

Faculté de Médecine d'Oran

Département de Médecine

Conférence de 3^{ème} année de pédopsychiatrie

Sexualité à l'adolescence

Pr. S. Mouffok- Dr T. Feghoul

Maitre de conférences « A » en Pédopsychiatrie

Service de Pédopsychiatrie

Etablissement Hospitalier Spécialisé de psychiatrie d'Oran - Sidi Chami

Sexualité à l'adolescence

S.MOUFFOK, Maître de conférences « A », Faculté de médecine d'Oran
Chef de Service de Pédopsychiatrie, EHS Sidi Chami

Objectifs :

- Connaître les principaux aspects de la sexualité chez l'adolescent
- Savoir identifier les principaux troubles de la sexualité à l'adolescence
- · Connaître les principes de prévention des troubles de la sexualité chez l'adolescent

Introduction :

La sexualité adolescente représente un domaine mal définissable, susceptible de constantes transformations, mais riche de perspectives, ces dernières à leur tour aptes à nous faire mieux comprendre la sexualité de l'adulte.

Ces états et/ ou troubles requièrent certes une écoute, une prise en charge professionnelle et compétente, des médiateurs non négligeables (familles, pairs, tiers adultes) entrent souvent en ligne de compte.

I) Notion de sexualité chez l'enfant. Rappel sur la « sexualité infantile »

- En médecine, le mot sexualité désigne habituellement les comportements qui concourent à l'exercice de la fonction sexuelle.
- Avec Freud et la psychanalyse, ce terme a pris une signification plus large : il est utilisé pour désigner tous les plaisirs du corps que cet auteur nomme "plaisirs érogènes", dont la recherche est considérée par lui comme fondamentale dans le développement affectif de l'enfant.
- Pour parler de la genèse de cette sexualité on parle de "sexualité infantile", qui décrit les modalités, conscientes et inconscientes de la recherche du plaisir au cours du développement, dont les avatars vont retentir notamment sur l'exercice de la sexualité génitale de l'adulte, mais aussi sur l'organisation globale de la personnalité.
- La "sexualité de l'enfant" proprement-dite concerne uniquement ses comportements qui sont centrés sur les parties génitales de son corps.

II) Clinique de la sexualité normale et pathologique

II.1. Chez l'enfant :

- Bien que l'exercice de la sexualité génitale n'apparaisse évidente qu'à partir de l'adolescence, l'intérêt pour les organes génitaux externes, la différence des sexes et les relations sexuelles entre les parents est manifeste chez l'enfant à partir de la 3ème année.
- En parallèle à cette découverte par le jeune enfant du sexe et de la sexualité, des troubles peuvent apparaître à la mesure de ses intérêts, de sa curiosité, des réactions et des réponses de son environnement, à propos :
 - de la normalité ou anormalité de ses organes génitaux externes ;
 - de la crainte de perdre le pénis (chez le garçon) ou du regret de ne pas en avoir (chez la fille) ;
 - de ses théories sur la manière de fabriquer les enfants.
- La découverte, par la palpation exploratoire, des organes génitaux externes, peut donner lieu à des conduites masturbatoires banales, qui ne deviennent un signe pathologique que si elles sont répétées et frénétiques. Elles peuvent être un motif de consultation chez le médecin, par des parents inquiets, eux-mêmes parfois mal à l'aise avec leur propre sexualité.
- De même les conduites d'exhibition ou de voyeurisme, l'espionnage de l'intimité des parents, les jeux de découverte mutuelle du sexe entre garçons et filles, les déguisements, sont banaux et « normaux »
- chez l'enfant. Elles devront être considérées comme « à risque pathologique », si elles deviennent trop fréquentes, envahissantes, déclenchant des réactions disproportionnées de l'entourage.
- Elles peuvent être révélatrices de troubles de la personnalité, d'une déficience intellectuelle, d'une psychose, mais aussi de carences affectives ou d'initiations sexuelles précoces par des adultes ou d'autres enfants.

II.2. Chez l'adolescent :

II.2.1. Sexualité « normale » de l'adolescent :

- Sur le plan de la sexualité génitale, c'est à l'adolescence, au moment de l'avènement de la puberté physiologique qu'a lieu la découverte ou la redécouverte, pour certains qui l'ont déjà expérimenté dans l'exploration de leur corps d'enfant, du plaisir sexuel auto-déclenché ou partagé dans des relations interindividuelles au cours des premiers flirts, des premières relations amoureuses, des premières relations sexuelles.
- Ces événements physiologiques habituellement bien vécus peuvent être angoissants, honteux, voire traumatisants pour certains, en particulier en cas de défaut d'accompagnement, c'est-à-dire défaut d'information, voire de dissimulation de la part des parents, de la société, rendant la curiosité normale de l'enfant culpabilisante pour lui.
- Souvent cet accompagnement et cette information seront réalisés par d'autres adultes que les parents, choisis par le jeune : adulte de confiance, grands-parents, parents de pairs, voire très souvent par les pairs eux-mêmes.
- Le médecin peut jouer ce rôle s'il manifeste un intérêt et une écoute attentive, une disponibilité pour ce type de difficulté.
- Dans tous les cas, l'écoute des interrogations et des préoccupations de l'adolescent se doit de respecter le rythme de la maturation psychosexuelle, notamment en préparant la fille à l'apparition des premières règles et le garçon aux premières émissions spermatiques spontanées (pollutions nocturnes) ou déclenchées (masturbation).
- L'éducation sexuelle actuelle pourrait consister, en des recommandations concernant la prévention de la conception et les maladies sexuellement transmissibles, grâce à l'utilisation de contraceptifs et de préservatifs.

► **La masturbation**

- → **Pour le garçon**, elle permet la redécouverte des zones érogènes, de l'érection et du plaisir

éjaculatoire, associée à des scénarios imaginaires.

- Elle peut être honteuse, culpabilisante et donc anxiogène, voire entraîner des plaintes somatiques si elle est vécue comme une faute par rapport à un interdit réel ou supposé ou simplement à une hyper vigilance parentale.
- Dans des cas extrêmes (notamment absence ou excès masturbatoire), la culpabilité peut être à l'origine de dysmorphophobies (taille du pénis), voire d'idées délirantes (personnalités antérieurement fragiles).
- → **Pour la fille**, la découverte du plaisir solitaire serait moins fréquente, peut-être surtout moins reconnue. Elle n'est pas seulement liée à la masturbation des organes génitaux, mais aussi à la découverte de sensations érotiques, liées à la stimulation de zones érogènes plus diffuses sur l'ensemble du corps, tout aussi culpabilisante et source de préoccupations esthétiques parfois quasi délirantes.

► **Le premier flirt** correspond à l'apprivoisement et à l'expérimentation du jeu de la séduction réciproque, utilisant les rituels de parade, des attitudes donjuanesques, d'excitation et de dissimulation.

- Le vécu de ces premières expériences laissera une empreinte mnésique longtemps utilisée dans les fantasmes de plaisir, dans les vécus de gêne relationnelle de l'adolescent devenu adulte. C'est dire l'importance de son bon déroulement dans un climat de sécurité et de respect de soi et de l'autre.

► **Les premiers rapports sexuels** ont, pour les mêmes raisons, une grande importance, par leur caractère inaugural et la mise à nu des corps.

- Ils peuvent avoir un effet traumatique immédiat et à long terme s'ils sont vécus dans l'insécurité ou la brutalité. Porteurs de symboles, ils sont ritualisés dans certaines cultures, qui exigent par exemple la virginité de la femme avant le mariage, d'où

l'expression de certaines demandes (réfection d'hymen) faites à la chirurgie réparatrice.

- L'impact de cette première expérience ne doit être ni banalisé (elle influencera la vie affective ultérieure), ni dramatisé.
- L'exercice de la sexualité est un long apprentissage, qui peut se perfectionner et réparer ses maladresses initiales par la répétition d'expériences.
- Dans ce domaine, comme dans bien d'autres, l'inhibition excessive comme l'exercice débridé, les passages à l'acte sans affect, sont souvent l'expression d'une psychopathologie.
- La peur de la pénétration pour la fille, de l'insuffisance de ses érections pour le garçon, sont fréquemment source d'angoisses à cet âge : elles sont souvent liées au décalage entre la représentation anatomique et la réalité physiologique.
- La crainte de survenue d'une grossesse imprévue ou d'une contamination par le SIDA incite généralement les adolescents à l'usage précoce de moyens contraceptifs et de préservatifs.
- L'absence fréquente d'utilisation de ces moyens dans la tranche d'âge des 14-16 ans lors des premiers rapports peut relever d'une prise de risque ou d'une méconnaissance délibérée, qui entrent bien dans la problématique adolescente, voire de certains comportements pathologiques.
- Juridiquement le code pénal reconnaît aux mineurs de 15 ans révolus le droit de consentir librement à des relations sexuelles mais punit le partenaire s'il est

ascendant légitime, naturel ou adoptif, s'il a autorité sur lui ou s'il abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

- Une mineure, quel que soit son âge, n'a besoin d'aucune autorisation particulière, notamment parentale, pour la prescription de contraceptifs, qui peuvent être délivrés à titre anonyme et gratuit par les centres de Planification ou d'Education familiales agréés.
- Il en est de même pour le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles.
- Le souvenir du premier rapport sexuel sera d'autant plus satisfaisant qu'il traduira l'aboutissement d'une relation affective de qualité avec des moments, des espaces de jeu, d'humour et de dialogue permettant l'écoute réciproque du rythme et des attentes de chacun.

II.2.2. Hétéro et homosexualité.

► Le choix du partenaire sexuel n'est pas définitif à l'adolescence.

- Les pratiques homosexuelles à l'adolescence, peuvent être des conduites transitoires (parfois dans des contextes de promiscuité institutionnelle), liées à des besoins affectifs momentanément exacerbés, favorisant le rapprochement physique en même temps que la crainte de l'autre sexué différent.
- Ces pratiques peuvent être vécues douloureusement par certaines (fréquence des tentatives de suicide dans ce contexte), elles peuvent être alors symptomatiques d'une souffrance psychique, une manière de prolonger l'illusion de la bisexualité infantile ou de colmater des déficiences narcissiques, de conforter une identité primaire défaillante chez certains enfants fragiles.

► L'homosexualité peut aussi se confirmer dès cet âge comme une orientation assumée sans souffrance, même si elle peut être aussi en relation avec des particularités de développement psychosexuel de l'enfance, des problèmes d'identification à l'un ou l'autre parent.

II.2.3. Perturbation de la sexualité de l'adolescent(e)

Très investis dans leur autonomisation en cours, les adolescents ont du mal à demander de l'aide aux adultes, aux médecins en particulier, encore plus lorsqu'il s'agit de parler de leur sexualité, qu'il s'agisse de l'exercice simple de celle-ci ou qu'il s'agisse de se situer, de s'identifier en tant qu'être humain sexué.

II.2.3.1. Pour les adolescents normalement constitués, l'exercice réalisable de la sexualité peut entraîner des angoisses différentes chez le garçon et chez la fille :

→ **Chez le garçon :**

La crainte de l'impuissance : après élimination des causes organiques (endocrinologique, diabète, génétique ou médicamenteuse), les causes habituelles sont en rapport avec une angoisse phobique de la castration, ou une crainte obsessionnelle de perdre la maîtrise.

L'éjaculation prématurée, quasi physiologique à cet âge, mais vécue comme douloureuse et

dévalorisante par rapport au besoin idéalisé de satisfaire pleinement sa partenaire, peut être rapportée à une angoisse de performance en relation avec l'idée d'une défaillance vis-à-vis du modèle idéal véhiculé par les pairs, les médias. Il est important de rassurer l'adolescent, en lui expliquant notamment la différence physiologique du développement du plaisir sexuel plus progressif chez la fille que chez le garçon, l'importance des temps de plaisirs préliminaires.

Le manque de désir pour la femme en général peut témoigner d'une inhibition névrotique ancienne, parfois accentuée par un état dépressif actuel, voire d'un choix d'objet sexuel (homo ou hétéro) encore imprécis.

L'absence d'éjaculation, exceptionnelle, peut faire rechercher une problématique obsessionnelle de rétention.

→ **Chez la fille :**

Les troubles du désir sont fréquents, souvent associés à un vécu d'indisponibilité du partenaire, du non-respect de son éveil sexuel.

- Le vaginisme, (contraction involontaire, incoercible des muscles releveurs de l'anus et des adducteurs, empêchant toute pénétration) peut témoigner d'une réaction phobique en rapport avec un fantasme d'intrusion traumatique, à relier à l'image que l'adolescente peut avoir de son propre corps.
- Les dyspareunies (douleurs lors de la pénétration), doivent faire rechercher une origine

gynécologique, avant de les considérer comme des équivalents superficiels du vaginisme.

- La frigidité, absence ou retard persistant de l'orgasme, est la plainte la plus fréquente : elle peut traduire ou une problématique dépressive, ou simplement un sentiment d'insuffisance par rapport à des "normes sexuelles" exagérées médiatiquement. Le diagnostic d'un trouble réel doit tenir compte de l'âge, de l'expérience sexuelle et de la qualité, de l'adéquation, de la stimulation reçue du fait des partenaires. La consultation du couple adolescent peut alors être intéressante, elle permet parfois d'élucider des difficultés d'interaction réelle ou fantasmatique.

II.2.3.2. L'exercice de la sexualité à l'adolescence est aussi l'occasion d'une remise en cause de l'identité sexuelle, ou de pratiques sexuelles perverses qui peuvent n'être que passagères ou préluder à des conduites persistantes chez l'adulte :

Le transsexualisme : plus fréquent chez le garçon que chez la fille, il se caractérise par la conviction inébranlable d'appartenir à un genre contraire au genre anatomique, par le début de comportements de l'autre sexe dès l'enfance et, à l'adolescence, des démarches obstinées et complexes pour obtenir un changement de sexe anatomique et administratif, sans que la recherche d'un plaisir sexuel soit primordiale.

Le travestisme : consiste à se donner l'apparence de l'autre sexe, avec sa recherche de satisfaction sexuelle (considérée comme perverse, de ce fait). Il concerne quasi exclusivement le garçon, qui n'a pas de doute sur sa véritable identité sexuelle, mais jouit de l'excitation qu'il peut provoquer chez le partenaire masculin. Il doit être différencié du banal jeu de déguisement.

Le fétichisme : comme le travestissement, est polarisé sur l'idée d'utiliser des objets particuliers dont la possession est le seul moyen pervers d'accéder à la jouissance, en déniait ainsi la castration.

Les conduites exhibitionnistes et voyeuristes : peuvent être à l'adolescence de banales manifestations de recherche identitaire, mais aussi les premiers signes d'une organisation perverse ou quelquefois d'une détérioration psychotique.

Les passages à l'acte de l'adolescent avec des enfants plus jeunes : ils sont commis parfois dans le contexte familial. Leur caractère isolé peut résulter d'une recherche de la sexualité chez un jeune angoissé, inhibé, curieux. Mais la répétition, l'impériosité, la contrainte du partenaire peuvent faire craindre le début d'une organisation perverse.

II.2.3.3. L'ambiguïté anatomique du sexe de certains enfants, nés intersexués :

A notre époque, elle est généralement reconnue dès la naissance et la définition du sexe attribué est d'emblée signifiée aux parents.

Leurs attentes, les représentations, les attitudes éducatives, en fonction du sexe pensé, vont être déterminantes pour aider l'enfant à adopter et intégrer ce choix, habituellement dicté par les possibilités chirurgicales, quel que soit le caryotype révélé ultérieurement.

Cependant malgré ce sexe assigné, l'enfant intersexué peut traverser des angoisses importantes au moment où, devenu adolescent, il devra assumer pleinement ce choix.

Une aide psychothérapique de l'enfant et de sa famille, déjà proposée après la naissance, est le plus souvent à nouveau indispensable à cette période.

II.2.3.4. Penser aussi au retentissement des maladies organiques chroniques (diabète, obésité, cardiopathie, mucoviscidose...), des handicaps mentaux sur la sexualité :

Nécessité de soutenir et accompagner ces adolescents (et leurs parents) dans la pratique ou le renoncement à son exercice.

II. 2.2.4. Prostitution et adolescence :

La prostitution chez l'adolescent(e) n'est pas exceptionnelle.

Les études épidémiologiques actuelles montrent qu'elle augmente notablement, 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 fréquemment en acte de graves transgressions, notamment incestueuses.

La prostitution se ferait donc souvent l'expression d'une histoire honteuse restée inavouable et secrète.

Notons dans la trajectoire conduisant l'adolescent à la prostitution, l'importance de la rencontre avec "l'initiateur (trice)", souvent une prostituée, identifiée à une figure parentale.

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

L'approche de ces jeunes est donc nécessairement pluridisciplinaire et plurifocale (médicale,

psychologique, sociale, éducative, médicolégale...).

II.2.2.5. 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.

Si dans les sociétés traditionnelles, 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.

Ce qui caractérise surtout la grossesse et la parentalité en période d'adolescence, c'est le contexte culturel, social et émotionnel, ainsi que leur signification profonde dans l'histoire des jeunes.

Le contexte familial 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.

Quelques chiffres :

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 $\frac{2}{3}$ des grossesses sont interrompus. La proportion de grossesses menées à terme diminue 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.

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 (à l'étranger). Ce retard de révélation peut être sous-tendu par des problématiques très variables, comme :

- 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 parfois des dimensions psychopathologiques :

- La recherche d'affirmation d'une identité féminine, jusqu'alors fragile. Dans ce cas, l'investissement de l'enfant est essentiellement narcissique, il est 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 carence affective et éducative. Il existe ici une dimension de "provocation" à l'égard de l'entourage et de réparation de son propre vécu.

- ☒ 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.

Toutes ces motivations plus ou moins conscientes peuvent être préjudiciables pour le développement de l'enfant, car elles vont retentir sur la mise en place des attitudes éducatives des interactions.

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

Particularité de 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 . Les règles de dévolution de l'exercice de l'autorité parentale des parents mineurs sont les mêmes que pour les parents majeurs.

Grossesses interrompues :

→ Interruptions spontanées :

Ces grossesses passent souvent inaperçues, prises pour des troubles des règles.

Il faut donc savoir y penser et prendre le temps nécessaire avec la patiente durant une consultation gynécologique apparemment banale.

→ Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) :

La question de l'IVG comprend plusieurs volets :

- médical
- médico-légal (cadre législatif)
- socio-éducatif
- psychologique.

Nous allons aborder particulièrement dans ce cours 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.

En 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.

Un suivi, notamment en post-IVG, où un travail de deuil long et difficile devrait s'engager

Conclusion :

L'accès à la sexualité est une des questions majeures de l'adolescence, mais qui se pose de façon différente selon les points de vue de l'adolescent lui-même, de ses parents ou du médecin.

Avant d'aborder ce sujet avec lui (elle), il faut savoir prendre la mesure de ses besoins plutôt que lui projeter nos inquiétudes et le submerger de messages qui ne l'atteindront pas.

Références bibliographiques :

- 1) P Bizouard et P Duverger, 2008 : 1ère partie : Modules transdisciplinaires - Module 3 : Maturation et vulnérabilité - Objectif 40 : Sexualité normale et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent p 128-134.
- 2) Paul Jacquin, LA REVUE DU PRATICIEN MÉDECINE GÉNÉRALE | TOME 24 | N° 851 | DU 29 NOVEMBRE AU 3 DÉCEMBRE 2010
- 3) G. Kjellberg, Rev Med Suisse 2006; volume 2. 31-51