui s'imposent.

La perversion peut être considérée comme une déviation par rapport à l'acte sexuel "normal" défini comme coït visant à obtenir l'orgasme par pénétration génitale, entre deux personnes classiquement de sexe opposé, sexuellement matures et consentantes. Cette définition n'exclut plus maintenant l'homosexualité, qui n'est plus considérée de nos jours comme une perversion sexuelle mais comme une variante de la vie sexuelle.

Classiquement on évoque la perversion lorsque :

- l'orgasme est obtenu avec d'autres objets sexuels (pédophilie, zoophilie etc.) ou par d'autres zones corporelles (coït anal par exemple),
- l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à certaines conditions extrinsèques (fétichisme, transvestisme, voyeurisme et exhibitionnisme, sado-masochisme), celles-ci pouvant même apporter à elles seules le plaisir sexuel.

13

D'une façon plus générale, on désigne comme perversion l'ensemble du comportement psychosexuel qui va de pair avec de telles atypies dans l'obtention du plaisir sexuel.

La sexualité infantile, en tant qu'elle est soumise au jeu des pulsions étroitement liées à la diversité des zones érogènes et en tant qu'elle se développe avant l'établissement des fonctions génitales proprement dites (se reporter aux différents stades du développement psychosexuel: stades oral, anal, urétral et phallique, complexe d'Oedipe) peut être décrite comme "disposition perverse polymorphe" (S. Freud).

- Travestissement

Pour le garçon, l'identité de genre du travesti est bien masculine. Le garçon ne doute donc pas d'être un garçon. Le développement sexuel et psychosexuel s'est effectué de façon apparemment normale jusqu'à la puberté. Puis le garçon se déguise en femme, souvent de façon caricaturale, pour être perçu par l'autre comme femme, tout en se sachant homme. Ce déguisement féminin est source d'excitation sexuelle, en particulier au moment du dévoilement du sexe anatomique, duperie source d'une jouissance orgasmique.

Certains auteurs considèrent que l'homologue féminin du travesti n'existe pas. Certaines femmes peuvent adopter l'habillement ou le comportement masculin, mais il n'y a ni scénario pervers où l'autre est dupé sur l'identité sexuelle, ni jouissance liée à la mise en acte de ce scénario.

- Fétichisme

L'intérêt sexuel est ici polarisé sur des objets particuliers qui permettent seuls d'accéder à la jouissance.

- Exhibitionnisme et voyeurisme

Ils correspondent plutôt chez l'adolescent à une interrogation identitaire que l'on pourrait résumer par deux questions :

- "Comment me perçoit-on en tant qu'individu sexué ?"
- "Est-ce que je me retrouve à travers les autres ?"

8°/ La question du transsexualisme

Le transsexualisme se caractérise par la conviction inébranlable d'appartenir à un genre contraire au sens anatomique.

Il n'est pas considéré comme une perversion sexuelle pour la simple raison qu'il n'implique aucune recherche particulière de plaisir, de jouissance. Il confronte au contraire le sujet à une intense souffrance, celle d'être partagé entre d'un côté la constatation d'un sexe anatomique et de l'autre le sentiment profond d'appartenance au sexe opposé. Contrairement au travesti, le sujet transsexuel cherche donc, sans plaisir, à rendre son identité conforme à ce qu'il pense être sa vraie nature.

Le transsexualisme masculin est plus fréquent que le transsexualisme féminin. Il commence très tôt dans la vie, dès le plus jeune âge, contrairement au travestissement. Le garçon

transsexuel s'est en effet toujours senti féminin et a été un enfant transsexuel, rejetant toute masculinité, comme l'anamnèse le montre, à travers des comportements féminins.

Il est important de bien repérer la spécificité clinique du transsexuel, d'autant que se pose à l'âge adulte la question d'une reconnaissance juridique avec modification de l'état civil, qui permettrait une harmonisation entre sexe psychique et sexe anatomique.

9°/ Intersexualité avec ambiguïté génitale externe

L'ambiguïté génitale est reconnue la plupart du temps très tôt dans la vie de l'enfant, (donc bien avant l'adolescence). Toutefois, la période d'adolescence va parfois venir réactualiser un certain nombre de questions, en particulier :

- Celle de l'identité sexuée,
- Celles des possibilités de la vie sexuelle:
 - capacités réelles (rapports sexuels, fertilité...)
 - mais aussi capacités à fantasmer la relation amoureuse, du fait de l'incertitude sur son identité sexuelle, elle-même sous-tendue par un flottement concernant l'identité de genre.

L'évolution sera d'autant plus favorable qu'une identité sexuelle aura été "adoptée", investie psychiquement par les parents, dès les premières relations, avec certitude, cohérence et continuité, quel que soit le caryotype révélé ultérieurement.

Les traitements et les décisions de transformations chirurgicales devront prendre en compte ce sexe adopté par les parents et investi par l'enfant dès les premières relations. Ceci prévaut sur tout autre facteur. Quelle que soit la décision prise par rapport à une réorientation sexuelle, une psychothérapie est souvent utile afin de travailler cette question difficile qu'est l'identification à un sexe.

10°/ Les maltraitances sexuelles

Il convient d'emblée de distinguer les abus sexuels intra familiaux (inceste) des abus sexuels extra familiaux. En effet, les déterminants, tout comme les conséquences psychiques, sont bien différents selon que l'on considère les premiers ou les seconds.

- Abus sexuels intra familiaux

Les abus sexuels intra familiaux sont plus fréquents au moment de la puberté, les plus souvent rencontrés étant l'inceste père/fille ou beau père/belle fille. L'inceste mère/fils est rare et implique le plus souvent dans ce cas un trouble du registre psychotique chez la mère.

Par souci de commodité, nous parlerons de "la victime" pour désigner l'adolescent(e).

Aucun milieu socioculturel n'est épargné par le phénomène de l'inceste.

Pour mieux comprendre...

Pour avoir une idée des causes profondes de l'inceste, retenons que celles-ci sont en lien avec la non résolution du complexe d'Oedipe, qui, on le rappelle, instaure normalement la loi fondamentale de l'interdit de l'inceste. Cette loi, en particulier, est à l'origine de tout le code hiérarchique des générations, de la distribution des rôles et de la place de chacun au sein du groupe familial et social. Elle pose les limites tant physiques que psychiques entre les personnes. Le principe essentiel d'intégrité de la personne repose donc sur cette loi symbolique universelle.

Dans le cas de l'inceste, à la loi symbolique se substitue la loi du silence. C'est ainsi que l'inceste se pérennise, fondé sur le secret et la menace qui pèse sur sa révélation. Concernant la révélation de l'inceste, celle-ci met souvent beaucoup de temps à pouvoir se faire, du fait du caractère innommable de la violence subie, mais aussi du fait du conflit de loyauté auquel le ou la jeune est confronté.

Cette violence subie sera, de ce fait, généralement exprimée par des manifestations variées souvent peu spécifiques retrouvées dans trois registres :

- Registre somatique : Troubles fonctionnels divers (céphalées, douleurs abdominales, troubles gynécologiques...)
- Registre des comportements agis :
 - Troubles des conduites (fugues, conduites à risques, conduites toxicomaniaques, anorexie...)
 - Accidents à répétition.
 - Passage à l'acte suicidaire.
- Registre scolaire : échec scolaire.

C'est devant l'insistance des troubles et l'absence d'orientation clinique claire que l'interlocuteur devra évoquer l'hypothèse de l'inceste.

Cette hypothèse peut être renforcée par :

- certains moyens d'expression tels le dessin ou l'écriture,
- mais aussi par certains fonctionnements familiaux évocateurs :
 - Répétition de carences et de maltraitances sur plusieurs générations.
 - Délimitations générationnelles floues, avec confusion des rôles de chacun des membres de la famille, en particulier des parents et des enfants.
 - Troubles précoces de la parentalité.

La prise en charge s'effectuera à différents niveaux :

- Médical (hospitalisation afin de protéger la victime)
- Juridique (signalement au Procureur de la République (le médecin n'est plus tenu à l'obligation du secret professionnel dans ce cas, conformément à la loi de juillet 1989 et aux dispositions du code pénal)
- Psychiatrique (à la fois individuelle et familiale, afin de tenter d'infléchir la répétition de la transaction incestueuse au fil des générations)
- Educatif (mise en place de mesures éducatives aidant les membres de la famille à mieux repérer sa place.
- Social.

Cette prise en charge est donc nécessairement pluridisciplinaire, dans le cadre d'un travail en réseau.

- Abus sexuels extra familiaux

Tout traumatisme lié au viol, souvent avec effraction de la virginité à l'adolescence, risque d'entraver l'épanouissement psychosexuel de la victime, d'autant que la honte et la culpabilité en ont maintenu le secret, empêchant toute élaboration mentale de l'événement traumatique et de sa place dans la vie psychique du sujet.

Contrairement au cas de l'inceste, la question de la dégradation des images parentales, ainsi que celle de la répétition de la violence sexuelle de générations en générations ne se pose que rarement, et ce d'autant moins que la personnalité du patient est déjà constituée.

11/ Prostitution et adolescence

La prostitution chez l'adolescent(e) n'est pas exceptionnelle. Les études épidémiologiques actuelles montrent qu'elle augmente considérablement, non seulement chez les filles mais également chez les garçons.

L'immaturation psychoaffective et sexuelle ainsi que les paramètres socio-économiques rendent très certainement les adolescents plus vulnérables au commerce sexuel avec les adultes.

L'histoire familiale de ces jeunes est souvent très perturbée, la prostitution mettant souvent en acte de graves transgressions, notamment incestueuses. Elle met ainsi en jeu une défaillance honteuse dans les transactions intra familiales et intergénérationnelles. La prostitution se fait donc souvent l'expression d'un matériel honteux resté inavouable et secret.

Notons dans la trajectoire conduisant l'adolescent à la prostitution, l'importance de la rencontre avec "l'initiatrice", souvent une prostituée, identifiée à une figure maternelle.

Enfin, des circonstances de dérive, telles que la nécessité d'obtenir de l'argent le plus rapidement possible afin d'assouvir un besoin toxicomaniaque, favorise cette trajectoire et accroissent le risque de contamination par le virus du SIDA.

L'approche de ces jeunes est donc nécessairement pluridisciplinaire et pluri-focale (médicale, psychologique, sociale, éducative, médico-légale...).

12°/ Grossesse à l'adolescence

Les adultes, et notamment les professionnels de santé, considèrent qu'avoir un enfant à l'adolescence est une grande singularité. Une très jeune fille - de plus en plus souvent un très jeune couple - qui entre "par la grande porte" et "avant l'heure" dans le monde et le rôle des adultes, court-circuite en quelque sorte l'image que l'on se fait de l'adolescence, à savoir celle d'une transition que les sociétés modernes ont voulu lui faire jouer. Il faut en effet savoir que dans les sociétés traditionnelles, si les rites initiatiques correspondent à la période d'adolescence de nos sociétés, ils n'en demeurent pas moins de très courte durée (quelques jours ou semaines) et permettent à l'enfant d'accéder directement au statut social d'adulte. Par ailleurs, et cela va de soi, la prise en compte des facteurs socio-économiques conserve toute son importance dans l'étude de la fécondité des adolescents de tel ou tel pays.

Il faut donc retenir que ce qui caractérise surtout la grossesse et la parentalité en période d'adolescence, c'est le contexte culturel, social et émotionnel de leur émergence, ainsi que leur signification profonde dans l'histoire des jeunes.

Nous développons dans ce chapitre, les différents aspects de la grossesse chez les adolescentes de nos sociétés dites "modernes".

- Quelques chiffres européens...

En Europe, les taux de fécondités (taux de naissance) des 15-19 ans varient beaucoup d'un pays à l'autre : 33 pour mille au Royaume uni, 14 pour mille en Suède, 9 pour mille en France, 6 pour mille aux pays Bas, 5 pour mille en Suisse, en 1990. On s'explique mal ces différences. En France, les taux de fécondité des 15-19 ans ont évolué dans les dernières décennies. Si la diminution est très sensible pour les 18-19 ans, elle est moins marquée pour les plus jeunes.

Par ailleurs, le taux de fécondité, qui se fonde sur la natalité, ne prend pas en compte les grossesses interrompues volontairement. Or, à l'adolescence, celles-ci sont plus nombreuses que

les grossesses menées à terme. En France, chez les moins de 18 ans, les deux tiers des grossesses sont interrompues. La proportion de grossesses menées à terme diminuant avec l'âge : à 14 ans, environ 6 grossesses sur 7 font l'objet d'une IVG. Actuellement, le taux d'IVG des adolescentes diminue régulièrement.

- Le contexte familial

Il n'est pas spécifique ! Toutefois, sont souvent retrouvées les éléments suivants :

- Famille déstructurée ou dont la composition est instable (fréquence des situations de ruptures dans le cycle familial tels que divorces, séparations...)
- Antécédents de prise en charge institutionnelle de l'adolescente ou de la mère.
- Adolescente elle-même née d'une mère adolescente, avec un père géniteur absent ou exclu.

- Grossesses interrompues

* Interruptions spontanées

Ces grossesses passent souvent inaperçues, en imposant davantage pour des troubles des règles. Il faut donc savoir y penser et prendre le temps nécessaire avec la patiente durant la consultation gynécologique.

* Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

La question de l'IVG comprend plusieurs volets :

- Médical
- Médico-légal (cadre législatif)
- Socio-éducatif
- Psychologique.

Les trois premiers volets sont traités dans le cours de gynécologie obstétrique relatif à l'I.V.G. Seul est donc abordé le volet psychologique.

Volet psychologique :

L'écoute d'adolescentes dans les centres de régulation des naissances a amené à constater que, bien souvent, l'IVG représentait pour ces jeunes filles une sorte de compromis entre désir (inconscient) de grossesse et non-désir d'enfant.

Sur le plan pratique, il est nécessaire d'accompagner l'adolescente dans sa demande d'IVG. Cela permet par ailleurs de mieux cerner les aléas d'une contraception toujours insatisfaisante, traduisant l'ambivalence du désir de grossesse.

L'existence de centres de consultation préparés à l'écoute des adolescentes, accueillant gratuitement et sans l'accompagnement des parents, permet de mieux recevoir la demande de contraception, en particulier pour les plus jeunes chez lesquelles cette demande n'est pas facile à formuler. Un tel cadre thérapeutique, facilement "lisible" pour la jeune fille, peut permettre de "fidéliser" un suivi, notamment en post-IVG où un travail de deuil long et difficile s'engage.

- Adolescence et désir d'enfant

Lorsque la grossesse va à son terme, elle est révélée souvent tardivement, que l'enfant soit désiré ou non. Les révélations tardives ont pour première conséquence le dépassement du délai retenu pour une IVG. Ce retard de révélation peut être sous-tendu par des problématiques très variables, telles :

- un vécu honteux et inavouable de la grossesse,

- ou au contraire le désir réel d'enfanter et de mettre l'entourage "devant le fait accompli".

Sur le plan obstétrical, les problèmes posés sont liés :

- Au risque de mauvaise surveillance de la grossesse du fait du retard à sa découverte.
- Au risque d'un accouchement difficile du fait de particularités anatomiques.

Sur le plan médical, le risque de séropositivité chez l'adolescente, surtout si elle est toxicomane, amène le médecin à pratiquer des examens biologiques de dépistage sur la mère et l'enfant.

Sur le plan psychologique, le choix de mener la grossesse à terme peut comporter plusieurs dimensions psychopathologiques :

- La recherche d'affirmation d'une identité féminine jusqu'alors fragile. Dans ce cas, l'investissement de l'enfant est essentiellement narcissique, conçu "pour elle". Le père géniteur est alors souvent en retrait, réactualisant le tiers exclu paternel.
- La révolte d'une adolescente dans un contexte de carences affectives et éducatives. Existe ici une dimension de "provocation" à l'égard de l'entourage.
- Une identification à l'enfant que l'adolescente offre "en cadeau" à sa mère. La problématique prend ici sa source dans un sentiment de dette insurmontable et tyrannique envers la mère, ce qui vient convoquer la qualité des relations mère fille.

En pratique, et même lorsque la situation paraît difficile, il ne faut pas négliger la capacité de la jeune mère à mobiliser des ressources maternelles parfois surprenantes. La période de séjour hospitalier lors de l'accouchement et des suites de couches devra être considérée par les soignants comme un temps privilégié dans l'investissement de la fonction maternelle. Cet investissement est souvent délicat du fait d'un manque de temps, chez la mère de l'adolescente, pour transmettre à sa fille un "savoir identifiant" suffisant sur la fonction maternante. L'équipe médicale jouera ainsi souvent le rôle d'écran par rapport aux grands-parents qui peuvent vouloir se substituer à la mère dans sa fonction parentale.

Enfin, dans les situations où la naissance est insupportable pour l'adolescente, se pose alors l'éventualité d'un abandon de l'enfant et d'un accouchement sous X.

L'accouchement sous X (décret 74.27 du 14.01.1974, art.209)

Il s'agit là d'une particularité propre à la législation française : toute femme, y compris mineure, peut demander à bénéficier de l'anonymat de l'admission pour sauvegarder le secret de sa grossesse ou de la naissance, notamment dans la perspective d'un abandon de l'enfant pour adoption. Cet acte constitue un accouchement "sous X". Aucune pièce d'identité n'est exigée, ni aucune enquête entreprise. Un dossier médical non nominatif est constitué et l'enfant est confié à l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.)

S'il s'avérait nécessaire de pratiquer une césarienne ou tout autre acte chirurgical, aucun consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou du représentant légal ne serait exigé.

La reconnaissance d'un enfant et l'exercice de l'autorité parentale

Un adolescent mineur peut reconnaître un enfant naturel dans la mesure où la reconnaissance est un acte personnel volontaire (Cour de cassation, 28.03.1884). Les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale des parents mineurs sont les mêmes que pour les parents majeurs.

Pour en savoir plus...

Barraco de Pinto M. : Comment la sexualité vient aux enfants. Revue Enfance et Psy, 2001, 17, 17-20.

Ferrari P. : Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Ed. Flammarion, 2001.

Golse B. : Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Ed. Masson, Paris, 1994.

Michaud P-A, Alvin P. : La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Ed. Payot Lausanne, 1997.