

Geneviève Gaborit-de Bousquet

L'indifférenciation en miroir

Les personnes qui viennent consulter au Centre de référence des maladies rares du développement sexuel de Saint-Vincent-de-Paul, à Paris, nous montrent que naître intersexué rend malheureux et que ce dont souffrent les enfants nés de sexe ambigu est le trouble qu'ils suscitent dans leur entourage. Ces patients mettent mal à l'aise et l'essentiel de ce que nous pouvons leur apporter pour les aider est de donner du sens à ce malaise. L'état intersexué est impensable pour ceux qui accueillent l'enfant à sa naissance, les parents en premier lieu, dont l'annonce d'une incertitude quant au sexe de leur enfant désorganise la vie psychique. Il est également troublant pour l'équipe soignante, qui perd avec ces patients les repères relationnels habituels, et ce d'autant plus qu'elle est impliquée, auprès des parents, dans le processus de recherche, de conseil et de soin qui aboutit à l'assignation d'un sexe à l'enfant.

UN DÉFI ANATOMIQUE IMPENSABLE

Le trouble manifesté par les parents permet d'observer que nos convictions sont fondées sur l'assurance de la différence sexuelle. Sans en avoir conscience, nous donnons un sexe à toute chose. Notre pensée est sexuée. Nos mots le sont. L'étymologie nous enseigne ainsi que celui qui « atteste », engageant sa personne sur un témoignage, jure sur ses testicules. C'est dire la place du corps sexué dans la construction du psychisme. Un bébé est masculin ou féminin (ainsi que l'indique justement, par la parenthèse ajoutée, l'intitulé de ce colloque). Il ne parvient pas à exister comme neutre. « Fille » ou « garçon », sont les mots qui l'attendent bien avant sa naissance. « Ce n'est plus les deux

mêmes bébés », entend-on régulièrement chez ces mères qui ne peuvent maintenir le lien avec l'enfant qu'elles portaient. Formulation traduisant leur impossible confrontation à la représentation d'un sexe unique comportant conjointement les caractères masculin et féminin. Ces enfants ne parviennent pas à naître, à exister sous le regard de leurs parents sidérés par un défi anatomique impensable, et montrent, comme le souligne Anne-Marie Rajon, que « la première des appartenances dans laquelle est pris l'être humain est d'être garçon ou fille » (Rajon, 1998) : il n'est d'identité que sexuée.

Les parents sont adressés au Centre dans les quelques heures ou jours qui suivent la naissance. Ils y arrivent dans un état de désorganisation sévère. La découverte de l'ambiguïté sexuelle est vécue de manière traumatique, évoquée comme « un grand choc ». Elle fait rupture dans leur vie psychique par le débordement ressenti devant l'afflux de trop d'images et les précipite dans le vide : « Le ciel nous est tombé sur la tête », expliquent-ils. C'est à mots à peine couverts qu'ils expriment le caractère innommable que leur enfant prend à leurs yeux. Innommable en la double acception de « non dénommable » mais également de « monstrueux » : « Comment vais-je l'appeler, je ne peux pas lui parler, c'est monstrueux », disent-ils. Une mère affirme que « tout va très bien du moment que *l'enfant* est en bonne santé », déniait sa souffrance de manière défensive pour lutter contre l'effondrement. Elle semble assumer l'événement mais ne reconnaît pas son enfant comme lui appartenant. Elle ajoute aussitôt : « Le petit monstre va bien mais je ne peux pas dormir. » Le rejet de l'enfant est souvent implicite : « Je me demande s'il n'y a pas eu échange, ce n'est pas *mon* enfant », dit une autre mère.

Le corps prend le relais de ce que la pensée ne peut se représenter pour métaboliser l'événement : migraines, prises ou chutes de poids et troubles cutanés ne sont pas rares. J'observe lors de nos entretiens des nourrissons mal portés par des bras ne parvenant pas à se faire contenant.

Privés des premiers liens d'attachement ces bébés sont isolés, en grave danger. Anne-Marie Rajon insiste sur la situation d'urgence vitale dans laquelle se trouvent ces enfants, urgence qui n'est pas tant somatique, sauf en cas d'hyperplasie des surrénales, que psychique (Rajon, 2008). Quelques années plus tard les parents décrivent une période aiguë de vide, traduisant le gel de leur fonctionnement psychique dont on trouve la trace chez leurs enfants, sous forme de mémoire muette, enkystée.

LES ENFANTS GRANDIS RÉPONDENT EN MIROIR

Une fille de 11 ans ne sait que formuler de sa souffrance, si ce n'est par sa crainte de polluer la terre, conduisant le monde ainsi à sa fin, impuissante face au désastre qu'elle provoquerait alors. « Depuis toujours, elle a le

sentiment permanent de déranger, d'être un problème. » Plus tard elle racontera que sa mère lui a offert des « *aimants* qui ne collent pas bien ». « Ça ne marche pas », dit-elle.

Je demande à un garçon de 8 ans de dessiner sa famille. « J'ai un *modèle* de famille à la maison, répond-il, avec *un* papa, *une* maman, *un* garçon et *un* frère. » La famille est vécue de l'extérieur et le lien de filiation ténu. Quand il voudra dessiner sa mère, il ne pourra l'effectuer sans la regarder, comme s'il ne disposait pas d'image interne solide d'elle. Il se représente sous la forme d'un pirate au visage troué de piercings et couvert de taches, la bouche étonnamment excentrée. Ce garçon m'apporte un jour une feuille de papier sur laquelle est inscrit son prénom, en hiéroglyphes, comme pour me solliciter sur le mystère de sa personne. Puis il écrit d'autres prénoms dont je finis par réaliser qu'ils listent les personnes qu'il aimerait réunir afin que, « pour la *première fois* », dit-il, soit fêté son anniversaire. Pendant que je lui dis l'importance de ce jour, soulignant qu'il s'agit de l'anniversaire de sa naissance, sa mère intervient pour confirmer que cet anniversaire est « impossible à organiser ». En décrivant un appartement sens dessus dessous dont le parquet à rénover pourrait s'affaisser sous « le poids de la fête », cette femme semble dessiner à son tour la blessure narcissique et l'effondrement psychique provoqués, dans son monde interne, par la découverte de l'ambiguïté des organes génitaux de son enfant.

On observe régulièrement que lorsque l'ambiguïté est associée à une pathologie repérable et nommable par les parents, et ce quel que soit son degré de gravité, leur déstabilisation est moindre, car ceux-ci trouvent la possibilité de « s'accrocher » dans leur chute à cette autre pathologie pour formuler quelque chose de leur enfant, cette fois identifiable, et lui permettre ainsi d'exister.

Un père me dit reprocher vivement au pédiatre de la maternité de l'avoir « dérangé pour l'informer d'un pronostic vital incertain, sans se soucier du panneau sur lequel étaient écrits les mots "de sexe indéterminé" », et dont il ne parvenait pas à « détourner les yeux ». Dans son récit de la période de sidération suivant la naissance de son fils, le risque de mort est décrit comme secondaire au regard de la charge traumatique attribuée à l'ambiguïté des organes sexuels.

VACILLEMENTS IDENTITAIRES

Honte, culpabilité, repli, rupture des liens avec les proches font loi. L'annonce de la naissance devient problématique car on ne peut annoncer ni sexe ni prénom. Il n'est pas rare d'apprendre que l'un des parents a renoncé à sa vie professionnelle alors que les soins médicaux ne l'exigeaient

pas, ou qu'un couple s'est défait un temps pour avoir mis au monde un enfant si étrangement inquiétant. L'enfant, tenu au secret, ignorera le plus souvent le secret de son ambiguïté et exprimera le sentiment d'être à part. La perspective du regard des autres semble intolérable aux parents bousculés dans leur psychosexualité, comme s'il pénétrait leur intimité, leur faisant courir le risque de les mettre à nu. « Tant que je n'enlève pas *mes* couches, ça va », dit une mère. La confusion des genres et des personnes est également illustrée par ce père de fille déclarant, à propos de l'échographie ayant révélé l'ambiguïté : « On n'allait pas interrompre la grossesse d'un homosexuel. » Angoissés, ils s'interrogent sur la sexualité future de leur enfant, qu'ils anticipent toujours comme homosexuelle ou transsexuelle. Ce qu'ils vivent dans la honte et qui renforce le repli. « La crainte exprimée aussi bien par les pères que par les mères est en effet que l'ambiguïté anatomique de l'enfant "contamine" sa psychosexualité, laquelle deviendrait à son tour une psychosexualité ambiguë, comme si l'incertitude somatique devait se refléter sur le plan psychologique » (Rajon, 2008).

Si les enfants nés de sexe ambigu déstabilisent ainsi leur entourage, c'est qu'ils dévoilent, en l'objectivant dans leur chair, un invariant du psychisme humain que les mythes décrivent abondamment, que les psychanalystes nomment bisexualité psychique, et que la figure du chaman illustre dans de nombreuses cultures. Au trouble anatomique de l'intersexualité répond un trouble de la pensée interne et secrète. Ainsi objectivée, la bisexualité n'est plus un levier ludique et souple du psychisme. Elle devient inquiétante et dangereuse. D'où le vacillement identitaire des parents.

Deux parents s'inquiètent de ce que leur fils, dont le comportement social est par ailleurs reconnu comme masculin, se déguise parfois avec des robes. Ils disent redouter un destin transsexuel. « Le problème c'est la répétition », dit le père. L'enfant est décrit se regardant dans un miroir, dans des attitudes « séductrices » et portant des « tutus » – certaines fillettes désignent leur sexe en le nommant « tutu ». Ce père se reprend aussitôt : « J'exagère, c'est pour grossir le trait, c'est tout comme, enfin, heu..., c'est copié-collé. » Sa femme confirme : « Je le ressens au plus profond de moi-même, c'est comme si je le savais d'avance. »

L'angoisse de castration en est vivement réactivée : « Je ne voulais pas de trace indélébile sur le corps pour montrer une appartenance à un groupe », ajoute cette mère, soulagée que l'opération chirurgicale ait réglé la question de la circoncision à laquelle elle était opposée. Les parents expriment fréquemment leur tentative de réassurance en ces termes : « L'important est que cela ne se voie pas. » Comme le souligne Anne-Marie Rajon : « L'ambiguïté sexuelle met les parents devant la réalité d'une castration effective. L'ambigu sexuel n'est jamais considéré comme ayant l'un et

l'autre sexe à la fois, mais comme n'ayant ni l'un, ni l'autre : il est effectivement homme et femme châtrés » (Rajon, 1998).

La déstabilisation n'épargne pas l'équipe soignante pourtant rompue à la prise en charge de patients intersexués. Si les soins pratiqués au Centre sont du meilleur niveau, les médecins qui valorisent le corps anatomique et apportent leur savoir à sa fonctionnalité souffrent des limites que leur art leur impose, là où le psychologue fait confiance au corps érotique et s'efforce de permettre que ces enfants soient aimés tels qu'ils sont. Il n'est pas évident de réunir l'équipe pour évoquer les questions soulevées par nos patients. La sortie du film *XXY* de la réalisatrice argentine Lucia Puenzo, nous a donné l'occasion d'un support d'échange distancié. Néanmoins l'échange n'a pas eu lieu, chacun ayant trouvé refuge dans le silence et le secret, hors de ce projet commun.

DEUX NAISSANCES – TROIS PARENTS

Les parents vivent leur arrivée au Centre de référence comme un soulagement après l'émoi, le silence ou les réponses flottantes du personnel non spécialisé des maternités. S'ils entendent peu ou rien des informations médicales qui leur sont données, comme s'ils avaient coupé tout contact avec l'extérieur, chacun d'entre eux, en revanche, peut dire à quel point le fait que l'équipe « connaisse » la pathologie est contenant. Leur prise en charge par des médecins spécialisés marque un premier moment de réorganisation psychique au cours duquel la personne du médecin joue le rôle central de restaurateur des repères perdus. Leur expérience et leur savoir apportent aux parents l'assurance de l'existence symbolique de leur enfant.

L'entrée dans le service initie la période où va être déterminé le devenir de l'enfant, ce qui suppose d'effectuer un bilan endocrinien et morphologique et de discuter ensuite de son assignation dans un sexe. Celle-ci est à ce jour de principe. Les médecins ne font en revanche que proposer la génito-plastie aux parents – lesquels la réclament activement – et, dans les formes minimales d'hyperplasie congénitale des surrénales, s'efforcent de les en dissuader.

L'assignation se fait selon deux convictions. La première, celle des parents, dont Anne-Marie Rajon souligne la double fonction, défensive, protectrice dans l'effondrement, et support du lien d'attachement à l'enfant ainsi sexué par conviction (Rajon, 1998). La seconde est celle du médecin. Ainsi, alors que tout enfant doit habituellement se déterminer par rapport à un père et une mère, l'enfant intersexué a une double naissance. Une première naissance biologique, et une seconde qui suppose qu'il voit trois protagonistes, ses parents et un médecin (lequel est multiple : endocrino-

logue, gynécologue, chirurgien). Dans l'abîme où sont plongés les parents la demande qu'ils adressent au médecin est d'une telle intensité que celui-ci en perçoit la force troublante : « Je me sens tout-puissant », me dit l'un d'eux, désespéré. C'est dire l'importance du médecin qui est investi tel un créateur.

L'assignation dans un sexe marque un second temps de réorganisation psychique, fondamental car fondateur de lien. Le choix du prénom participe de cette reconstruction. Il permet aux parents d'identifier le nourrisson en le nommant. Un père, touché de voir sa femme émue par son bébé assigné dans le sexe féminin, m'explique : « Elle s'est dégonflée, elle n'est plus neutre. » On assiste ainsi à de véritables accouchements sortant les enfants de l'impasse psychique dans laquelle ils se trouvaient isolés.

Cette reconnaissance de l'enfant désormais assis dans un sexe va lui permettre de grandir dans un contexte affectif et éducatif cohérent et apaisé. Mais l'apaisement n'est que relatif, car la conviction qui a présidé à son assignation masque un doute souterrain (Denis, 1995). Si complètes que soient les informations données à l'enfant par ses parents et son médecin, un mot semble imprononçable, le mot « caryotype », lequel focalise l'inquiétude de tous. « Le pire, c'est la *dénomination* du caryotype », m'explique le père d'une adolescente, montrant ainsi que le trouble persiste et qu'il s'agit d'un trouble de la nomination. À longueur d'entretiens certains parents s'efforcent implicitement de me convaincre que l'identité de leur enfant correspond à leur sexe d'assignation, comme s'ils avaient besoin de se le prouver à eux-mêmes.

QUELLE RÉPONSE DONNENT LES ENFANTS À CETTE ASSIGNATION ?

Les enfants et adolescents qui sont venus me consulter se comportent de manière socialement cohérente avec cette assignation et, lorsqu'ils en ont été informés, ne la remettent pas en question. Leur souffrance est néanmoins réelle, souvent indicible, à la mesure du secret qu'ils portent le plus souvent à leur insu ou dont ils ne veulent rien savoir. Ils ont également, faut-il le préciser, les préoccupations de leur âge.

Un lien original les unit à leur médecin, artisan et garant de leur sexe. Artisan par conviction au moment du choix d'assignation, puis dans leur chair du fait des interventions chirurgicales et traitements hormonaux qu'il surveille et régule à vie pour maintenir l'assignation. Cette garantie identitaire me semble conférer au médecin un statut de troisième parent. C'est ce lien que les patients paraissent interroger avec ambivalence lorsqu'ils déclarent, s'agissant du service, « ici, je suis chez moi », certains venant y séjourner quand ils sont déprimés, ou, au contraire, lorsqu'ils disparaissent

plusieurs mois durant, semblant vouloir mettre à l'épreuve l'équipe qui les prend en charge, comme s'ils avaient besoin d'en découdre avec le service et ses soins intrusifs. Les adolescents « jouent » avec leur traitement, sans toutefois se mettre en danger vital, à la différence de certains adolescents diabétiques consultant dans le même service. Ils cherchent à inquiéter leur médecin, négocient le traitement, comme pour se réapproprier leur identité. Le lien patient-médecin est étroit. Il se nourrit de mails d'une consultation à l'autre et survit, une fois l'âge adulte atteint, à l'affectation du patient dans un autre service. Jusqu'à 25 ou 30 ans les patients tiennent leur médecin informé des diplômes obtenus et donnent des nouvelles de leur vie professionnelle, comme ils le feraient avec un parent.

Ces observations effectuées, plusieurs questions se posent, dont les suivantes : Comment la précocité du regard parental sur la sexualité future de l'enfant infiltre-t-elle son identité ? En quoi leur trouble et sa persistance au-delà de l'assignation dans un sexe façonne-t-il cette identité ? *Quid* de l'identification de l'enfant à ses « trois parents » ? Quel est l'impact des soins nécessairement intrusifs conduits par le médecin ?

Autant de pistes de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- DENIS, P. 1995. « Croyance, conviction et vérité », dans « *Bisexualité et différence des sexes* », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 7, 1995, p. 232-249.
- RAJON, A.-M. 1998. « La naissance de l'identité dans le cas des ambiguïtés sexuelles », *La psychiatrie de l'enfant*, 41 (1), 1998, p. 5-35.
- RAJON, A.-M. 2008. « Ce que nous apprennent les parents d'enfants porteurs d'ambiguïté génitale », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 56, n° 6, p 370-376.

