

PSEUDOHERMAPHRODISME MASCULIN

Souad Boudilmi ¹, Hervé Bénony ², Fatima Moussa ³,
Zina Oukkal Fettouchi ⁴, Taous Tazrout ⁵, Said Tareb ⁶,
Samir Hadj Arab ⁷, Edith Nicot ⁸.

Résumé

Nous voudrions montrer, à travers des consultations familiales et le test de Rorschach, que le corps en famille est au fondement de l'identité sexuelle et de la relation d'objet. Nous souhaitons discuter du cas de Salim (dit Salima) et de Hakim (dit Hakima), âgés respectivement de 30 et 19 ans, de sexe masculin (attributs masculins visiblement ambigus) qui ont vécu depuis leur naissance en tant que femmes dans une famille Kabyle et s'occupent avec leur mère de toutes les tâches ménagères attribuées aux femmes dans le contexte culturel d'Afrique du Nord.

Mots clés : Ambiguïté sexuelle, Pseudohermaphrodisme masculin, Test du Rorschach, Consultations familiales, Assignation sociale, Transmission intergénérationnelle

ملخص

نود أن نبين في هذه المقالة من خلال استشارات عائلية و اختبار الرورشاخ، أن للجسد مكانة في تأسيس الهوية الجنسية والعلاقة بالموضوع ضمن العائلة. إن الحالتان اللتان عرضناهما هنا، عبارة عن دراسة لشخصين مصابين باضطراب الخنثية الذكرية، جيجيف الملقب جيجيفة ونسيم الملقب نسيمه عمرهما على التوالي 30 و 19 سنة، من جنس ذكرى ظاهر. عاشا منذ ولادتهما كإثنين في عائلة جزائرية مأكثة بأعالي الجبال. وقد كانا دوما يرتديان ثياب نسوية ويقومان بكل الأعمال المنزلية المنوطة بالنساء في الوسط الثقافي الجزائري.

الكلمات الأساسية: الغموض الجنسي- شبه خنثية ذكرية- اختبار الرورشاخ- الاستشارات العائلية- التكليف الاجتماعي- التنقل بين الأجيال.

1 Secteur sanitaire de Sidi M'hamed

2 Université de Bourgogne.

3 Université d'Alger.

4 EHS Centre Pierre et Marie Curie.

5 CHU Mustapha Bacha.

6 CHU Mustapha Bacha.

7 EHS Centre Pierre et Marie Curie.

8 Université de Bourgogne.

Introduction

Le concept de « *genre* » renvoie à l'idée d'une identité sexuelle socialement et subjectivement construite, qui peut s'écarter des catégories anatomiques de la sexualité. On définit aujourd'hui comme transgenre des personnes dont le genre rentre en conflit avec leur sexe biologique. On peut distinguer plusieurs cas de figure. Le transsexuel est une personne qui exprime le sentiment profond d'être une femme ou un homme contrairement à son sexe biologique. On parlera de dysphorie de genre. Les personnes travesties ne vivent pas ce conflit. Elles éprouvent seulement le besoin de porter des vêtements et des signes qui ne correspondent pas à leur genre. Le transgenre proprement dit est un travesti permanent. L'hermaphrodite est un individu qui est morphologiquement mâle et femelle. Ces différents cas de figure posent le problème des limites du genre: à partir de quand décrète-t-on que tel ou tel personne est dissonante quand il s'agit de son genre ?

Tout au long de l'histoire de l'humanité, il est fait référence aux « *mâles* » et aux « *femelles* » lorsqu'on parle du règne humain, animal et même botanique. Cette différenciation naturelle est retrouvée au niveau des œuvres artistiques comme les peintures anciennes et les statues qui portent des attributs féminins ou masculins. Les différentes religions ont focalisé aussi leur intérêt sur le masculin ou le féminin lorsqu'elles ont dressé des lois, des rôles et des intérêts propres à chacun des individus pour agencer et organiser la vie des hommes et des femmes.

Par la suite, les travaux plus scientifiques comme ceux de la médecine, de la biologie et de la psychologie ont étudié avec plus d'élaboration et de précision le masculin et le féminin, ainsi que ce qui peut se présenter entre les deux c'est-à-dire l'ambiguïté. L'intérêt de la question de l'ambiguïté vient de ce qu'elle nous interpelle nous psychologues et psychiatres par ce qu'elle amène avec elle comme paradoxe et comme souffrance. Elle interpelle en vérité un peu plus les spécialistes endocrinologues surtout qui reçoivent des cas d'ambiguïté certes, mais ses impacts sur l'identité morphologique et de genre ainsi que ses retombées sur le plan du système de vie de l'individu ambigu (son avenir, son rôle, son statut) ne peuvent laisser indifférent. Nous souhaitons discuter du cas de Salim dit Salima et de Hakim dit Hakima

tout deux frères, âgés respectivement au début de la rencontre de 30 et 19 ans, de sexe masculin (attributs masculins internes avérés, mais extérieurement visiblement ambigus) qui ont vécu depuis leur naissance en tant que femmes dans une famille Kabyle qui se niche en haut d'une montagne. Notre objectif est de montrer, à travers les entretiens familiaux et le test de Rorschach, que le corps en famille est au fondement du développement identitaire.

A la suite de cette rencontre avec Salima et de Hakima, trois questions fondamentales se sont posées à nous : 1) Comment deux hommes anatomiquement avérés comme tels ont-ils vécu dans une famille, durant toute leur enfance et leur adolescence, comme deux femmes ? 2) Comment un « *évènement de vie* » (décès d'un membre du système) peut-il interférer dans l'identité sexuée d'un ou plusieurs membres de la famille ? 3) Comment, par le pouvoir d'un membre du système familial, l'identité sexuée a-t-elle maintenue l'homéostasie en se basant sur le paradoxe de l'identité sexuée d'un ou plusieurs de ses membres ? Nous verrons de quelle manière, après les vicissitudes qui ont été le lot de ces deux personnes et de leur famille, le travail systémique est venu introduire l'idée du changement en permettant au système d'exprimer des émotions depuis longtemps réprimées. Le travail thérapeutique systémique et contextuel a surtout facilité une paix relative et a permis que « *le pardon* » prenne place. Il s'agissait de *pardoner* en post mortem à la défunte grand-mère qui avait du pouvoir sur son fils et sur sa belle-fille et les a ainsi empêché en son vivant, d'aller voir le médecin après la naissance de leurs deux enfants, et ce en décidant seule qu'il s'agissait de filles !

Dimensions socio familiales et troubles de l'identité sexuelle

La littérature relative aux travaux systémiques portant sur les troubles de l'identité sexuée et sur l'ambiguïté sexuelle est rare en raison de plusieurs facteurs. Déjà les familles ont peur des regards et craignent la responsabilité de l'entourage. Dans la mesure où le trouble de l'identité sexuée tel que *l'hermaphrodisme ou l'ambiguïté sexuelle est considéré* comme un déshonneur pour les familles car la détermination du sexe de l'enfant est en jeu, surtout s'il s'agit d'un garçon, sexe qui est beaucoup idéalisé par les familles algériennes car : « *Celui-ci*

va en effet perpétuer le nom et la filiation par les mâles et constituer ultérieurement deux bras supplémentaires pour assurer la subsistance du clan » (Bensmail, 1993). La dimension de l'identité sexuée d'un individu est donc fortement relative à sa position dans la société. Dès la naissance, l'enfant est déjà étiqueté et reconnu par son entourage comme garçon ou fille, il s'agit là de l'assignation sociale. L'identité sexuée est déterminée par l'anatomie mais également par l'influence de l'environnement familial et social. Allgeier (1992) s'est basé sur huit variables afin de déterminer l'identité sexuée :

a) des variables biologiques avec les aspects morphologiques, immunogénétique, physiologique et anatomique et englobant

1) le sexe génétique, 2) le sexe hormonal, 3) le sexe gonadique et 4) le sexe génital puis b) les variables psychosociales impliquant :

1) le sexe assigné, 2) l'identité sexuelle, 3) le rôle sexuel et 4) l'identification au rôle sexué. Mais la question de l'ambiguïté sexuelle est complexe, souvent nous entendons parler d'une ambiguïté sexuelle au sens d'*hermaphrodisme*, terme médical connu surtout chez les endocrinologues. Mais qu'est ce que l'hermaphrodisme ? L'origine du mot « *Hermaphrodisme* » vient de la mythologie grecque qui rapporte que Hermaphrodite était le fils d'Hermès et d'Aphrodite, né sur le mont Ida de Troade. Un jour Hermaphrodite se baignait dans une source d'Halicarnasse en Carie, la Naïade de la source, Salmacis, amoureuse du jeune, s'éprit de lui, elle fut repoussée et fit ensuite le vœu que les dieux unissent leurs deux corps pour n'en faire plus qu'un et ce vœu fut exaucé. Cela donna naissance à un être humain avec un pénis et des seins, c'est-à-dire possédant à la fois les attributs sexuels d'un homme et d'une femme (Désautels, 1988).

Définitions médicales des troubles de l'identité sexuelle

Le Larousse médical (2003) définit l'hermaphrodisme comme une : « *affection congénitale exceptionnelle due à une anomalie de l'embryogenèse. Cette définition regroupe des sujets dont l'aspect extérieur peut être très différent : purement féminin, ambigu ou purement masculin* » (p.477). C'est une maladie congénitale très rare (400 cas déclarés), la personne est dotée de chromosomes sexuels variables (xy, xxy, ...) mais le plus souvent, elle naît avec une ambiguïté

sexuelle. La présence simultanée de tissus testiculaires et ovariens conduisent au développement de structures féminines (vagin, utérus) et masculines (pénis, prostate). Chez les nouveau-nés, l'aspect des organes génitaux externes est souvent ambigu, mais la présence d'un pénis permet d'attribuer à ces enfants un sexe masculin. Les spécialistes en endocrinologie distinguent encore dans l'espèce humaine entre trois types d'hermaphrodisme : 1) l'hermaphrodisme vrai où la personne atteinte possède à la fois un tissu testiculaire et un autre ovarien, cette anomalie est rare ; 2) le pseudohermaphrodisme féminin où le sexe génétique et le sexe gonadique sont féminins, la glande génitale est un ovaire mais les organes génitaux externes sont masculins ou ambigus, le clitoris est hypertrophié et les grandes lèvres sont soudées avec leur bord interne. Généralement le sujet est déclaré de sexe masculin. Cette forme d'hermaphrodisme est la plus fréquente d'état inter sexuel, elle est due soit à l'absorption des substances androgènes par la mère durant la grossesse, soit à la sécrétion excessive d'androgènes par la corticosurrénale fœtale ; 3) le pseudohermaphrodisme masculin où le sexe génétique est de 46 xy et le sexe gonadique masculin. La glande génitale étant exclusivement le testicule, cela contraste avec une absence de virilisation des organes génitaux externes. Le plus fréquent des pseudohermaphrodismes masculins est l'hypospadias⁹ vulviforme du garçon dont la verge est atrophique, le scrotum réduit à deux bourrelets contenant ou non des testicules et le méat urétral s'ouvre à sa face inférieure et à l'extrémité. Souvent les ambiguïtés sexuelles sont reconnues à la période néonatale, dans des cas pareils, un diagnostic urgent et précis doit être établi afin d'attribuer un sexe définitif à l'individu. Malheureusement il peut arriver que le diagnostic n'ait pu être établi à la naissance, les patients ne consultent qu'après la puberté et parfois même à un âge adulte très avancé comme le cas de nos deux patients. Une série d'examen est indispensable au diagnostic ; un examen gonadique, un examen de caryotype, un examen de la morphologie et aussi un examen d'un expert en psychiatrie ou en psychologie afin de définir l'identité sexuée et l'identité de genre du

⁹ L'hypospadias est une malformation du fœtus masculin, qui se manifeste par l'ouverture de l'urètre dans la face inférieure du pénis au lieu de son extrémité. Ce type de malformation semble en augmentation depuis une cinquantaine d'années, comme d'autres malformations génitales.

patient à travers des entretiens cliniques ou à l'aide des tests projectifs. Une fois que le patient est informé des résultats, il aura le choix de son devenir. Dans le cas où il déciderait de lever le paradoxe entre son sexe génétique et son genre, le sexe choisi sera renforcé par l'ablation chirurgicale des organes inappropriés et par l'apport d'hormones si cela est nécessaire. Cependant, le traitement médical et chirurgical va dans le sens soit de la masculinisation ou de la féminisation.

Mais qu'en est-il de l'identité sexuée d'une personne hermaphrodite ? Les travaux de Stoller montrent que l'identité a deux composants ; l'identité de sexe renvoie à la biologie et l'identité de genre renvoie au psychosociologique. L'acquisition de l'identité sexuée passe progressivement par deux principales étapes : L'étape prénatale donne naissance à une fille ou un garçon dont les caractères sexuels sont stationnaires jusqu'à la 2^{ème} étape pubertaire caractérisée par la maturation sexuelle de l'organisme humain et par la capacité anatomique et physiologique nécessaire à la reproduction. Dès l'âge de trois ans, l'enfant sait déjà s'il est garçon ou fille. Dans le cas d'hermaphroditisme le paradoxe entre le biologique et le psychosocial a un retentissement important sur l'équilibre psychoaffectif et social. Les sujets atteints de cette ambiguïté sont confrontés à des questions sur leur identité corporelle, psychologique et même sociale. Non seulement ce paradoxe est le souci de la personne elle-même et sa famille, mais également il est le lot des équipes médicales qui, même si elles connaissent scientifiquement ce phénomène, n'en sont pas moins désappointées quant à la prise en charge psychologique, sociale et administrative des cas. Par exemple, une fois hospitalisées, ces personnes devraient êtres où ? Dans quel service homme ou femme ? Là est la question ! C'est une position déstabilisante car ce flou ou ce paradoxe peut envahir ou affecter la santé mentale des personnes : *« la où il y a le paradoxe, la pathologie n'est pas loin écrit Watzlawich. »* (Neuburger, 1995). Nous citons ici l'exemple de trois cas de pseudohermaphroditisme masculins de la même famille, âgés de 15, 22, et 26 ans. La déclaration du sexe légal est féminine pour toutes les trois qui sont donc des sœurs, leur éducation était dans le même sens. La consultation n'a eu lieu qu'après la puberté pour les motifs suivants ; une absence des règles,

présence d'une pilosité, morphologie générale masculine au moment de la puberté et impossibilité de rapports sexuels après vingt jours de mariage. (Chitour F, 1998). Après une série d'exams, il s'est avéré que les trois personnes ont un sexe génétique masculin (XY) et un sexe gonadique testicules, mais les organes génitaux externes sont ambigus et les organes génitaux internes masculins. Ils ont toujours vécu dans le paradoxe, la honte et la souffrance, même l'absence des règles n'a jamais été révélée ni à la mère ni à d'autres. Quelle souffrance en silence ! Le traitement a été donc dans le même sens que le désir individuel de ces personnes ambiguës, les trois ont opté pour une féminisation et refusaient de changer ce genre attribué par la famille. Nous ignorons pour quelle raison elles ont refusé, est-ce par loyauté à cette famille ? Ou par crainte du regard des autres ? Ou parce qu'il n'y avait pas un travail d'accompagnement psychologique auprès de ces personnes et de leur famille ? Selon Neuburger (1995) : « *L'attribution par les parents d'un genre aux hermaphrodites entraîne la conviction des enfants de l'appartenance à ce genre déterminé. Les effets sont définitifs, et si le biologique venait à contredire le choix parental, les médecins tentent des modifications à ce niveau, des comportements psychotiques graves apparaissent* ». Dans le cas d'ambiguïté sexuelle, la souffrance est à l'intérieur et à l'extérieur de la personne. Képès (2003) écrit : « *Quand le décalage entre l'identité sexuelle profonde et le rôle social est important, il peut y avoir souffrance, malaise, inquiétude, angoisse, rupture d'équilibre et maladie psychosomatique. Une identité sexuelle mal assurée ou réprimée est un des facteurs à l'origine des maladies psychosomatiques* ».

Cependant, ces personnes souffrants de trouble de l'identité sexuée ne savent plus comment se comporter, quelles attitudes adopter, comment réagir au regard des autres. Même le choix de l'objet sexuel et les fantasmes sexuels sont ambigus et paradoxaux, choisir un sexe opposé à son genre ou opposé à son sexe génétique ? Nous savons combien ce choix sexuel est influencé par plusieurs facteurs explique Képès (2003): « *Le choix de l'objet sexuel est très probablement influencé par la vie psychique et par l'histoire individuelle. L'orientation du désir sexuel est un phénomène complexe qui ne dépend pas de la seule détermination*

du sexe biologique. Le choix se fera sur des personnes de sexe opposé ou de même sexe selon l'influence des images sexuées qui ont nourri les affects infantiles, selon notre histoire et nos rencontres ».

En fait, les troubles de l'identité sexuée ou « *dysphorie de genre* » attirent l'attention des spécialistes de différentes disciplines entre autres les systématiciens et les thérapeutes de familles. Ils émettent l'hypothèse systémique du mythe familial où le père joue un rôle primordial avant la sexuation de son enfant par le nom qu'il lui attribue. De même ils considèrent que l'étiologie des troubles sexuels est d'origine transgénérationnelle où l'enfant serait l'héritier symbolique des désirs de ses géniteurs. Cette hypothèse qui inclut tout le système familial du moment avec sa charge de souffrance collective est en accord avec l'idée de Stoller (1985) qui a montré que la prise en charge de l'enfant seul est vouée à l'échec. Cette hypothèse inclut 3 axes majeurs :

1/ L'homéostasie de tout système tend à s'autoréguler même après une déstabilisation due à la clarification de paradoxe sur l'identité sexuée d'un ou plusieurs membres sur laquelle elle était basée.

2/ Le pouvoir d'un aïeul permet au système familial d'évoluer sur la base du paradoxe de l'identité sexuée d'un ou plusieurs membres du système.

3/ La position basse d'un des parents par loyauté à un aïeul amène un ou plusieurs membres à vivre dans le paradoxe de leur sexe par rapport à leur genre.

Méthodologie

Nous allons présenter dans ce qui suit deux vignettes cliniques sur le vécu de l'ambiguïté sexuelle dans un système familial Kabyle et cela afin de discuter de nos hypothèses précédentes. Les deux patients ont été admis dans le service d'endocrinologie au CHU d'Alger pour une prise en charge d'un *pseudohermaphrodisme masculin* et furent examinés à l'aide du test de Rorschach simultanément à des consultations familiales, par la thérapeute du centre qui leur parlait dans leur langue maternelle en notre présence et nous traduisait, Salim dit Salima parlait kabyle et ne parlait pas du tout l'arabe dialectal mais Hakim dit Hakima comprenait et parlait un peu l'arabe dialectal, mais exprimait souvent les éléments les plus parlant en kabyle où il se sentait à l'aise.

Présentation de la famille « S »

Le patient Salim dit Salima à l'époque âgé de 30 ans et Hakim dit Hakima à l'époque âgé de 19 ans, sont deux personnes en fait de sexe masculin (attributs masculins internes avérés aux examens médicaux, mais extérieurement ambigus) qui ont vécu toute leur vie en tant que femmes dans une famille Kabyle et cela par la force perceptive d'un système, du fatalisme des phénomènes non ordinaires. Cette famille est composée de Monsieur S, le père, âgé de 54 ans et retraité, de Madame S, la mère, âgée de 48 ans et sans profession, de Salim dit Salima, l'aîné (e) de la famille, âgé (e) de 30 ans, jamais scolarisé (e), sans profession et dont le prénom a été donné par la grand-mère, Fateh âgé de 28 ans, niveau scolaire 7^{ème} année, plâtrier, Brahim âgé de 26 ans, niveau 9^{ème} année, menuisier, prénom donné par la grand-mère ; Hakim dit Hakima âgé (e) de 19 ans, niveau 9^{ème} année, sans profession nommé (e) par la mère ; Tayeb âgé de 18 ans, niveau 8^{ème} année, sans profession ; Djamel âgé de 16 ans, niveau scolaire 4^{ème} année, sans profession, prénom donné par la mère ; Amel âgée de 11 ans, scolarisée en 4^{ème} année, nommée par la mère (fille sans ambiguïté). Dans cette famille, la grand-mère paternelle avait en son vivant une place privilégiée, ses décisions influençaient forcément les décisions de son fils c'est-à-dire du père des deux patients (es) désignés (ées). Ce père qui, à la naissance de ses deux « bébés », pensant à la suite de sa mère qu'ils étaient « spéciaux », il les baptisa « Filles ». Pour l'aîné Salima c'était clair, il est né à la maison et est perçu comme spécial et était donc gardé à la maison, non scolarisé, il ne côtoyait que les très proches, ceci a beaucoup contribué dans son attitude efféminée, pourtant aujourd'hui les traces d'une barbe rasée régulièrement est visible et l'absence d'attributs féminins également, un vrai paradoxe ! Un homme perçu par les autres comme une femme !? Pour « Hakima » le deuxième patient dans la famille né douze ans après « Salima », il vînt le jour à l'hôpital, les médecins conseillèrent au père de venir à Alger pour consulter et déterminer le sexe du bébé qui est ambigu, le père retarda ce fait, ne trouvant pas d'étayage d'après lui à Alger, il désespéra. Les dires de sa mère qui répétait que ces deux enfants sont des êtres spéciaux, l'encouragèrent à ne rien faire, l'ignorance du moment et le contexte de vie défavorable également a encouragé ce

laisser-aller du système. Mais le patient « Hakima » qui était scolarisé, et était au collège, un jour (mais bien après la mort de la grande mère paternelle) lors de la visite médicale de l'hygiène scolaire, le médecin l'interpelle et il fut content de prendre une lettre d'orientation de la part de ce médecin au père qui stipule qu'il est urgent d'aller consulter à Alger. En recevant, cette lettre, les vieux démons du système se réveillèrent, le père et à sa suite « Hakima » étaient réticents quant à toute consultation et appréhendent la tournure des événements qui eurent lieu par le biais de « Hakima » finalement. Ceci dit, au mois de juin 2004, le père, « Salima » et « Hakima » sont venus au service d'endocrinologie du centre Pierre et Marie Curie d'Alger centre pour une consultation. Avec bilan d'exploration radiologique, biologique et même une expertise psychiatrique qui conclue d'ailleurs à la nécessité d'une investigation psychologique (passation du test de Rorschach) qui a été faite par la thérapeute familiale du centre Pierre et Marie Curie avec des entretiens d'investigations pour préciser l'identité des cas. Nous avons été invité dans ce système thérapeutique au service d'endocrinologie du centre Pierre et Marie Curie, où se faisait l'investigation médicale et psychologique ainsi que les prémisses du changement, pour les vivre avec l'équipe et la famille et mener ainsi cette recherche.

Présentation médicale de « Salima » a partir de son dossier médical

« Salima », âgée de 30 ans, première d'une fratrie de huit enfants vivants et issue d'un mariage consanguin est sans niveau scolaire et sans profession. Admise au service d'endocrinologie pour prise en charge d'un pseudohermaphrodisme masculin. L'examen initial retrouve une personne en bon état général, pesant 61 kg pour une taille de 1.63 m, le morphotype est androïde. L'examen gonadique détecte une ambiguïté sexuelle de stade IV avec Hypospadias, sans orifice, bourses et testicules sont en place. La pilosité pubienne est de type masculin avec présence de pilosité axillaire et au niveau du visage. Il n'y a pas de développement mammaire, pas de gynécomastie et pas de galactorrhée, avec développement des masses masculines, raucité de la voix et il n'y a pas d'acné. L'échographie abdominopelvienne objectiva des testicules en place, une prostate et vésicule séminale de

petite taille. Le test de Barr est revenu en faveur d'un sexe masculin, le caryotype n'a pas pu être fait. L'évaluation psychologique faite par la psychologue du service constate une éducation féminine la personne est renfermée et anxio-déprimée. L'évaluation psychiatrique faite au niveau de la consultation d'urgence à l'hôpital retrouve à l'examen mental une patiente en apparence masculine mais l'identité sexuelle n'est pas facile à établir, l'examen conclut à la nécessité qu'un psychologue lui passe un Rorschach. Après investigation et accompagnement systémique psychologique par la psychologue et thérapeute familiale du Centre Pierre et Marie Curie auquel a fait appel l'endocrinologue de la famille «S», et à partir des informations données aux systèmes dans la langue maternelle par cette dernière, « Salima » décide d'opter (suite surtout à l'engouement de « Hakima » pour une orientation sexuelle masculine, et devant ce fait deux problèmes se posent :

1° L'intervention chirurgicale pour son hypospadias doit se faire par une équipe expérimentée et habituée à ce genre d'intervention (Ce n'était pas du tout facile pour l'équipe du Centre Pierre et Marie Curie de trouver le chirurgien urologue qui pouvait les opérer et opérer ainsi le changement, souhaité par le système thérapeutique et souhaité mais redouté par le système familial, il fallait voir d'hôpital à hôpital , attendre, espérer, négocier durant plus d'une année pour l'équipe medicopsychologique ainsi que pour la famille, qu'il fallait soutenir dans cette attente et trouver à chaque fois les mots justes pour continuer à la persuader de l'intérêt du changement.) Les médecins (hommes) étaient, pour la plupart, réticents à ce genre d'intervention, surtout à cet âge, un professeur se disait même «impuissant» devant le manque de moyens. Jusqu' à ce que le système thérapeutique se retrouve devant celle qui fut la première chirurgienne urologue femme en Algérie, et l'invite ainsi à adhérer à sa cause , cette urologue la soutienne malgré le manque de moyens. Elle parle aux patients dans leur langue maternelle et cela a suffi pour rassurer la famille.)

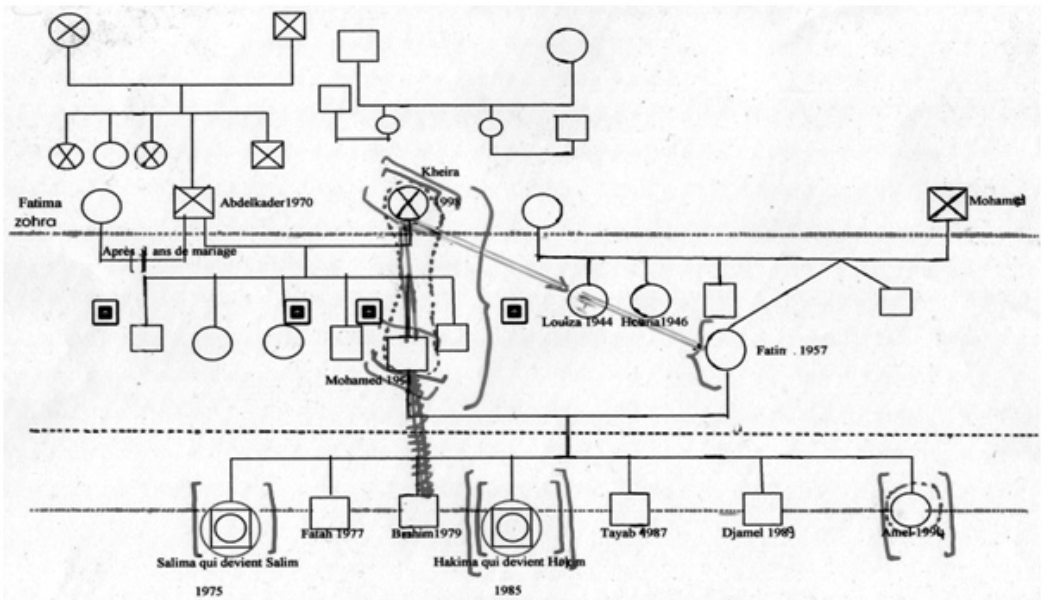
2° Le déracinement exigé par la personne après l'intervention nécessite un accompagnement médicale, psychologique et systémique à long terme. (Cet accompagnement a réellement permis aux deux patients de faire les trois interventions chirurgicales pour chacun en un intervalle de 3 ans et plus, et à chaque intervention, le changement identitaire se précise au niveau somatique et psychosocial.)

Présentation médicale de « Hakima» à partir de son dossier médical

La patiente « Hakima», âgée de 20 ans et cinquième d'une fratrie de huit enfants a un niveau d'instruction moyen. Elle est sans profession. Elle a des antécédents familiaux de consanguinité parentale du 2^{ème} degré, on signale un goitre opéré chez la mère. Admise au mois de juin 2004 au service d'endocrinologie pour ambiguïté sexuelle (pas de renseignement concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement). Dès la naissance qui a eu lieu pour « Hakima» à l'hôpital, les parents ont été orientés vers le service de pédiatrie où ils habitent (la Kabylie) puis à Alger pour une prise en charge, mais ces derniers ne consultent pas, « Hakima» fut alors étiquetée et élevée comme une fille. Le développement pubertaire était marqué par l'installation de la pilosité pubienne et axillaire vers l'âge de 13 ans, des érections et éjaculations nocturnes vers l'âge de 14 ans, un duvet labial puis une barbe à l'âge de 17 ans sans développement mammaire. La patiente n'a jamais été prise en charge, ce n'est qu'à l'âge de 17 ans qu'un médecin scolaire remarque la patiente et l'oriente avec lettre (qui fut un nouveau départ pas facilement accepté par la famille) vers un service d'endocrinologie à Alger. L'examen clinique à l'admission retrouve une patiente consciente, en bon état général, pesant 64 kg pour une taille 1m 61 avec un morphotype androïde. L'examen gonadique relève une ambiguïté sexuelle, un pénis qui mesure 4 cm, un hypospadias, testicules en place de taille normale, pilosité pubienne présente type masculine, pilosité axillaire présente, une barbe au niveau du visage, un aspect androïde avec développement des masses musculaire, une voix rauque avec une acné et une séborrhée au niveau du visage et du dos, pas de gynécomastie, ni galactorrhée spontanée ou provoquée. L'examen biologique retrouve la testostérone normale pour un sexe masculin. Sur le plan morphologique, il a été demandé une échographie abdominopelvienne qui met en évidence des vésicules séminales, l'exploration des bourses a montré deux testicules en place de taille normale et d'aspect ordinaire, absence d'organes internes féminins, présence d'une petite prostate mesurant 22mm/15mm et de vésicules séminales d'aspect vide.

Le test de Barr est en faveur de sexe génétique masculin, le caryotype n'a pas été fait.

Génogramme et carte familiale de la famille « S »



Analyse et discussion des résultats

Analyse structurale de la famille « S »

La famille « S » est de type *enchevêtré* c'est-à-dire que chacun de ses membres manifeste des tendances à l'intrusion dans les sentiments, les pensées et les actions des autres comme l'indique Minuchin (1995). Les limites entre les générations sont faibles. L'entretien systémique avec la famille « S » reflète beaucoup plus cette intrusion et absence des limites entre générations à un point tel que la grand-mère a décidé pour l'identité de Salim dit Salima et Hakim dit Hakima. Les frontières : dans la famille « S » sont floues et diffuses entre les générations. Les frontières individuelles de Salim et Hakim sont brouillées et leur différenciation de Soi (leur propre identité) est ambiguë. Le comportement d'un membre du système élargi affecte celui du couple. Au niveau des rôles, le père est disqualifié par sa femme et ses enfants, son rôle de mari est dévalorisé au sein du système parental. La mère assume le rôle d'une

mère et épouse infantilisée du vivant de sa belle mère.

Confusion des rôles sexuels dans la famille

C'est la grand-mère paternelle qui joue le rôle de chef de famille à qui tous doivent respect et obéissance, rôle attribué à l'homme. C'est elle aussi qui décide de changer le sexe des deux enfants ; de garçons à « *créatures de Dieu* » puis à filles, avec l'assentiment de son fils et le silence de sa « *belle fille qui n'a pas à défier sa belle mère* ». L'homme, le père est soumis à sa mère comme une jeune bru à sa belle mère, il est disqualifié par ses enfants. Pendant la maladie de la grand-mère et après son décès, c'est la mère qui prend le pouvoir comme un homme, prénomme les enfants et envoie Hakim à l'école. Le sous-système *père* forme à lui seul un sous système dans cette famille, il est disqualifié et scotomisé par les autres membres de la famille. Le sous-système *frères* est constitué de Salim et Hakim. Le sous-système *filles* ; Amel forme à elle seule un sous-système. Le sous-système *mère* de Mr S et Mme S, ce système a beaucoup de pouvoir. Le sous-système Mme S et ses enfants. Sur le plan des relations, la mère occupe la position haute après le décès de sa belle mère. Tandis que le mari est en position basse comme il y était toujours avant le décès de sa mère. Dans le couple, la relation est complémentaire alternée, le rôle du mari est réduit par contre l'épouse a le dernier mot, elle décide et parle à sa place. Les relations entre les frères sont proches et conflictuelles, mais la relation entre Amel et Salim est proche ainsi qu'entre Salim et Hakim. Nous avons bien constaté que, dans la famille « S », le pouvoir était chez la grand-mère paternelle mais après son décès, ce pouvoir se transmet à Mme S. Hakim qui devient l'agent de changement, il est le premier bébé nommé par sa mère, il était scolarisé à un âge un peu plus avancé que les autres frères. Même les démarches médicales à Alger ont débuté après la lettre d'orientation faite pour lui au cours d'une visite des médecins scolaires. Les alliances et les coalitions : Salim est en alliance avec son frère Hakim, leur ambiguïté sexuelle les a rapprochées. La grand-mère paternelle s'allie avec son fils contre sa belle fille, tandis que cette dernière s'allie avec ses enfants contre sa belle mère. Parmi les règles familiales retrouvées dans cette famille : 1° « *Les hommes de la famille ont plus de garçons, les filles de la famille plus de filles* » (?),

2° « *L'ambiguïté sexuelle reste une affaire familiale* ». Il s'agit là d'une famille dont le système est de type fermé mais qui, néanmoins, est prêt aux changements.

Analyse contextuelle de la famille « S »

De l'analyse du génogramme de la famille « S » et des entretiens, il ressort que le père dans sa famille d'origine est loyal à sa mère. Mme «S». confirme cette loyauté en disant que son mari faisait tout ce que sa mère lui demandait. Les enfants de la famille « S » sont aussi loyaux à leur mère Mme « S ». Mr «S». se trouve dans une situation de conflit de loyauté vis-à-vis de sa mère, son épouse et sa belle mère : Par exemple sa mère lui interdit d'amener ses deux enfants aux médecins, son épouse au contraire voulait demander l'avis d'un spécialiste sa mère aussi (la mère de Mme «S»), donc Mr «S» ne savait plus quoi faire être loyal à sa mère et suivre son ordre ou être loyal à sa femme et aller voir un médecin. Par ailleurs, nous avons trouvé que Salim dit Salima était parentifié et que son rôle de sœur aînée qui cuisine, fait le ménage, aide la sœur Amel à prendre son bain, l'empêche parfois même d'assister aux entretiens familiaux ; « *...elle est restée à la maison, nous ne pouvons pas venir tous, il faut que quelqu'un prépare à manger...* » dit Mme «S» en kabyle, pour excuser l'absence de Salim dit Salima. Un travail de longue haleine attendait le système thérapeutique devant cette famille, mais les liens tissés et cet échange si profond dans la langue maternelle, paraissait rassurer les deux protagonistes c'est-à-dire les thérapeutes et la famille.

Exonération

Salim et Hakim sont deux personnes pouvant se sentir comme victimes d'une injustice, le travail thérapeutique a permis aux membres du système et aux victimes de comprendre le comportement de leur grand-mère qui était celui de protéger l'homéostasie familiale et de sauver la réputation de la famille. Tout le monde au fur et à mesure des entretiens a compris la position de la défunte grande mère et son comportement, peut être par abus de pouvoir ou par ignorance, la grande mère pensait qu'il était préférable de dire que ces deux cas sont deux filles que de dire que ce sont des garçons car *ils ont une malformation génitale*

ou un petit pénis, pour elle et pour la famille c'est honteux d'avoir des garçons qui ne vont pas être viriles dans le futur. Pour elle, c'est même une mauvaise réputation pour la virilité des autres hommes de la famille, c'est comme si son fils aussi n'était pas virile pour avoir des enfants normaux, donc *c'est honteux même pour elle et son mari car ils n'ont pas pu avoir un homme capable de mettre au jour des garçons avec des organes sexuels en forme*. La famille entière a participé par l'incitation des thérapeutes à cette explication rétrospective du comportement de la grande mère, nous avons l'impression qu'ils la comprenaient mieux et lui pardonnaient, c'était le but de cette rencontre, se reconstruire dans la compréhension, l'amour et non pas dans la colère et la haine comme c'était visible au début des rencontres où Salim dit Salima entrait dans des crises telles qu'il cassait toute la vaisselle de la maison, les thérapeutes cothérapeutes ont multiplié les rencontres avec Salim dit Salima car c'était lui qui devait être opéré le premier, pour lui permettre d'exprimer sa colère, et la violence du passage du corps de l'esprit vers la nouvelle identité, une véritable métamorphose! D'exprimer des sentiments liés à son nouveau rôle, les parents étaient compréhensifs, la prudence était de rigueur dans le système thérapeutique, pour éviter un passage à l'acte regrettable! (Le suicide par exemple, que redoutent d'ailleurs dans ces cas là, les endocrinologues et les psychiatres).

Le test de Rorschach

Le test de Rorschach de Hakim montre des troubles profonds de l'identité sexuelle et de l'identité sexuée, des altérations du Soi et du lien aux objets internes. Nous sommes en présence d'un protocole fiable où le sujet manifeste une réelle motivation face au matériel proposé. La manière d'être au monde est exclusivement extratensive à savoir expressive et affective mais la particularité de ce protocole est qu'il y a une absence totale du pôle idéatif impliquant la pensée conceptuelle (aucun mouvement humain). Hakim est influencé de façon excessive, exclusive et rigide (EBPer = 8.0) par ses affects lors de ses prises de décision.

Sur le plan de la relation d'objet internalisée et des relations interpersonnelles, il s'avère que Hakim n'a pas de représentations de relation c'est-à-dire d'activité libidinale et/ou agressive avec l'objet

(COP = 0 AG = 0) avec conjointement une perception très altérée des figures humaines (GHR : PHR = 0 : 10). Ces résultats vont dans le sens d'un risque à ce qu'il s'engage dans des formes de comportements relationnels inadaptés où les comportements interpersonnels seront peu efficaces dans les situations sociales et où ses comportements seront souvent considérés de manière défavorable par les autres.

La grande particularité de ce protocole est un vif intérêt porté aux autres (Human Content = 10) d'ordre exclusivement sexuel (73% des réponses du protocole sont à contenu sexuel (11/ 15). 84 % de ces réponses sexuelles sont des réponses à contenu féminin, 54 % de ces réponses sont de mauvaise qualité formelle et 100 % de réponses humaines sont de mauvaise qualité formelle et/ou partielles. Toutes les réponses sexuelles aux 3 dernières planches (pastelles) sont de mauvaise qualité formelle.

Nous n'observons pas de retrait social toutefois aucune identification mature ne s'est constituée (gel identificatoire, pure H=0), conjointement à des difficultés sérieuses de modulation et de contrôle émotionnel. Sont observées des décharges pulsionnelles intenses parfois à type d'impulsivité ; ici avec l'absence concomitante de pure H, il faut penser à une grande immaturité associée de fait à une activité de liaison psychique très pauvre.

Nous pouvons observer ci-dessous l'importance des altérations perceptives de la réalité et les difficultés de contrôle émotionnel portant exclusivement sur des représentations humaines parcellaires de nature sexuelle essentiellement féminine.

Identité sexuelle et altération des objets internes

II 2 Do3 CFo Hd, Sx, BI PHR (quelque chose chez la femme) (mauvais contrôle émotionnel) 3 Do 2 CFo Sx, Hd, BI PHR (quelque chose chez la femme) (mauvais contrôle émotionnel)

III 4 Dv 2 C BI (fait allusion aux organes génitaux féminins) (absence de contrôle émotionnel)

IV 6 Do 1 Fo Hd, Sx PHR (les organes génitaux masculins)

V 7 Wo1 Fo A, Sx P 1.0 (les organes génitaux féminins)

VI 8 Wo1 F-Hd, Sx 2.5 PHR (les organes génitaux masculins) (altération perceptive de la réalité)

VII 9 Dd So99 Fo Hd, Sx PHR (les organes génitaux féminins)

VIII 10 Do2 CF- Hd, Sx PHR (celui de la femme, fait une référence culturelle au sexe féminin (altération perceptive de la réalité et mauvais contrôle émotionnel)

IX 12 Do6 CF- Hd, Sx PHR (elle ressemble aux autres, c'est les organes génitaux féminins) (altération perceptive de la réalité et mauvais contrôle émotionnel)

13 DSo8 CF- Hd, Sx PSV, PHR (une chose de la femme à cause de la couleur...les

organes génitaux) (altération perceptive de la réalité et mauvais contrôle émotionnel)

X 14 Do11 F-Hd, Sx PHR (c'est les organes génitaux féminin) (altération perceptive de la réalité)

15 Ddo99 F-Hd, Sx PHR (c'est les organes génitaux féminin) (altération perceptive de la réalité)

Le test de Rorschach de Salim montre des troubles profonds de l'identité sexuelle. Il présente comme Hakim un style extratensif mais le peu de réponses limite l'interprétation de ce protocole. Néanmoins, nous observons 67% (8 sur 12) de réponses sexuelles alors que chez des sujets témoins nous n'en trouvons que 5% (12 sur 227). Sur ces 5%, le taux moyen de réponses sexuelles est de 4%. Par ailleurs, 86% des sujets tout-venant ont une bonne qualité des réponses humaines toujours supérieure au nombre de réponses de mauvaise qualité alors que le protocole de Salim a 0% de bonnes réponses pour 100% de mauvaises réponses.

Discussion

L'approche en thérapie familiale systémique a été un guide tout au long de ce cheminement avec la famille, puis l'abord - selon les connaissances psychanalytiques - est aussi venu dans l'après-coup compléter la compréhension de cette famille. Notre sujet est très complexe, ce qui nous a mis au départ dans des positions ambiguës telles : faut-il écrire le prénom des patients au féminin ou commencer à le prononcer au masculin à partir du changement d'attitude au cours de la prise en charge ? Chemin faisant et à partir des discussions de co-thérapie, avant et après chaque rencontre, l'éclairage s'est fait et la problématique et les

hypothèses systémiques se sont dessinées enfin.

L'homéostasie d'un système familial rigide et fermé a été maintenue grâce au paradoxe de l'ambiguïté sexuelle ; un homme passant à cause d'une petite malformation pour une femme sa vie durant ! Suite à des règles familiales ancestrales, cette grande famille élargie a souvent recours à des mariages consanguins entre ses membres afin de permettre de sauvegarder les traditions : par exemple *Mr S et Mme S sont des cousins, la mère de Mr S et son père sont aussi des cousins*), quitte à sacrifier des individus au profit du groupe. Le groupe familial élargi (le mot kabyle signifie « *tribu* ») est là pour protéger l'individu tant que ce dernier accepte de se fondre dans lui, et surtout de ne pas se différencier afin d'éviter de mettre le système familial en situation de crise.

La mère des deux patients ne pouvait rien faire devant le pouvoir de sa belle mère, la position basse de Mme « S » et la loyauté de Mr « S » à sa mère ont fait que les deux personnes vivent dans l'ambiguïté. Cette recherche, sur l'ambiguïté sexuelle au sein du système familial, n'a pas été évidente, en effet : comment entrer en interaction avec les membres de ce système qui a été longtemps renfermé dans sa coquille ? Quelles résonances personnelles a-t-il provoqué ?... L'approche systémique des troubles de l'identité sexuée et le passage d'une pensée linéaire à une pensée circulaire nous ont permis de comprendre le phénomène clairement, cela a été réalisé à partir des hypothèses de travail posées au début du parcours avec les thérapeutes de la famille, des entretiens avec les membres du système ont eu lieu afin de vérifier ces hypothèses.

Mais nous amenons aussi – dans l'après-coup du « travail » sur le cas – l'hypothèse psychopathologique que nous sommes en présence de deux « *messages énigmatiques* », un de la lignée de l'assignation sociale et l'autre de la lignée de la transmission intergénérationnelle (Laplanche, 2007), ces messages en provenance de l'autre adulte (ici la grand-mère paternelle relayée par le père): 1) contribuent à majorer l'ambiguïté corporelle sexuelle initiale de ses deux cas à l'époque de leurs naissances et,; 2) sont à l'origine des troubles de leur identité sexuée par échec traductif de ces deux cas des messages énigmatiques auxquels ils étaient confrontés, échec lié aux représentations de la sexualité de la grand-mère paternelle « *mais ils ont ...un petit pénis* »,

échec supposé lié à la rigidité d'origine fortement surmoïque du système familial et de l'absence « *d'aide à traduire* » extérieure dans la mesure où le contexte est liée à une culture fortement traditionnelle : pour la grand-mère « *c'est honteux pour la famille d'avoir des garçons qui ne vont pas être virile dans le future* ».

Le rorschach comme technique projective a montré la massivité du trouble de l'identité sexuée et plus largement de l'identité de base. L'analyse structurale et contextuelle du système familial a permis de montrer: 1) Que le pouvoir d'un membre de la famille peut changer le destin d'un autre membre dans le but de protéger le système ; 2) Que les règles familiales d'un système peuvent affecter les comportements des différents membres de la famille ; 3) Que l'homéostasie familiale peut aussi porter sur le paradoxe de l'identité sexuée ; 4) Que l'exonération des membres du système familial leur permet d'être amélioré.

Conclusion

Le présent travail est une réflexion sur un thème longtemps resté tabou et secret dans ce système kabyle fermé et rigide, cependant grâce à la thérapie familiale, ce système a pu s'exprimer ouvertement et librement, élément qui nous a surpris au début. Le travail thérapeutique (medico psychologique) se poursuit toujours avec cette famille. La conclusion à laquelle nous avons abouti, exprime plutôt une vision optimiste concernant la prise en charge de l'ambiguïté sexuelle et l'accompagnement de tout le système familial. Ceci dit et pour finir, nous préciserons que le spectre de l'ambiguïté chez les médecins somaticiens a toujours été lié à la dépression et surtout au suicide des patients désignés au cours de prise en charge individuelle pour une problématique qui en réalité est, pour une part, systémique et contextuelle.

Bibliographie

Allgeier A.R., (1988), *Sexualité humaine*, Bruxelles, Ed De Boeck.

Benony H, Boudilmi S, Moussa F, Nicot E et Bonin B., (2006), *Corps en famille et ambiguïté sexuelle*, Communication, Colloque international : Corps en famille, Université de Franche-Comté, Besançon, 22 et 23 juin 2006, France, A paraître in actes du colloque.

Bensmail B., (1993), *La psychiatrie aujourd'hui*, Alger, OPU.

Castel P-H., (2003), *La métamorphose impensable: Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Paris, Gallimard.

Chitour F., (1998), Sexe et identité, in *Identité et mémoire Actes de la 5^{ème} journée scientifique de la fondation Boucebeci*, Alger,

Desautels J., (1988), *Dieux et mythes de la Grèce ancienne*, Canada, Les presses de l'université Laval

El Kaim M., (1995), *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Seuil.

Exner J. E., (1995), *Le Rorschach, un système intégré*, traduction française par Andronikof-Sanglade A., Ed. Frison-Roche, Coll. « Psychologie vivante ».

Kepes S et Coll., (2003), *Corps libéré : psychosomatique de la sexualité*, Paris, La Découverte/Poche.

Laplanche J. (2007) *Sexual. La sexualité élargie au sens freudien*, Paris, PUF.

Larousse médicale., (2003), Paris, Larousse.

Michard P., (1996), *L'approche contextuelle*, Paris, Ed Morisset.

Minuchin S., (1979), *Famille en Thérapie*, Paris, Ed J.P Delarge.

Neuburger R., (1995), *L'autre demande*, Paris, ESF.

Ruano- Borbalan J.C., (1998), *L'identité, l'individu, le groupe, la société*, Paris, Ed. Sciences Humaines.

Stoller R., (1985), *Masculin ou féminin ?* Paris, PUF.