

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
Scientifique
Université Mentouri - Constantine
Faculté des Sciences Humaines et des Sciences Sociales
Département de Psychologie et de Sciences de l'Education

N° d'Inscription.....

L'ambiguïté sexuelle:

"Représentations et Attitudes parentales"

Thèse présentée pour l'obtention du
Doctorat en Sciences en Psychologie clinique

Présentée par :
Badis Abdelkader

Dirigée par :
Professeur Lezzar Alkassem

Devant le Jury:

Chelbi Mohamed, Professeur: Président, Université Mentouri Constantine.
Lezzar Alkassem, Professeur: Rapporteur, Université Mentouri Constantine.
Harouni Moussa, Professeur: Membre, Université Mentouri Constantine.
Djaber Nasreddine, Professeur: Membre, Université Mohamed Khider Biskra,
Boutaghane Med.Tahar, Maître de Conférence: Membre, C.N.F.P.H. Constantine.
Boumediene Slimane, Maître de Conférence: Membre, Université 20 août 1955 Skikda.

Année 2007/2008.

***Jedédiece
travailàmon
grandami , feu
Boussalia
Kamel.***

Remerciements,

Mon entière gratitude va au Pr. Lezzar Alkassem pour ses encouragements et sa patience, mes remerciements vont aussi au Pr. Chelbi Mohamed pour avoir revu le manuscrit et apporté quelques corrections et observations, au Pr. Harouni Moussa, au Pr. Djaber Nasreddine, au Dr. Boutaghane Tahar, Maître de conférence, au Dr. Boumediène Slimane, Maître de conférence pour avoir acceptés de faire partie du Jury de soutenance. Je suis convaincu à l'avance que leurs observations et critiques seront pertinentes et enrichissantes.

Mes remerciements vont aussi à tous les collègues et à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Je remercie, enfin et surtout ma femme, le Dr. Badis-Ouchène Saida pour son soutien, ses pressions et insistances pour terminer ce travail.

ملخص :

كيف يستقبل الوالدان طفلا ملتبسا جنسيا ؟

كيف يواجهان وسطا جارحا ؟

إن الالتباس الجنسي عاهة تأتي لوضع حد لتخيلات وأحلام الوالدين طوال مدة الحمل، إنها محل تصورات سلبية واتجاهات عدائية ضد الملتبس جنسيا وضد والديه.

هدين الأخيرين يجدين أنفسهما مرهقين من طرف محيط يظهر لهما أنهما والدين غير سويين بل منبئين بولادة طفل بعاهة ليست كالإعاقات الأخرى بالنظر لعلاقتها بالجنس. الموضوع المحرم الكلام عنه في مجتمعنا .

عدائية المحيط ليس معبرا عنها مباشرة ولكن بواسطة نظرات وإيماءات ذات دلالة . هذه الاتجاهات العدائية من طرف المحيط تعزز الشعور بالذنب عند الوالدين.

والدي الملتبس جنسيا يشعران بالذنب إزاء ولادة تذكرهم ماضيتهما أين يبحثان عن بقايا ذنب يكونان قد اقترفاه والذي يعتبران نفسيهما معاقبين من أجله.

إن تصوراتهم للالتباس الجنسي لا تختلف عن تصورات الوسط الاجتماعي الذي يعيشان فيه ولكن اتجاهاتهم تختلف تماما عن اتجاهات محيطهما إنهما رءوفين مع ذريتهما بل وحتى مفرطين في حمايتها، منكرين بذلك شعورا بالذنب، شعورا بالمسؤولية أمام الله.

كالملتبس جنسيا إن والديه يعبران عن براءتهما وعدم مسؤوليتهما فيما أصابهما، إنهما يبحثان عن رافة المحيط الذي بيدوا أنهما يقولان له أن ما أصابهما يمكن أن يصيب أشخاص آخرين وإن ليس هناك أحد في مأمن من القدر ومن الإرادة الإلهية.

إن والدي الملتبس جنسيا يبحثان لنفسيهما ولطفليهما عن الطمأنينة ويواجهان كل أشكال التجريح. آمالهما هي العيش في وسط يتقبلهما وولدهما. إنه ليس بطلب الكثير.

الكلمات المفاتيح: التباس جنس - اتجاهات - هوية جنسية - تصورات - جنس - تجريح.

Résumé:

Comment les parents d'un ambigu sexuel accueillent-ils leur enfant taré? Comment font-ils face à un environnement stigmatisant.

L'ambiguïté sexuelle est une tare qui vient mettre un terme aux rêves et fantasmes des parents pendant toute la durée de la grossesse, elle fait l'objet de représentations négatives et d'attitudes hostiles aussi bien vis-à-vis de l'ambigu lui-même que vis-à-vis de ses parents.

Ces derniers sont harcelés par un voisinage qui leur montre qu'ils sont des parents anormaux voire coupables de la naissance d'un enfant dont la tare n'est pas comme les autres handicaps, par sa relation directe avec la sexualité, objet tabou et interdit de citer dans notre société.

L'hostilité de l'entourage n'est pas exprimée d'une façon directe mais par des regards et des non-dits expressifs. Ces attitudes hostiles de l'entourage renforcent le sentiment de culpabilité des parents.

Les parents d'ambigus sexuels sont aussi culpabilisés d'une naissance qui leur rappelle un passé, dans lequel ils recherchent les traces d'un péché qu'ils auraient commis et pour lequel ils se considèrent sanctionnés.

Leurs représentations de l'ambiguïté sexuelle ne diffèrent pas des représentations de la société et du milieu social dans lesquels ils vivent, mais leurs attitudes envers leur enfant sont complètement opposées à celles de l'entourage. Ils sont indulgents avec leur progéniture et même surprotecteurs, masquant par là un sentiment de culpabilité, un sentiment de responsabilité devant DIEU.

Comme l'ambigu sexuel, les parents expriment leur innocence et leur irresponsabilité dans ce qui leur arrive. Ils sollicitent l'indulgence de l'entourage auquel ils semblent dire que ce qui les touche, peut toucher d'autres personnes et que nul n'est à l'abri du destin et de la volonté divine. Les parents d'ambigus sexuels cherchent pour eux-mêmes et pour leurs enfants la tranquillité et luttent contre toute forme de stigmatisation.

Leur vœu, c'est de vivre normalement dans un milieu qui les accepte avec la tare de leur enfant, ce qui n'est pas trop demander.

Mots clés : Ambiguïté, Attitudes, Identité sexuée, Représentations, Sexe, Stigmatisation.

Summary:

How the parents of ambiguous sexual accommodate do to them damaged child? How they make facing a stigmatizing environment?

Sexual ambiguity is a blemish which comes to put a term at the dreams and phantasms of the parents throughout all pregnancy, it is the subject of negative representations and hostile attitudes as well with respect to ambiguous himself as with respect to his/her parents. These latter are harassed by vicinity which shows them that they are even guilty abnormal parents of the birth of a child whose blemish is not like the other handicaps, by its direct relation with sexuality, which is a taboo subject and forbidden to mention in our society.

The hostility of the entourage is not expressed in a direct way but by expressive glances and unvoiced comments. These hostile attitudes of the entourage reinforce the guilt feeling of the parents.

The parents of sexual ambiguous ones are also made feel guilty of a birth which points out their past in which it seek the traces of a sin that they would have made and for which they are considered sanctioned.

Their representations of sexual ambiguity do not differ from these of the society and the social background in which they live, but their attitudes towards their child are completely opposed to those of the entourage.

They are lenient with their offspring and even overprotective, masking by there a feeling guilt and feeling of responsibility in front of GOD.

Like the ambiguous sexual, the parents express their innocence and their irresponsibility in what arrives to them. They request the indulgence of the entourage to which they seem to say, that the problem which affects them can touches other people and that no one is safe the fate and GOD will.

The sexual ambiguous parents seek for themselves and for their child, peace and fight against any form of stigmatization.

Their wish is to live normally in an environment which accepts them with the blemish of their children. This is not too much to require.

Key words: Ambiguity, Attitudes, Sexual identity, Representations, Sex, Stigmatization.

Table des matières

Problématique.....	1
Approche théorique.....	3
Chapitre premier: Aperçu médical.....	5
<i>A Différentiation sexuelle.....</i>	7
A1: Différenciation gonadique.....	8
A2: Différenciation somatique.....	9
A2a: Les glandes différenciées.....	8
A2b: Les glandes indifférenciées.....	9
A2c: Les mécanismes de différenciation.....	11
A3: Différenciation du tractus génital.....	12
A3a: Tractus génital interne.....	12
Stade différencié.....	13
Stade indifférencié.....	13
Tractus masculin.....	13
Tractus féminin.....	15
A3b: Sinus urogénital.....	15
Stade indifférencié.....	15
Stade différencié.....	16
A4: Organes génitaux externes.....	17
A4a: Différenciation masculine.....	17
A4b: Différenciation féminine.....	18
<i>B Anomalies de la différenciation sexuelle.....</i>	19
B1: Ambiguïtés sexuelles évidentes.....	19
B2: Ambiguïtés sexuelles moins évidentes.....	20
B2a: OGE. d'orientation féminine.....	20
B2b: OGE. d'orientation masculine.....	20
B3: Examens cliniques et investigations spécialisées.....	21
B3a: Examen clinique.....	21
B3b: Investigations spécialisées.....	21
- Etudes radiologiques.....	21
- Diagnostique étiologique.....	21
- Données utiles au diagnostique étiologique.....	22
- Antécédents familiaux.....	22
- Antécédents obstétricaux.....	23
- Aspect des OGE.....	23
- Manifestations cliniques associées.....	23

- Syndromes dysmorphiques complexes.....	23
- Données biologiques.....	23
- Etudes hormonales.....	24
- Orientation pratique du diagnostic étiologique.....	24
- Exploration chirurgicale.....	24
C Traitements et conduites à tenir.....	26
C1: Traitement médical (hormonal).....	28
C2: Traitement chirurgical.....	28
C3: Traitement psychothérapeutique.....	29
C3a: Bref rappel sur les psychothérapies.....	29
C3b: Psychothérapie des parents d'ambigus sexuels.....	30

Chapitre deuxième: Les Représentations sociales.

A Historique.....	33
B Essai de définition.....	37
C Caractéristiques des représentations sociales.....	38
Ca: Forme d'expression sociale et culturelle.....	38
Cb: Résultante d'une dynamique sociale.....	38
Cc: Forme de pensée sociale.....	39
D Structure et contenu des représentations sociales.....	40
Da: Le noyau central.....	40
Db: Le système périphérique.....	40
E Modalités de recueil des représentations sociales.....	41
Ea: L'Entretien clinique.....	41
Eb : Le Questionnaire.....	41
Eb1: Questions fermées.....	41
Eb2: Questions à éventail de réponses.....	41
Ec: L'analyse documentaire.....	42
Ed: l'Association libre.....	42
Ee: L'Approche monographique.....	42
Ef: Les Autres techniques.....	43
F Les Relations interpersonnelles et les représentations sociales.....	44

Chapitre troisième: Les Attitudes.....47

A - Historique.....	48
B - Essai de définition.....	50
C - Les théories des attitudes.....	51
Ca: La théorie de l'équilibre.....	51
Cb: La théorie de la dissonance cognitive.....	51
Cc: La théorie de l'attribution.....	52
D - Les échelles d'attitudes	53

Da: L'échelle de Bogardus ou échelle de distance sociale.....	53
Db: Les échelles de Thurstone.....	54
Db1: Méthode de comparaison par paires.....	54
Db2: Méthode des intervalles successifs.....	54
Db3: Méthode des intervalles apparemment égaux.....	55
Dc: L'échelle de Likert.....	55
Dca: Notation élémentaire.....	55
Dcb; Notation probabiliste.....	56
Dd: L'analyse hiérarchique.....	56
Dda: L'échelle hiérarchique.....	56
Ddb: Technique d'analyse hiérarchique.....	56
De: La méthode du scalogramme.....	58
Df: La méthode de Green.....	58
<i>E - les représentations sociales et les attitudes.....</i>	<i>60</i>
Approche pratique.....	61
Hypothèses de travail.....	62
Hypothèse générale.....	62
Hypothèses opérationnelles.....	62
Aspects méthodologiques.....	63
Présentations de cas.....	65
A - Le cas Hasab.....	66
Présentation du cas.....	66
Antécédents familiaux.....	66
Antécédents personnels.....	66
Conditions sociales.....	67
Diagnostic et traitement de l'ambiguïté de Hasab.....	67
Entretien avec La mère.....	67
Commentaire du cas.....	68
B - Le cas M. R.....	69
Présentation du cas.....	69
Antécédent familiaux.....	69
Antécédents personnels.....	70
Conditions sociales.....	70
Diagnostic et traitement de l'ambiguïté de M. R.....	71
Entretien avec La mère.....	71
Commentaire du cas.....	72
C - Le cas Barhoum.....	73
Présentation du cas.....	73
Antécédents familiaux.....	73
Antécédents personnels.....	73
Conditions sociales.....	74

Diagnostic et traitement de l'ambiguïté de Barhoum.....	74
Entretien avec les parents.....	74
Commentaire du cas.....	75
D - Le cas Khella.....	76
Présentation du cas.....	76
Antécédents familiaux.....	76
Antécédents personnels.....	76
Conditions sociales.....	76
Diagnostic et traitement de l'ambiguïté de Khella.....	77
Entretien avec les parents.....	77
Commentaire du cas.....	78
Commentaire général.....	79
Conclusion.....	80
Lexique.....	81
Bibliographie.....	83

PROBLEMATIQUE :

L'être humain se caractérise par sa triple dimension bio psycho sociale. Dans la partie biologique de cette dimension il rejoint les animaux par les besoins végétatifs qui s'expriment par des instincts tels que la soif, la faim, le sommeil, la sexualité... Dans sa dimension psychologique il exprime ses sentiments, affects, motivations, ambitions et désirs...

Quant à l'aspect social il se manifeste par les relations que l'être humain tisse avec ses semblables dans un environnement régi par des règles et des normes bien définies et préétablies.

Dans son interaction avec les gens de son entourage, l'être humain met en action toutes les composantes de cette dimension en faisant appel à ses capacités cognitives et conatives par la mise en action des représentations sociales et des attitudes. Deux fonctions qui permettent à chacun de nous de se faire une idée sur l'objet de représentation (personne, politique, religion, études, sciences, maladie, handicap, tare, ambiguïté sexuelle... et d'avoir une position vis-à-vis de ces objets de représentation. Cette position peut être plus ou moins favorable ou défavorable à l'objet de représentation. C'est l'attitude.

Les représentations sociales sont des images qui représentent la base de notre vie psychique. C'est à elles que nous faisons spontanément appel pour nous repérer dans notre environnement physique et humain. Elles nous guident dans chaque instant de notre vie, qui serait impossible sans elles. Les attitudes traduisent nos comportements quotidiens et sont directement liées aux représentations dont elles découlent.

L'ambiguïté sexuelle représente une entité pathologique qui se manifeste par l'indifférenciation des organes génitaux externes. Ces derniers sont, le facteur déterminant du sexe du nouveau-né qui sera déclaré garçon ou fille selon la nature de ses OGE. L'indifférenciation sexuelle ou ambiguïté sexuelle est due à plusieurs facteurs hormonaux, enzymatiques génétiques et anatomiques, dont la combinaison provoque cette tare. Les recherches actuelles sont arrivées à identifier certains facteurs causant cette anomalie et à en définir les différents types (Hermaphrodismes vrais, Phm., Phf., agénésies, dysgénésies gonadiques...).

Les parents, au court de la grossesse et tout au long de celle-ci, ont des fantasmes et des images du futur enfant à venir: beau, grand, fort et indemne de toute anomalie physique et mentale. A la naissance d'un enfant taré, tous leurs calculs tombent à l'eau; ils sont subitement confrontés à une réalité amère qui change leurs préoccupations, perturbe leur vie et les oblige à s'adapter à cette nouvelle situation en comptant avec la présence d'un enfant taré. Ils restent le plus souvent perplexes et tendent à déclarer l'enfant, garçon plutôt que fille, compte tenu de la place qu'il occupe dans la société Algérienne. Cependant

l'enfant croissant présentera un certain nombre de problèmes, tant au plan familial que social, concernant son authentique identité, ni garçon ni fille, cet être interpelle les parents qui s'empresse de le soumettre à un examen médical. C'est alors que commence un long processus au cours duquel les parents refusent ou acceptent mal le sexe déterminé par les examens et qui s'inscrit comme sexe contraire à leur déclaration initiale. Il faut dire que cette inquiétude des parents se trouve d'avantage accentuée par le regard de l'autre, la manière dont réagit la société. C'est là une source d'angoisse qui pousse les parents à adopter des attitudes spécifiques à l'égard de l'enfant qu'ils refusent et acceptent à la fois. Leurs représentations de l'ambiguïté en tant que phénomène vécu comme une malédiction leur impose d'adopter des attitudes qui se déclinent dans les questionnements suivants:

- Quelles sont les représentations et les attitudes des parents d'un enfant ambigu sexuel?

- Quelle est la nature du vécu de ces parents devant une tare qui est toujours synonyme de tabou et de stigmatisation de la société?

- Quelles sont leurs préoccupations quant à l'avenir de leur enfant?

Quelles sont les possibilités de traitement de cette tare?

- Quand on sait que les possibilités thérapeutiques en Algérie sont minimales (surtout les traitements chirurgicaux) on est en droit de se demander comment ces parents peuvent-ils faire face à une tare qui se répercute sur leur vie et leurs projets futurs? Une tare qui, tout simplement bouleverse leur vie.

Le travail que nous présentons traite du sujet des représentations sociales et des attitudes parentales, face à l'ambiguïté sexuelle de l'enfant.

Il se compose de deux parties:

- Une approche théorique, que nous avons divisé en trois chapitres : un premier chapitre traitant de la différenciation sexuelle et de ses anomalies (ambiguïtés sexuelles) et leurs traitements, un deuxième chapitre abordant des représentations sociales et enfin un troisième chapitre consacré aux attitudes.

- Une approche pratique composée d'hypothèses de travail (hypothèse générale et hypothèses opérationnelles), de présentations de cas, de commentaires de cas et d'un commentaire général.

Approche théorique

Chapitre premier : Aperçu médical

Aperçu médical :

Dés les premiers jours de la fécondation, l'œuf ainsi constitué par la rencontre d'un ovule et d'un spermatozoïde enclenche un développement tout azimut qui durera pendant les neuf mois de la gestation pour aboutir à la naissance d'un nouveau-né.

Différents facteurs génétiques, hormonaux, enzymatiques, physiologiques se mettent en place contribuant ainsi au développement des différentes parties de l'organisme. Ainsi sous leurs influences, nos différents organes et appareils amorcent leur développement pour former un tout cohérent pendant toute la période de la gestation se terminant par la naissance et l'amorce d'une vie nouvelle dans un nouvel environnement d'accueil.

Dans son extraordinaire aventure, le corps humain peut être sujet à certaines tares et anomalies touchant différents organes et appareils et dont l'appareil génital ne peut être épargné.

Nous traiterons dans cette partie de notre travail

- Du développement normal de l'appareil génital (différenciation sexuelle.)

- Des anomalies de la différenciation sexuelle (ambiguïtés des organes génitaux externes).

- Et enfin du traitement et de la conduite à tenir préconisés dans les ambiguïtés sexuelles.

A - DIFFERENTIATION SEXUELLE.

**B - ANOMALIES DE LA DIFFERENCIATION
SEXUELLE.(Ambiguités des organes génitaux externes).**

C - TRAITEMENT - CONDUITES À TENIR.

A - DIFFERENCIATION SEXUELLE :

La différenciation sexuelle in-utero est l'ensemble des processus qui dans une même espèce sont responsables du dimorphisme sexuel présent à la naissance. Elle est complétée par la maturation pubertaire responsable de la différenciation des caractères sexuels secondaires. Elle se fait en trois étapes.

- Différenciation génétique.
- Différenciation gonadique.
- Différenciation du tractus génital.

A1 - Différenciation génétique :

Les cellules somatiques sont diploïdes. Elles contiennent vingt deux paires d'autosomes et deux chromosomes sexuels ou gonosomes (deux chromosomes X ou un chromosome X et un chromosome Y).

Les cellules germinales sont haploïdes. Elles contiennent onze autosomes différents et un gonosome X ou Y du fait de deux méioses.

- Méiose réductionnelle : répartit les chromosomes en deux lots équivalents pour chacune des cellules filles qui contiennent vingt-deux autosomes identiques et un gonosome identique(X) ou différent(X ou Y).

- Méiose équationnelle : répartit les chromosomes devenus chromatides dans les deux nouvelles cellules filles. Chacune de ces méioses comporte une disjonction des chromosomes.

- Ovogenèse : à partir de l'ovocyte de premier ordre la première méiose aboutit à la formation d'un ovocyte de deuxième ordre 23 X et à l'expulsion d'un premier globule polaire.

- La deuxième méiose déclenchée par la pénétration d'un spermatozoïde dans l'ovule conduit à l'expulsion d'un deuxième globule polaire et à la formation d'un ovule unique 23 X

- Spermatogenèse : à partir du spermatocyte de premier ordre, la première méiose aboutit à la formation de deux spermatocytes de deuxième ordre, l'un 23 X. et l'autre 23 Y.

- La deuxième méiose conduit à la formation de quatre spermatozoïdes (deux par spermatocyte de premier ordre) dont deux sont 23 X et les deux autres 23 Y.

La fécondation de l'ovule (gamète femelle 23 X) par le spermatozoïde (gamète mâle 23 X ou 23 Y) donne un œuf ou zygote qui est: féminin 46 XX ou masculin 46 XY.

La fécondation nous permet de savoir que le génotype sexuel qui définit classiquement le sexe génétique est déterminé par la nature (X ou Y) du spermatozoïde fécondant.

Le spermatozoïde fécondant est sélectionné au hasard. Un ovule peut être fécondé avec autant de chances par un spermatozoïde 23 X ou par un spermatozoïde 23 Y.

Dans le sexe féminin, chaque cellule somatique présente une inactivation d'un de ses chromosomes X qui touche au hasard le chromosome X paternel ou maternel, expliquant par-là que les produits de l'activité des gènes liés à X soient identiques dans les deux sexes.

Les chromosomes X des ovogonies sont épargnés par cette inactivation, ils restent fonctionnels tous les deux.

L'inactivation apparaît au 12^{ème} - 16^{ème} jour de la vie embryonnaire. Le caractère inactif d'un chromosome X (X dormant) se transmet à toutes les cellules issues d'une cellule initialement atteinte.

Dans le noyau en interphase, l'X inactif forme une masse compacte plaquée contre la face interne de la membrane nucléaire appelée corpuscule de BARR. [Perelman, p - 526].

A2 - Différenciation gonadique :

A2a - Les glandes indifférenciées :

Paires et symétriques. Elles sont situées de part et d'autre de l'aorte au niveau des 16^{ème} et 20^{ème} somites.

Crête génitale : épithélium de surface, mais aussi appelée épithélium germinatif, simple épaissement de l'épithélium coelomique, apparu vers la 4^{ème} semaine en avant et en dedans du mésonephros ou corps de WOLFF. Elle est colonisée par des cellules germinales, les gonadoblastes ou gonocytes primordiaux, facilement identifiables par leur fort volume et moyen nucléole, leur cytoplasme positif riche en glycogène et présentant une forte activité phosphatase alcaline et des caractéristiques ultra structurales témoignant d'une activité métabolique intense.

Les cellules germinales sont d'abord extra embryonnaires visibles dès le 18^{ème} jour dans la paroi de la vésicule vitelline près de l'allantoïde. Elles migrent du fait d'un tropisme sélectif. Elles pénètrent dans le pédicule embryonnaire qui joint le trophoblaste et le disque embryonnaire.

Elles entreprennent vers la 3^{ème} - 4^{ème} semaine une migration le long du mésentère dorsal en direction de la crête génitale qu'elles atteignent à la fin de la 4^{ème} semaine, début de la 5^{ème} semaine. Migration accompagnée d'une multiplication active qui accroît le nombre des cellules le long de l'axe de progression.

Quand les cellules germinales atteignent la crête génitale celle-ci devient crête gonadique, qui constituée chez l'embryon de cinq semaines, comporte un cortex et une médullaire.

Cortex : fait d'un épithélium pluristratifié (2 ou 3 couches cellulaires) où se mêlent gonocytes et cellules épithéliales d'origine cœlomique.

Médullaire : amas de cellules mésenchymateuses (blastème somatique commun) qui sépare le cortex des tubes du mésonephros sous-jacent. Elle est habitée par des gonocytes.

Apparaissent vers la 6^{ème} semaine dans la médullaire de la gonade indifférenciée des cordons sexuels primaires à disposition radiée qui englobent les gonocytes primordiaux.

A2b - Les gonades différenciées :

Le testicule : la différenciation testiculaire de la gonade primitive, est précoce et rapide, elle débute vers la 7^{ème} semaine. Evolution des cordons sexuels primaires vers les tubes séminifères primitifs qui sont identifiables dès 43-49 jours sous forme de cordons cellulaires pleins situés dans le mésenchyme (médullaire) qui prolifère. [Perelman, p- 519].

Certaines cellules de SERTOLI fœtales ; elles sont petites et claires. Les modifications de leurs propriétés histo-enzymatiques précèdent de beaucoup l'apparition de leur morphologie nucléaire caractéristique et représentent le premier élément identifiable de la différenciation testiculaire.

Les cellules de SERTOLI se groupent autour des cellules germinales. L'évolution des tubes séminifères primitifs présente quelques particularités.

Les cordons cellulaires se développent progressivement jusqu'au 6^{ème} mois en une vague progressive de différenciation au sein du mésenchyme.

La différenciation des cellules de SERTOLI survient en l'absence de prolifération cellulaire.

La différenciation des cellules de LEYDIG est plus tardive que l'individualisation des tubes séminifères primitifs.

Les cellules de LEYDIG ne deviennent réellement identifiables que vers la 8^{ème} semaine. Elles se multiplient activement. Elles occupent tout l'espace inter tubulaire entre 14 et 18 semaines. Elles diminuent en nombre et en taille et disparaissent dans les semaines qui suivent la naissance pour réapparaître au début de la puberté.

Les cellules de SERTOLI sécrètent l'hormone anti-mullerienne. Cette sécrétion débute dès avant la 7^{ème} semaine et se poursuit pendant toute la durée de la vie intra utérine.

Les cellules de LEYDIG sont responsables de la sécrétion de testostérone. Il existe un parallélisme net entre l'évolution morphologique des cellules de LEYDIG et la sécrétion fœtale de testostérone. [Idelman, p - 229].

La sécrétion de testostérone apparaît vers la 8^{ème} semaine, elle est au maximum entre la 14^{ème} et 16^{ème} semaine (période critique de la différenciation masculine des organes génitaux). Après la 20^{ème} semaine, la sécrétion de testostérone s'abaisse progressivement déterminant à partir de la 24^{ème} semaine des taux plasmatiques semblables chez les fœtus des deux sexes

La régulation de la sécrétion de testostérone par le testicule fœtal varie tout au long de la grossesse.

- Pendant les 3 premiers mois elle est sous la dépendance de la gonadotrophine chorionique.

- Vers la moitié de la gestation elle passe sous le contrôle de l'hormone lutéinisante fœtale.

Après différenciation le testicule migre à la 12^{ème} semaine vers l'orifice inguinal interne. Au cours des deux derniers mois de la gestation il franchira le canal inguinal (qui se referma derrière lui) et gagnera les bourses. Cette migration ou descente dans les bourses fait intervenir deux ordres de facteurs :

- Facteurs mécaniques : rôle important, croissance du rein, augmentation de la pression intra abdominale et dégénérescence du mésonephros. La dégénérescence du gubernaculum testis crée une voie de cheminement pour la descente.

- Facteurs hormonaux : l'intervention de ces facteurs est suggérée par la fréquence de cryptorchidie au cours des dysgénésies testiculaires et des insuffisances testiculaires anténatales.

L'ovaire : il paraît que structurellement la différenciation ovarienne débute plus tard que la différenciation testiculaire.

Jusque vers la 8^{ème}-10^{ème} semaine l'ovaire fœtal revêt un aspect proche de la gonade indifférenciée, mais :

- Les cellules germinales perdent leurs mouvements amiboïdes et deviennent des ovogonies qui se divisent activement dans le cortex.

- Les cordons sexuels secondaires sont probablement à l'origine du rété ovarii, mais régressent progressivement et n'ont aucune connexion avec le mésonephros.

- La médullaire n'est plus alors constituée que de cellules mésenchymateuses et vasculaires.

- Division du parenchyme ovarien en cordons corticaux vers le 3^{ème} mois, les ovogonies sont incorporées dans les cordons corticaux.

A partir de la 13^{ème} semaine certaines ovogonies se différencient en éléments cellulaires plus volumineux, les ovocytes de premier ordre entrent

aussitôt en méiose. A la 20^{ème} semaine la plupart des ovogonies sont entrées en méiose.

Dès la fin du 4^{ème} mois à la naissance l'évolution morphologique de l'ovaire est marquée par deux ordres de faits principaux:

- D'une part l'apparition des follicules vers la fin du 4^{ème} mois dans la profondeur de la gonade au contact de la médullaire. Les follicules augmentent de volume, certains deviennent cavitaires voir kystiques. On peut observer aussi sous l'épithélium de surface des follicules de DEGRAAF avec leur cavité folliculaire, leur granulosa et même une couche thécale (surtout en cas de grossesse pathologique).

- D'autre part une dégénérescence par vague des cellules germinales (ovogonies mais aussi ovocytes de premier ordre) qui n'est plus compensée par la formation de cellules nouvelles.

Du point de vue hormonal, la différenciation ovarienne paraît plus précoce qu'il n'y semble sur les critères morphologiques.

Dès la 8^{ème} semaine l'ébauche ovarienne est capable de synthèses de petites quantités d'œstradiol ; cette propriété est commune aux cellules de la granulosa et aux cellules de SERTOLI. On constate ici en terme de stéroïdogénèse que les gonades des deux sexes commencent leurs différenciations au même stade du développement fœtale.

A2c - Mécanismes de différenciation :

Les mécanismes de différenciations testiculaires de la gonade primitive en présence d'un chromosome Y fonctionnel s'effectuent par l'intermédiaire de l'antigène H-Y.

L'importance de l'antigène H-Y. est démontrée dans la différenciation gonadique. Plusieurs hypothèses sont avancées sur le mécanisme d'action de cet antigène et sur sa localisation. Les recherches effectuées sur cet antigène chez des transsexuels, chez des pseudohermaphrodismes masculins et des pseudohermaphrodismes féminins et chez des malades atteints du syndrome de TURNER montrent qu'il constitue l'un des facteurs essentiels de la différenciation sexuelle.

Des hypothèses sur la localisation de cet antigène sur le chromosome Y, sur le chromosome X et de la nature autosomique du gène de structure de l'antigène H-Y. ont été émises pour mettre en évidence l'importance de cet antigène qui semble déterminant dans la différenciation sexuelle.

Autres facteurs de la gamétogenèse : les recherches menées dans ce domaine montrent sans doute que l'antigène H-Y. Malgré son importance n'est pas seul responsable dans les mécanismes de la gamétogenèse. [Perelman, p - 532].

D'autres facteurs entrent en ligne de compte dans ce processus biologique ; nous citerons

- Le chromosome Y: il est probable que le chromosome Y est porteur en plus du gène intervenant dans le contrôle de H-Y. d'autres gènes distincts également nécessaires à l'accomplissement d'une différenciation testiculaire normale, à la sécrétion de l'hormone mâle et à une spermatogenèse normale.

En contradiction avec les constatations antérieures il semble que l'expression de H-Y. au cours de certaines polygonosomies Y puisse être non augmentée voir être diminuée. Contrairement aux autres malades ceux là paraissent présenter des troubles importants de la spermatogenèse, ce qui suggère l'association possible au cours de telles polygonosomies d'anomalies des gènes de différenciation testiculaire. [Perelman, p - 535].

- Le chromosome X : il a été démontré chez le chien que l'ovaire fœtal en début de différenciation était capable d'interférer par libération d'un facteur inhibiteur avec la fixation d'antigène H-Y. libre sur les ovaires adultes. Des expériences utilisant les anticorps anti-ovaire spécifiques de rats suggèrent qu'un antigène spécifique de l'ovaire puisse être nécessaire à la folliculogenèse. Il est possible que cette substance dépende d'un gène porté par le chromosome X:

- Substance intervenant sur la méiose : une particularité fondamentale de la différenciation des cellules germinales est l'entrée en méiose des ovogonies dès la vie fœtale et l'absence de méiose des spermatogonies avant la puberté.

Des arguments plaident en faveur de la sécrétion de substance inductrice de méiose par le rété ovarii. Les méioses débutent dans la partie de l'ovaire où les cellules germinales sont en contact avec le rété ovarii.

D'autres hypothèses ont été émises en faveur de la sécrétion par les cellules de SERTOLI d'une substance prévenant la méiose suite à des expériences menées en laboratoire.

Il est possible de dire que l'ovaire et le testicule sécrètent l'un et l'autre des substances inductrices de la méiose et des substances préventives de la méiose.

-Le rôle éventuel de la présence des cellules germinales dans la différenciation des cellules somatiques des gonades est discuté ; entraînant des pour et des contre quant à l'importance des cellules germinales dans la différenciation sexuelle.

Des observations faites en situation de déplétion des gonades en cellules germinales sont sans influence sur la différenciation des autres cellules gonadiques, du moins aux stades initiaux de cette différenciation.

A des stades ultérieurs de la gamétogenèse il semble qu'une plus grande indépendance entre cellules germinales et somatiques joue probablement un rôle dans l'évolution dysgénésique des gonades. Toute anomalie du matériel génétique porté par l'X compromet le développement ultérieur de l'ovaire. De même tout excès matériel génétique porté par l'X (X_nY .) conduit à un développement testiculaire dysgénésique.

A3 - Différenciation du tractus génital :

L'étude de cette différenciation nous permet d'abord de faire la distinction entre le tractus génital interne et les organes génitaux externes (OGE).

A3a - Tractus génital interne:

Deux périodes sont à distinguer dans la description de ce tractus.

Stade indifférencié:

Deux paires symétriques de canaux sont en jeu :

- Canal de WOLFF: canal extérieur du mésonephros, apparu à 26-32 jours. A la 4^{ème} semaine il atteint la paroi extérieure du cloaque où il s'ouvre (les orifices des canaux de WOLFF sont de part et d'autre du tubercule mullerien). [Perelman, p - 536].

- Canal de MULLER: il apparaît à 44 - 48 jours (10mm) sous forme d'une invagination de l'épithélium cœlomique ; il suit le bord externe du canal de WOLFF homo latéral puis s'incurve en dedans à hauteur de l'extrémité caudale du mésonephros pour croiser le canal de WOLFF homo latéral et vient s'accoler avec le canal de MULLER controlatéral avec lequel il va fusionner sur la ligne médiane. Le canal unique ainsi formé longtemps cloisonné par un septum poursuit sa croissance caudale jusqu'à ce qu'il entre à la 8^{ème} semaine en contact avec la paroi postérieure du sinus urogénital où il bute au niveau du tubercule mullerien sans s'y ouvrir. [Perelman, p - 536].

Stade différencié :

La différenciation du tractus génital interne dans le sexe masculin (épididymes, vésicules séminales, prostate) ou féminin (trompes, utérus) définit le sexe gonophorique.

Tractus masculin: Régression des structures mulleriennes et développement des structures wolffiennes. Le canal de MULLER régresse d'avant en arrière à partir de 8 semaines et disparaît vers 10 - 11 semaines.

Lorsque le mésonephros régresse pour être remplacé par le rein définitif, le canal de WOLFF cesse d'appartenir à l'appareil urinaire et s'intègre à l'appareil génital. Il devient sensible à l'action des androgènes qui assurent sa différenciation entre 8 et 12 semaines et permettent son développement ultérieur.

Les tubes mésonephrotiques perdent leur glomérule. Ils deviennent plus courts et établissent les connexions avec les cordons du rété testis pour former les cônes efférents du testicule. Cônes efférents et épididymes sont d'origine mésonephrotique.

Les tubes mésonephrotiques à hauteur du pôle caudal du testicule (para génitaux) restent fonctionnels jusqu'au 3^{ème} mois. Ils n'entrent pas en

relation avec le r  t   testis et perdent leur connexion avec le canal de WOLFF pour donner des structures vestigiales (para didyme ou organe de GIRALDES)

Au-dessus du testicule, le canal de WOLFF s'allonge et devient tortueux, il donne le canal d  f  rent qui s'abouche dans l'uretère au niveau du veru montanum (reliquat du tubercule mullerien);    proximité de cet abouchement une évagination latérale du canal d  f  rent apparue à 10 semaines forme la vésicule séminale.

Pour la différenciation masculine du tractus génital interne il faut noter que Les hormones sécrétées par le testicule fœtal sont responsables de la différenciation masculine du tractus génital interne.

Le rôle du testicule fœtal a été précisé par A.JOST d  s 1947, il est confirmé par plusieurs autres auteurs. [Perelman, p - 538].

Des expériences démontrent l'importance du testicule fœtal dans la différenciation du tractus génital interne. Des fœtus de lapins castrés in vitro ont un tractus génital interne qui se différencie dans le sens féminin. Si la castration est unilatérale le développement est féminin du coté de la castration, masculin de l'autre coté.

La greffe d'un testicule chez le fœtus femelle induit du coté greffé la différenciation masculine du tractus génital interne.

Le testicule fœtal agit par sa sécrétion hormonale. La régression des canaux du MULLER est due à une hormone testiculaire distincte de la testostérone, l'hormone antimüllérienne.

L'implantation de testostérone à des fœtus de lapins castrés permet le maintien et le développement des canaux de WOLFF, mais ne détermine pas la régression des canaux de MULLER, alors que cette régression est obtenue par greffe de testicule.

Le développement des structures Wolffiennes est d   à la testostérone sécrétée par le testicule fœtal.

L'administration d'androgènes à des fœtus femelles entraîne le développement de canaux de WOLFF, mais non la régression de canaux de MULLER.

L'administration à la lapine gestante d'un puissant anti-androgène fait disparaître les canaux de WOLFF des fœtus mâles.

L'androgène en cause est la testostérone, c'est le seul androgène sécrété par le testicule fœtal à la période durant laquelle s'effectue le développement des canaux de WOLFF.

Les cellules de structures wolffiennes n'acquièrent d'activité 5alphar  ductase permettant la transformation de la testostérone en dihydro testostérone qu'une fois leur différenciation achevée.

La testostérone n'est nécessaire que pendant une période très limitée. Après cette période, le canal de WOLFF persiste même en l'absence de testostérone. Il est stabilisé.

La testostérone agit essentiellement par diffusion locorégionale comme le suggèrent :

- La différenciation féminine du seul coté de la castration unilatérale de fœtus mâles.

- La correction imparfaite de cette différenciation féminine par l'administration systémique de testostérone. La testostérone d'origine maternelle (administrée à la mère ou due à une hyper androgénie maternelle) n'induit pas le développement wolffien car elle diffuse par voie sanguine.

Tractus féminin : Dans le tractus féminin les deux paires de canaux persistent jusqu'à la 10^{ème} - 12^{ème} semaine.

Le canal de WOLFF involue et disparaît à 13 - 14 semaines ne laissant que des vestiges, son extrémité céphalique laisse l'époophoron (organe de ROSENMULLER) situé dans le ligament large entre l'ovaire et la trompe, son extrémité caudale peut laisser le canal (ou kyste) de GARTNER, situé dans la paroi du vagin.

Le canal de MULLER se différencie à partir de 2 mois en plusieurs structures. Les parties supérieures et moyennes forment la trompe. Des cellules ciliées y apparaissent vers le 4^{ème} mois et deviennent très nombreuses vers le 7^{ème} mois. Sa partie inférieure soulève un pli transverse, qui deviendra le ligament large. La partie fusionnée de deux canaux formant le canal utero vaginal donne l'utérus (le corps de l'utérus puis le col) et les 4/5^{ème} supérieurs du vagin.

Il est à noter que les œstrogènes maternels stimulent probablement la croissance utérine fœtale, si bien que la taille de l'utérus à la naissance est supérieure à celle présente à plusieurs mois.

Pour la différenciation féminine il faut noter que l'absence de testicule fœtal permet l'évolution passive dans le sens féminin. Aucune sécrétion hormonale connue notamment ovarienne ne semble intervenir. Cette différenciation féminine s'observe donc en cas de différenciation ovarienne des gonades mais aussi en l'absence de gonades.

A3b - Sinus uro-génital :

Comme pour le tractus génital interne, deux périodes sont à distinguer.

Stade indifférencié: Jusqu'à la fin du 2^{ème} mois, l'aspect est identique dans les deux sexes.

Avant la segmentation du cloaque : le cloaque est constitué dès la 3^{ème} semaine, l'aspect extérieur comporte deux replis latéraux (les plis cloacaux) réunis en avant au niveau du tubercule cloacal et limitant une fente formée par la membrane cloacale. En dehors des plis cloacaux se situent les bourrelets génitaux. [Perelman, p - 539].

La segmentation du cloaque : Entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine, la croissance de l'éperon périnéal divise le cloaque en deux parties

- Une partie postérieure le canal uro-génital

- Une partie antérieure le sinus urogénital dont l'extrémité supérieure renflée annonce la future vessie et se prolonge par l'allantoïde ; sur la partie moyenne de la paroi postérieure du sinus urogénital s'abouchent les canaux de WOLFF.

Le plan d'ouverture des canaux dans le sinus urogénital permet de distinguer deux zones :

- une zone urinaire sus-jacente à l'abouchement des canaux WOLFF (elle donne chez l'homme la vessie et la moitié supérieure de l'urètre prostatique, chez la femme, elle donne la vessie et la totalité de l'urètre)

- une zone génitale sous-jacente.

En surface, cette segmentation aboutit à la division des plis cloacaux en deux parties :

- En arrière se situent les plis anaux réunis par la membrane anale fermant l'intestin primitif

- En avant se trouvent les plis urétraux (plis urétraux, labiaux) réunis en avant au niveau du tubercule génital dérivant du tubercule cloacal, entre les plis urétraux se situe la fente génitale résultant de l'ouverture à la 9^{ème} semaine de la membrane génitale (dérivant de la membrane cloacale).

Stade différencié : La différenciation des organes génitaux externes constitue la dernière phase de la différenciation sexuelle et représente de loin la plus importante. Elle détermine le sexe phénotypique, le sexe d'état civil et partant le sexe d'élevage.

La différenciation masculine débute vers 10 semaines après la différenciation gonophorique (différenciation du tractus génital interne). Elle n'est complète que vers le 4^{ème} mois.

- La zone génitale du sinus urogénital comporte deux segments, un segment pelvien vertical et un segment phallique horizontal.

- Le bourgeonnement de sa paroi postérieure forme progressivement la prostate.

- La partie sous jacente du sinus s'allonge et se coude pour donner la moitié inférieure de l'urètre prostatique et l'urètre membraneux auquel fait suite le segment phallique.

- Au niveau des organes génitaux externes l'augmentation de la distance urogénitale semble constituer la première différence phénotypique entre les deux sexes. En parallèle à ce développement se produisent certains phénomènes :

- Dès la 10^{ème} et 11^{ème} semaines le tubercule génital s'allonge rapidement pour donner le futur pénis.

- A la fin du 3^{ème} mois la fente génitale se ferme par fusion progressive d'arrière en avant. Ce processus se poursuit au niveau de la gouttière urétrale. Les plis urétraux fusionnent en pont formant ainsi l'urètre pénien constitué à 12-14 semaines et qui se termine en cul de sac juste avant le gland.

- Au 4^{ème} mois : un cordon épithélial venant de l'extrémité du pénis prolonge l'urètre pénien et se termine au méat urétral. Le prépuce naît d'une lame épithéliale circulaire venue également de l'extrémité du pénis, développement des bourrelets scrotaux ou bourrelets génitaux qui fusionnent pour donner le scrotum.

La différenciation est terminée à la 14^{ème} semaine mais le développement des organes génitaux externes se poursuit durant le reste de la vie fœtale. Pour le sexe féminin, l'évolution du sinus génital peut être schématisée ainsi :

- Le tubercule mullerien prolifère de bas en haut formant deux cordons cellulaires pleins (les bulbes sino vaginaux) qui fusionnent pour former la plaque vaginale. Celle-ci interposée entre les 4/5^{èmes} supérieurs du vagin provenant des canaux de MULLER en haut et le sinus urogénital en bas se canalise à 100mm (24 semaines) pour donner le 1/5^{ème} inférieur du vagin. Le vagin reste séparé de sinus urogénital par l'hymen.

- La partie du sinus située au-dessous du canal vaginal forme le vestibule où s'ouvrent par des orifices séparés l'urètre et le vagin. [Perelman, p - 542]

A4 - Organes génitaux externes :

La fente génitale reste ouverte devenant la fente vulvaire donnant accès au vestibule Les plis génitaux restent donc séparés donnant les petites lèvres. En dehors les bourrelets génitaux se développent pour fusionner donnant les grandes lèvres. Le tubercule génital ne s'allonge que de façon discrète et deviendra le clitoris.

A4a - Différenciation masculine :

La différenciation masculine des organes génitaux externes puis leur développement sont dus à la testostérone sécrétée par le testicule fœtal agissant après transformation en dihydrotestostérone.

Le rôle du testicule fœtal est attesté par les expériences de castration chez le fœtus mâle (différenciation féminine) et de greffe testiculaire chez le fœtus femelle (différenciation masculine). Le testicule fœtal agit par la testostérone qui est le seul androgène sécrété durant la période de différenciation. La testostérone agit par voie générale, comme l'attestent notamment la masculinisation de fœtus femelles dont la mère présente une tumeur sécrétant des androgènes ou dont la mère a reçu des androgènes. La testostérone agit après réduction dihydrotestostérone dans les cellules cibles. Cette transformation de la testostérone est due à une 5alpha réductase décelable dans les cellules du sinus urogénital avant même le début de la sécrétion de testostérone et la

différenciation masculine. La 5alpha réductase serait sous le contrôle d'un locus régulateur situé sur le chromosome X.

A4b - Différenciation féminine:

La différenciation féminine du sinus urogénital et des organes génitaux externes se fait en l'absence du testicule fœtal.

[Perelman, p - 544].

B - ANOMALIES DE LA DIFFERENCIATION

SEXUELLE:(Ambiguïtés des organes génitaux externes) :

L'ambiguïté des organes génitaux externes ne touche pas tous les états d'intersexualités somatiques. Seuls les états comportant une telle ambiguïté peuvent être dépistés par l'examen du nouveau-né. Le degré d'ambiguïté génitale varie d'un état à l'autre d'ambiguïté évidente, il peut dans certains cas être cause de problèmes de dépistage par la présence d'anomalies modestes auxquelles il est capital de pouvoir donner leur véritable signification. Certaines ambiguïtés sont un véritable signe d'alarme et exposent à un risque vital certain dès les premières semaines de la vie du fait de la présence d'un syndrome de perte de sel.

Le choix du sexe d'élevage est très délicat et nécessite dans certains cas de différer la déclaration à l'état civil en effectuant des examens approfondis qui permettent de prendre la décision finale. Il est nécessaire donc devant toute suspicion d'intersexualité somatique de rechercher en urgence les étiologies immédiatement menaçantes sur le plan vital. D'autre part il est aussi urgent de rechercher les étiologies dont l'identification est nécessaire au choix du sexe d'élevage pour éviter autant que possible certaines conséquences dramatiques sur la vie future du patient.

Les ambiguïtés sexuelles peuvent être :

- Des anomalies constitutionnelles Hermaphrodisme - PHM. - PHF. et dysgénésies gonadiques (agénésie - dysgénésie ovarienne - dysgénésie testiculaire).

- Des manifestations inter sexuelles acquises ou tardivement révélées : les syndromes de féminisation chez l'homme et les syndromes de masculinisation chez la femme. [Dreyfus, p - 3]

L'indifférenciation sexuelle peut se présenter avec différents degrés d'ambiguïtés plus ou moins évidentes. Pour permettre au clinicien de mener à bien son examen, PRADER a établi une classification initialement proposée pour décrire les aspects des organes génitaux externes au cours des pseudohermaphrodismes féminins (PHM) mais qui peut en pratique être appliquée à toutes les ambiguïtés.

B1 - Ambiguïtés génitales évidentes :

Parfois l'aspect des organes génitaux externes est franchement ambigu, mais certains états intermédiaires sont possibles entre :

- Un aspect d'ensemble plutôt féminin, mais avec hypertrophie clitoridienne et un certain degré d'occlusion postérieure de la vulve repoussant plus ou moins en avant l'orifice vaginal en direction de l'urètre.

- Un aspect d'ensemble plutôt masculin, mais avec une verge plus ou moins hypoplasique et parfois coudée, déplacement périnéal plus ou moins postérieur de l'urètre qui devient hypospade et s'ouvre dans un labio-scrotum plus ou moins fendu. [Perelman, p - 545].

- Pour les gonades, il arrive qu'une masse gonadique soit palpable en position inguinale ou labio-scrotale.

B2 - Ambiguïtés moins évidentes :

Certaines anomalies moins évidentes des organes génitaux externes (OGE) peuvent au même titre que les situations précédentes révéler des intersexualités somatiques.

B2a - OGE d'orientation féminine :

Hypertrophie clitoridienne isolée constatée dès la naissance elle doit être considérée comme présentant une ambiguïté (type I de PRADER).

Dans ce cas il est nécessaire d'éliminer certaines situations de doute telles que l'hypertrophie congénitale et généralement évolutive du clitoris et la simple hypertrophie du capuchon. Masse gonadique en position inguinale ou dans une grande lèvre qui peut souvent correspondre à une hernie de l'ovaire, mais qui peut être aussi révélatrice de certains types d'intersexualités somatiques et doit donc conduire à des examens minutieux pour un diagnostic final et fiable. [Perelman, p - 546].

B2b - OGE. D'orientation masculine:

L'association hypospadias cryptorchidie (même unilatérale), la cryptorchidie associée à un aspect hypoplasique de la verge et du scrotum imposent d'une façon formelle la recherche d'une intersexualité somatique. Un hypospadias isolé impose la recherche d'une intersexualité somatique dans les formes péno-scrotales et périnéo-scrotales, mais non dans les formes purement balaniques de loin les plus fréquentes.

La cryptorchidie bilatérale se corrige spontanément dans les deux premiers mois de la vie dans la moitié des cas et au cours de la première année dans 80% des cas, mais devant une cryptorchidie isolée et persistante il faut toujours penser à une intersexualité somatique (type V de PRADER). Il paraît donc utile devant toute forme de cryptorchidie de pratiquer les examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic qui écartera ou confirmera la présence d'une intersexualité somatique.

B3 - Examen clinique et investigations spécialisées :

Pour déterminer la nature de ces ambiguïtés et faire un diagnostic fiable aussi bien à la naissance que plus tard, un examen clinique minutieux associé à des investigations spécialisées doivent être entrepris.

B3a - Examen clinique :

Il doit être très minutieux, immédiatement après l'accouchement. A côté d'aspects nettement ambigus, certaines anomalies moins évidentes peuvent également révéler une intersexualité somatique. Le rôle du médecin est dans ce cas très important, ses décisions peuvent avoir un impact vital sur l'avenir du nouveau-né.

B3b - Investigations spécialisées:

- Etudes radiologiques :

Ces examens permettent de préciser le rapport entre le vagin et l'urètre. L'urographie intraveineuse avec cystographie mictionnelle permet parfois l'approche de l'étude diagnostique recherchée. Elle permet aussi de dépister certaines uropathies malformatives éventuellement associées à certains types d'ambiguïtés sexuelles. Il est intéressant de pratiquer cet examen (UIV) avec des opacifications de la voie basse.

La gémittographie et l'urographie permettent d'orienter le médecin dans son diagnostic ; elles permettent dans certains cas -où le vagin par exemple se trouve séparé de l'urètre sans pouvoir être opacifié malgré sa présence- de conclure à la présence d'une intersexualité correspondant aux types IV bis et V bis de PRADER. L'intérêt des études et investigations radiologiques est variable. Il réside dans le fait que:

- Il donne des informations indispensables quant à l'éventualité d'une intervention plastique. Il est important d'entreprendre les examens immédiatement avant le geste chirurgical envisagé.

- Il permet le diagnostic du type d'intersexualité, mais d'une façon très limitée bien sûr. L'apport de la radiologie dans ce cas se manifeste par le fait que la présence d'une empreinte indiscutable du col traduit la présence d'un utérus normalement développé; situation qui n'est guère observée qu'en cas de pseudohermaphrodisme féminin ou d'hermaphrodisme vrai. [Perelman, p - 547].

- Diagnostic étiologique :

L'identification de l'intersexualité et de son type exact doit être effectuée le plus rapidement possible, et ceci pour raisons majeures.

- Risque vital immédiat: un grand nombre d'ambiguïtés sexuelles des organes génitaux externes est révélateur d'un trouble de l'hormonogénèse

surrénalienne qui risque de se compliquer dès les premières semaines de la vie d'un redoutable syndrome de perte de sel.

- Urgence psychosociale: urgence moins immédiate mais pressante. Le choix du sexe est bien sur conditionné par la nature de l'ambiguïté sexuelle. Cette situation nous dicte de réunir les données nécessaires pour éviter toute erreur dans l'orientation initiale de ce choix pour le faire le plutôt possible et pour limiter autant que faire la période d'incertitude. [Decourt, p - 109].

L'intervention dans le champ de la détermination du choix du sexe d'élevage peut varier d'un cas à l'autre selon bien sur la nature de chaque cas et de la gravité de l'intersexualité en cause.

- Les dysgénésies gonadiques avec ambiguïté des organes génitaux externe. Présence d'un tissu testiculaire dysgénésique coexistant avec un tissu ovarien (hermaphrodisme vrai) ou sans tissu ovarien (pseudohermaphrodisme masculin, dysgénésies gonadiques mixtes et plus exceptionnellement garçon XX)

-Les pseudohermaphrodismes féminins : filles normales (Caryotype 46 XX - H-Ynégatif - ovaires normaux - organes génitaux internes féminins) hormis un degré variable de masculinisation des organes génitaux externes qui résulte le plus souvent d'une virilisation anténatale.

-Les pseudohermaphrodismes masculins : sujets génétiquement masculins, (Caryotype 46 XY - H-Ypositif) porteurs de deux testicules non dysgénésiques présentant un trouble de la différenciation des organes génitaux internes et/ou externes.

-Certains PHM ne comportent pas d'ambiguïté des OGE (PHM interne où le phénotype est masculin - ambiguïté des organes génitaux internes par persistance des structures mulleriennes.

-Les PHM avec ambiguïté des OGE : résultent soit d'une insuffisance du testicule fœtal, soit de troubles de l'action de la testostérone réalisés par le déficit de 5 alpha réductase et les syndromes de la résistance partielle aux androgènes.

- Données utiles au diagnostic étiologiques :

- Etudes des antécédents.
- Examens des organes génitaux externes.
- Présence éventuelle de manifestations clinique associées.

Antécédents concernant la famille, la grossesse, les décès inexplicés (première semaine de la vie surtout), suggestion d'ambiguïté avec syndrome de perte de sel.

Antécédents familiaux d'ambiguïté sexuelle à rechercher en laboratoire de génétique. Certaines dysgénésies testiculaires avec ambiguïté des organes génitaux externes peuvent être génétiques. Certains hermaphrodismes vrais se transmettent sur mode récessif autosomique et d'autres semble-t-il sur mode dominant. Le caractère familial de certains PHF sans causes évidentes est également connu.

Antécédents obstétricaux : Certains médicaments administrés à la mère peuvent être responsables de certains PHF. La rareté de ces cas suggère la sensibilité individuelle ; la période critique de l'action des médicaments semble être vers le 3^{ème} mois de la grossesse qui représente la période de la différenciation sexuelle.

Aspect des organes génitaux externes :

Le degré d'ambiguïté des organes génitaux externe n'apporte pas d'arguments formels sur le type d'intersexualité; opter pour un hermaphrodisme vrai, un pseudohermaphrodisme masculin un pseudohermaphrodisme féminin ou d'autres types d'anomalies nécessite la réunion de plusieurs facteurs pour permettre d'arrêter un diagnostic fiable et final.

Manifestations cliniques associées :

Présence d'un contexte malformatif, malformations régionales (atrésie anale, fistule recto vaginale, uropathie malformative), facteurs tératologiques à l'origine d'ambiguïtés sexuelles des organes génitaux externes.

Syndromes dysmorphiques complexes:

Peuvent comporter des anomalies des organes génitaux externes conduisant à des degrés variables d'ambiguïté. D'autres troubles peuvent s'accompagner d'ambiguïtés des organes génitaux externes : les tumeurs virilisantes fœtales, les anomalies de la pigmentation cutanée, le syndrome de perte de sel. Dans tous les cas des conduites à tenir sont dictées par la nature des troubles associés et des anomalies constatées au niveau de la différenciation des organes génitaux externes.

- Données biologiques :

Etude cytogénétique : pratique indispensable du test de recherche du corpuscule de BARR sur un frottis buccal : "sexe chromatinien", test rapide mais limité. C'est un test complémentaire et utile pour le diagnostic final.

Etude du caryotype à partir de lymphocytes de sang : renseignement sur le nombre de chromosomes, ne les identifie pas tous (en particulier X). Utile dans la recherche d'une mosaïque, il doit être complété par une étude de bande (R ou G Banding ou les deux) qui permet d'identifier chaque chromosome.

Etude de l'antigène H-Y. : Progrès fondamental dans l'analyse et le diagnostic des intersexualités :

Tests directs de cyto-toxicité avec différentes techniques. Ces tests décèlent la présence de l'antigène H.Y immuno-réactif sans préjuger de sa valeur fonctionnelle. [Perelman, p - 557].

- Etudes hormonales :

Elles portent sur les stéroïdes plasmatiques : elles permettent d'identifier les blocs de l'hormonosynthèse surrénalienne et/ou testiculaire, de dépister une insuffisance de sécrétion testiculaire, de faire le diagnostic de bloc de 5 alpha réductase.

- Orientation pratique du diagnostic étiologique :

En plus des éléments cliniques d'orientation de diagnostic on peut schématiser l'orientation pratique du diagnostic de la façon suivante:

Examens urgents : dès les premiers jours de la vie, pratiquer des examens cytogénétiques et hormonaux :

-Recherche du corpuscule de BARR.

-Prélèvement sanguin pour l'étude du caryotype.

-Etude de l'antigène H-Y.

-Blocs de l'hormonogénèse surrénalienne (insuffisance cortisonique, perte de sel).

Pendant les investigations, l'enfant doit rester sous surveillance clinique et biologique étroite. Une fois l'urgence écartée l'enquête reprendra son cours pour l'étude du caryotype et si possible de l'antigène H-Y d'une façon plus approfondie qui permettra d'aller plus vite et plus loin dans le diagnostic et de se fixer sur les différentes formes d'ambiguïtés sexuelles qui peuvent se présenter avec chaque cas. [Perelman, p - 560].

Selon la nature du caryotype le praticien est amené à poser son diagnostic en tenant compte d'autres éléments biologiques, hormonaux et anatomiques, qui combinés entre eux permettent d'opter pour l'une des nombreuses formes d'ambiguïtés connues et décrites par la littérature.

- Exploration chirurgicale :

Elle permet l'exploration des organes génitaux internes et l'étude histologique des gonades (prélèvements pour biopsie). Elle est nécessaire à l'identification précise de l'ensemble anatomo-clinique. La date de l'exploration chirurgicale dépend de la conjugaison des résultats obtenus par toutes les autres investigations : clinique, laboratoire, caryotype.

Généralement le sexe d'élevage étant décidé sur d'autres critères, l'intervention chirurgicale revêt caractère esthétique et réparateur. Elle ne représente pas une urgence absolue. Elle est néanmoins indispensable à l'identification de certains syndromes.

Dans les hermaphrodismes vrais, les pseudohermaphrodismes masculins, les pseudohermaphrodismes féminins, les pseudohermaphrodismes dysgénésiques, les dysgénésies gonadiques mixtes, l'intervention du chirurgien spécialiste est nécessaire sinon souhaitable pour certaines corrections des anomalies présentées par le patient. [Perelman, p - 562].

L'intervention chirurgicale reste enfin une décision importante. Elle sera prise par une équipe pluridisciplinaire après évaluation des résultats escomptés qu'ils soient thérapeutiques, esthétiques ou réparateurs.

C - TRAITEMENT - CONDUITES À TENIR :

L'édification sexuelle se fait en deux étapes fortes espacées dans le temps

-Durant la vie intra utérine où l'embryon subit une différenciation morphologique, perceptible à la naissance et dont les témoins sont les organes génitaux externes.

-A la puberté où après une longue phase de latence, la différenciation morphologique se complète par une différenciation fonctionnelle (apparition des caractères sexuels secondaires et choix du partenaire sexuel). [Dreyfus, p - 6].

Dans le cas d'une indifférenciation sexuelle (ambiguïté) et au court des deux étapes ; le traitement appelle à l'institution d'une stratégie thérapeutique complexe et multidisciplinaire. La prise en charge thérapeutique sera de caractère médical (surtout hormonal), chirurgicale et psychothérapeutique.

Le traitement sera institué après l'exploration d'une ambiguïté qui se fera en quatre temps :

- Exploration clinique ;
- Exploration hormonale ;
- Exploration génétique ;
- Exploration instrumentale (radiologie - endoscopie - biopsie...)

Les résultats réunis par ces différentes explorations permettront à l'équipe soignante de prendre la décision qu'il faut pour l'assignation d'un sexe d'élevage et d'instituer le traitement nécessaire à la correction autant que possible des anomalies observées chez le nouveau-né et de lui permettre d'être ainsi en conformité avec son sexe d'assignation. [Dreyfus, p - 25].

Pour l'adolescent le problème est plus complexe. Le traitement institué doit être entrepris pour consolider l'identité sexuée en éliminant tout ce qui est contraire au sexe assigné à la naissance, et ceci même en cas d'erreur d'assignation. Il est des cas rares où le développement physique à l'adolescence révèle une orientation sexuelle biologique, hormonale et parfois même génétique contraire au sexe d'assignation. Dans ces cas le traitement sera orienté selon les nouvelles données vers ce qui sera le plus bénéfique pour le sujet, si le changement de sexe s'avère nécessaire cela sera entrepris avec beaucoup de tact de la part des médecins chargés du traitement. Il sera expliqué au sujet que la nécessité d'un changement de sexe est la seule solution pour une vie sociale et sexuelle harmonieuse dans l'avenir.

Assigner un sexe à un nouveau-né, maintenir le sexe d'assignation d'un adolescent ambigu sexuel ou changer le sexe assigné à la naissance, relèvent d'une démarche très prudente et réfléchie. Il s'agit d'agir sur toute une destinée humaine qui s'accommodera mal d'une erreur de diagnostic dont les stigmates affecteront la personne à vie.

Après l'identification des urgences relatives à la biosynthèse surrénalienne (perte de sel...), la préoccupation majeure et immédiate sera le choix du sexe d'élevage. Le sexe psychologique de l'enfant dépendant en effet et avant tout du sexe d'élevage, ce dernier doit être choisi avec une grande précaution et après une étude minutieuse des possibilités anatomiques et fonctionnelles des organes génitaux externes de l'enfant né avec une anomalie de la différenciation sexuelle.

Dans l'état actuel des connaissances scientifiques et des possibilités de laboratoires biologiques, il est souhaitable sinon obligatoire dans certains cas de différer la déclaration à l'état civil des enfants présentant une ambiguïté des organes génitaux externes. Certaines erreurs d'appréciation de la situation d'ambiguïté peuvent être catastrophiques aussi bien pour les parents que pour l'enfant lui-même. Selon les théories, le sexe psychologique étant acquis vers l'âge de trois ans, il serait très problématique pour l'enfant de vouloir lui changer de sexe après la découverte de données cliniques anatomiques et hormonales révélées en retard.

Une fois le sexe d'élevage choisi, il est important de tout entreprendre auprès des parents pour conserver l'unicité sexuelle de l'enfant. Il est aussi important d'informer les parents sur les suites thérapeutiques qui permettront de corriger plus ou moins ce que la nature n'a pas accompli. Il est aussi important et capital de les informer sur les éventuels problèmes que rencontrera leur enfant plus tard (troubles pubertaires, stérilité ...).

Après réunion de tous les paramètres nécessaires au diagnostic, la décision du traitement sera prise par l'équipe médicale en association avec les parents pour permettre au nouveau-né d'avoir un sexe adéquat et plus tard une identité sexuée harmonieuse.

Pour l'adolescent et l'adulte ambigus sexuels le problème est plus complexe. Il s'agit pour eux de les mettre en harmonie avec une identité sexuée déjà acquise depuis longtemps et de les concilier avec celle-ci en cas de maintien du sexe assigné à la naissance ou de les préparer à un changement d'identité sexuée en cas de nécessité biologique majeure.

Le traitement entrepris dans tous les cas sera :

C1 - Traitement médical (hormonal) :

Le traitement médical de l'ambiguïté sexuelle est principalement à base d'hormonothérapie. Selon les cas le traitement consiste dans la prescription d'androgènes ou d'œstrogènes. Après l'assignation de sexe au nouveau-né, le traitement hormonal entrepris aura pour visée essentielle le renforcement du sexe assigné et le blocage du développement des éléments constituant du sexe opposé.

A la puberté, le traitement sera institué pour permettre un développement plus rapide et harmonieux des caractères sexuels secondaires du sexe d'élevage tout en bloquant le développement des caractères sexuels secondaires du sexe opposé.

Mais dans de rares cas et après investigations plus sophistiquées et plus poussées à la puberté, l'option du changement de sexe s'avère la plus indiquée pour l'ambigu sexuel. Le traitement entrepris dans ces cas sera orienté vers le renforcement du développement des caractères sexuels secondaires du sexe nouveau et le blocage des caractères sexuels secondaires du sexe qu'il faudrait abandonner.

Dans tous les cas, aussi bien dans les premiers jours de la vie qu'à la puberté, le traitement hormonal sera entrepris avec beaucoup de précautions et après de minutieuses recherches concernant chaque cas. Il s'agit d'un traitement qui détermine tout un avenir et toute une vie. [Decourt, p - 110].

C2 - Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical vise corriger les anomalies anatomiques de l'indifférenciation sexuelle. Le chirurgien spécialiste intervient aussi bien au niveau du tractus génital interne qu'au niveau du tractus génital externe (OGE.). Aussi bien dans les premiers mois de la vie qu'à la puberté, le chirurgien aura pour mission :

-De faire l'ablation tant interne qu'externe des organes non conformes au sexe d'assignation

-De confectionner des organes génitaux externes conformes au sexe d'assignation ou au sexe d'option après la puberté.

Il peut ainsi et selon les cas :

-créer un néo-vagin avec conformateur pour dilatation permanente du vagin (néocolporraphie) avec suppression du pénis, du scrotum et des testicules.

-créer un néo-pénis (néophalloplastie) et supprimer le vagin et les éléments féminins du sexe. Il faut signaler ici que les interventions dans le sens masculin sont les plus difficiles à réaliser.

Dans tous les cas de cette chirurgie (génitoplastie) hautement spécialisée, les interventions sont très délicates et nécessitent d'être répétées pour chaque

sujet jusqu'à permettre une fonctionnalité optimum des nouveaux organes sexuels, et surtout arriver à permettre au sujet d'avoir des rapports non douloureux, et une satisfaction personnelle, facteurs encourageant pour une meilleure intégration sociale.

Enfin, il est important de signaler que quelle que soit la période à laquelle les traitements hormonaux et chirurgicaux seront entrepris, ceci ne sera fait qu'après la précision définitive du sexe gonadique, qui détermine la conduite à tenir médicochirurgicale.

C3 - Traitement psychothérapeutique :

C3a - Bref rappel sur les psychothérapies :

Les psychothérapies se définissent comme le traitement des troubles psychologiques ou fonctionnels de l'organisme fondé sur l'application de techniques psychologiques précises. Elles sont utilisées dans le traitement des troubles caractériels, des troubles de la personnalité, des maladies psychosomatiques, des névroses, des psychoses, des troubles de l'adaptation sociale et de manifestations psychopathologiques diverses. Les indications des psychothérapies dépendent des troubles présentés, de la personnalité du malade, de son âge, de sa libre coopération, de son désir de guérir et de sa capacité intellectuelle de comprendre psychiquement son problème.

Les psychothérapies sont généralement divisées en psychothérapies individuelles et en psychothérapies de groupe. Elles sont classées schématiquement en trois grandes catégories :

- Les thérapeutiques basées sur la suggestion.
- Les thérapeutiques cathartiques.
- Les thérapeutiques dialectiques. [Delay, p - 457].

Elles peuvent être selon les méthodes et les cas des :

- Psychothérapies directives : aide et soutien dans une phase difficile de l'existence, aide aux névrosés, aide psychosomatique. Elles se caractérisent par le rôle directif du thérapeute.

- Psychothérapies en profondeur : sont dirigées vers le traitement en profondeur des conflits conscients et surtout inconscients du patient, (Psychoanalyse).

- Psychothérapies d'expression cathartique : où le thérapeute intervient très peu.

- Psychothérapies de groupe : traitement des conflits psychologiques présentés par plusieurs malades sous la direction d'un ou de plusieurs thérapeutes.

- Psychothérapies de l'enfant : utilisation du jeu et du dessin comme moyen d'expression des conflits de l'enfant, en plus bien sur des entretiens aussi bien avec l'enfant lui-même qu'avec ses parents.

- Psychothérapies par le milieu ou institutionnelles : malades hospitalisés.

- Psychothérapies familiales : Implication de la famille dans le traitement du patient.

L'efficacité des psychothérapies dépend, selon JUDD MARMOR de :

- La relation aisée et de confiance entre le thérapeute et le patient.

- La conviction du malade d'être aidé.

- L'identification du malade au thérapeute.

- La compréhension de soi-même par le patient.

- Les suggestions efficaces et soutien affectif puissant.

- L'adoption de meilleurs schémas comportementaux.

- Le succès dans l'affrontement de la réalité. [Sillamy, p - 985].

Le but visé par les psychothérapies est identique. Quelles que soient les variétés des psychothérapies et leurs méthodes, elles ont pour finalité l'épanouissement de la personnalité et une meilleure intégration sociale du sujet.

C3b - Psychothérapies des parents de l'Ambigu sexuel:

Les parents de l'ambigu sexuel traumatisés par la naissance d'un enfant taré ou la découverte en retard de la tare de leur enfant sont éprouvés par cette tare qui porte sur un domaine dont il est interdit de parler. Ils vivent un état de détresse psychique très important. L'ambiguïté vient contrarier leur rêves et fantasmes et bloquer leurs projets pour leur enfant, comme il est légitime pour tous les parents d'en faire. Cette situation difficile tant pour les parents que pour l'ambigu lui-même nécessite une intervention des psychologues pour permettre à ces personnes souffrantes de faire face à ce problème qui est venu les déséquilibrer et les importuner.

Le traitement psychologique des parents d'ambigus sexuels vise à :

- Amener les parents à accepter la tare de leur enfant et leur permettre de dépasser le choc de l'annonce ou de la découverte. C'est une démarche très délicate aussi bien pour le thérapeute que pour les parents. Elle est néanmoins importante pour la conduite à tenir pour les traitements futurs de leur enfant.

- Préparer les parents aux éventuelles interventions thérapeutiques nécessaires au cas de leur enfant, (surtout les interventions chirurgicales qui sont parfois nombreuses et mutilantes).

- Les amener à accepter les décisions médicales qui pourraient être contraires à leurs attentes en les associant dans la prise de telles décisions.

- Dans l'éventualité (rare) de la nécessité de rectification de sexe, les préparer à cette situation aussi bien avant qu'après l'intervention chirurgicale.

Nous insistons sur l'importance d'associer les parents dans le traitement psychothérapique, ils sont aussi touchés que leur enfant, d'autant plus qu'ils sont les premiers à recevoir le choc d'une naissance traumatisante. Cette situation peut exprimer un traumatisme de la naissance chez l'adulte à l'instar du traumatisme de la naissance décrit par Otto Rank chez le nouveau-né.

Dans tous les cas le traitement psychothérapique sera de longue haleine et nécessitera un suivi sérieux et très rigoureux. Il s'agit de prendre en charge des parents profondément perturbés par la survenue d'un enfant taré. Des parents souffrant doublement, par la présence d'un enfant ambigu et par le regard souvent accusateur et portant des non-dits pleins de sens pour ces personnes infortunées.

Selon certains psychothérapeutes qui ont eut à s'occuper de parents d'ambigus sexuels, il n'y a pas de méthode thérapeutique spécifique à adopter avec ces sujets. Les psychothérapies étant des méthodes universellement admises et appliquées, le choix de la démarche à suivre dépendra de chaque parent de sa relation à son enfant, de sa disponibilité à suivre un traitement psychothérapique, et du milieu socio familial encourageant.

Le traitement psychothérapique sera réussi s'il permet aux parents de se concilier avec la tare de leur enfant, de dépasser leur choc et de considérer l'ambiguïté de leur enfant comme un problème de santé qui nécessite un traitement et un suivi sérieux et permanent, de contribuer à son traitement et surtout de reconsidérer leurs relations avec l'entourage, relations faussées par la présence de l'ambigu sexuel.

Chapitre Deuxième : Les représentations sociales

A - Historique:

Dans un célèbre article de la Revue de métaphysique et de morale (1898), Durkheim s'efforce de fonder la réalité et de préciser la nature des représentations collectives avant de les légitimer comme objets d'intérêt scientifique : "Puisque l'observation révèle l'existence d'un ordre de phénomènes appelés représentations, qui se distinguent par des caractères particuliers des autres phénomènes de la nature, il est contraire à toute méthode de les traiter comme s'ils n'étaient pas". Partant de la comparaison avec les représentations individuelles, Durkheim affirme le caractère intra conscientiel des représentations collectives. La vie mentale se présente, pour lui, comme une combinatoire de représentations qui entretiennent entre elles des rapports extrêmement dynamiques et constituent parfois, comme c'est le cas de la religion, des structures complexes supposant un grand nombre de représentations collectives : sous l'influence des facteurs sociaux, celles-ci revêtent la forme de mythes, de légendes, de systèmes théogoniques, cosmologiques ou métaphysiques. "Si l'on appelle spiritualité la propriété distinctive de la vie représentative chez l'individu, on devra dire de la vie sociale qu'elle se définit par une hyper spiritualité". L'idéation sociale repose donc ainsi, selon Durkheim, sur un système architectonique de représentations collectives. [Durkheim, in Mannoni, p - 44].

Après Durkheim, la notion de représentation collective entre en sommeil pendant pratiquement un demi-siècle. Ce sont des historiens des mentalités (G. Lefebvre, M. Bloch, L. Febvre, R. Mandrou, G. Duby, entre autres) qui ont assuré une certaine continuité. En effet, un nouveau courant de pensée en matière d'histoire aborde, dans les années 1960 notamment, des attitudes reposant sur des représentations collectives : attitudes devant la vie, la famille, l'enfant (Ph. Ariès), la mort (Ph. Ariès, M. Vovelle).

Pour ces auteurs, «il s'agissait de comprendre, au-delà des conditionnements et des rapports qui régissent la vie des hommes, l'image qu'ils s'en font, l'activité créatrice qu'ils y appliquent en termes d'imaginaire, d'émotions et d'affects», suivant l'expression de M. Vovelle.

Ces historiens des mentalités, attentifs à des travaux comme ceux de M. Foucault sur la folie, la sexualité et la pénalité, ou de N. Élias sur les mœurs et l'hygiène, se sont engagés dans la prospection d'autres représentations comme celle du plaisir, du bien-être, de la douleur, du désir, de la répulsion, de l'horreur.

Les représentations de la nature, par exemple, modèlent un cadre de vie physique et métaphysique, tandis que d'autres intéressent le registre affectif, émotif, planifient les conduites et conditionnent la vie sentimentale, dans ses manifestations comme dans ses variations, à l'intérieur du cadre autorisé par le social. Toujours selon M. Vovelle, même des «notions concepts» comme

égalité, fraternité, patrie peuvent être traitées en tant que représentations, «Les historiens, poursuit-il, sont passés de l'inventaire et de la description à une vision dynamique, attentive aux processus d'élaboration mentale qui fait autant de place à l'initiative créatrice qu'à l'imitation descendante». Il s'agit, en somme, pour ces chercheurs sur les représentations «de reconstituer des systèmes de croyances et de représentations». [Mannoni, p - 46].

Lorsque S. Freud s'est penché, en psychanalyste, sur le problème des représentations, il a mis en évidence leur force au niveau des facteurs déterminants des psychonévroses (notamment la pathologie hystérique), mais également au niveau des traitements, bien qu'il s'agisse dans ce cas plus exactement de représentations psychiques. Dans son étude sur les théories sexuelles (1908), Freud expose le cas de l'élaboration par les enfants de représentations relatives à la sexualité et à la naissance des bébés : c'est à partir de matériaux psychiques divers qu'ils formulent leurs questions sur ces sujets et surtout y répondent. Or, bien qu'elles soient extravagantes, les théories élaborées par les enfants leur fournissent, sur le moment, les représentations dont ils ont besoin pour appréhender ces problèmes qui sont pour eux, à la fois stimulants et inquiétants.

Abordant le problème de la mentalité collective, Freud montre encore l'importance des représentations à l'œuvre dans les phénomènes religieux, dans le rôle qu'elles jouent dans la constitution du mythe fondateur de la «horde primitive» et de ses conséquences.

Dans ses études sur les représentations, Piaget lui aussi, a été conduit à se poser le problème des représentations du monde et du jugement moral chez l'enfant. Pour Piaget, la constitution des processus psychiques (processus de catégorisation, classification, explication) permettent d'aborder la question de l'étude des représentations. L'élaboration des jugements moraux renvoie davantage à des représentations sociales, et Piaget s'est penché plus particulièrement sur la modification des idées que les enfants se faisaient au cours de leur évolution sur la notion de discipline, de règles et de devoir, celle de respect mutuel et de coopération. Les enfants apprennent ces notions de leurs parents ou de l'école et il leur faut les intégrer au titre des représentations sociales susceptibles de régir leur vie au sein de leur groupe. Plutard, il se penche plus précisément sur la formation du symbole au cours de l'ontogenèse où la représentation apparaît comme un processus d'imitation et d'utilisation d'images mentales. Le jeu de l'enfant lui permet d'atteindre à la symbolisation de la conduite en situation réelle et de se préparer de la sorte à la maîtrise de son futur comportement. [Mannoni, p - 48].

L'anthropologie a également apporté sa pierre à l'édifice de la connaissance des représentations, notamment par l'intermédiaire de l'étude des mythes, superstitions et croyances incluses. Ainsi, Lévy-Bruhl, dans son analyse de L'âme primitive, souligne l'omniprésence «d'un mécanisme psychologique et logique toujours le même» à la racine des représentations

collectives. En même temps qu'il indique clairement l'espèce de «totalitarisme» qu'exerce le système de représentations prévalant dans une société sur chaque individu. Le courant anthropologique ne s'est pas tari, et un auteur contemporain comme F. Héritier voit, par exemple, dans la différence des sexes "un butoir ultime de la pensée, sur lequel est fondée une opposition conceptuelle essentielle, celle qui oppose l'identique au différent, un de ces thèmes archaïques que l'on retrouve dans toute pensée scientifique ancienne comme moderne et dans tous les systèmes de représentation ". [Héritier, p - 20].

La valence différentielle des sexes apparaît de la sorte à l'auteur comme un élément de base de la connaissance. Toute pensée, même dans sa catégorisation logique, apparaît gouvernée par l'opposition en système binaire, sur le modèle fondamental de la différence des sexes, de toutes les valeurs abstraites ou concrètes, «valeurs contrastées que l'on retrouve dans les grilles de classement du masculin et du féminin».

Dans cette perspective anthropologique, qui se présente comme une espèce d'archéologie du savoir, la prise de conscience de la différence des sexes naît de l'examen comparatif des corps comme expérience cognitive fondamentale, génère le système de classement contrasté (tous les couples binaires d'opposés : chaud-froid, haut bas, clair sombre, etc.) et commande à toute la logique basée sur l'opposition des contraires. [ibid, p - 20].

En ce qui concerne la psychologie sociale, l'étude des représentations, il faut attendre les travaux de S. Moscovici sur la psychanalyse et son publique en 1961, pour que l'analyse se porte sur la spécificité des représentations dans le monde moderne. L'analyse de Moscovici a le mérite de fournir au concept même de représentation sociale sa définition scientifique et de décrire une méthode d'approche de caractère psychosociologique.

D'une part, en effet, il renouvelle les interrogations sur les représentations et d'autre part, il souligne leur insertion multiple dans de nombreux secteurs de la vie sociale. En choisissant pour objet d'étude l'évolution d'une discipline, la psychanalyse, dans la mentalité collective de son temps, l'auteur s'efforce de mettre en évidence les ressorts d'une psychologie de la connaissance et d'une épistémologie du sens commun. Il s'agit, pour lui, de comprendre comment s'élabore un savoir populaire en passant outre la trivialité de ce savoir pour s'intéresser à ses mécanismes, puis de suivre les cheminements de l'image choisie à travers l'esprit du public. Dans ce travail, Moscovici montre que la représentation sociale transforme le savoir de type scientifique en un savoir de sens commun (et réciproquement). Les processus qui permettent de comprendre comment s'élabore une représentation sociale sont au nombre de deux principaux:

-L'objectivation, comportant trois phases (construction sélective, schématisation structurante, naturalisation), qui met en forme les notions abstraites constituant l'activité mentale et matérialisant les idées en leur fournissant un «contour» (image ou figure).

-L'ancrage. Il assure l'enracinement social de la représentation, avec les valeurs cognitives particulières qu'elle revêt dans le groupe de référence. L'ancrage opère en amont de la représentation sociale en renvoyant à des univers de sens et de savoir. En aval, l'ancrage confère une valeur fonctionnelle au contenu représentationnel, le rendant ainsi disponible pour son usage dans le groupe.

La multiplicité de ces études et la montée des intérêts pour la notion a poussé S. Moscovici à proclamer que nous sommes entrés dans «l'ère des représentations», soulignant ainsi leur importance pour les sciences humaines et sociales d'aujourd'hui. Mais la notion de représentation sociale, par la largeur même du champ qu'elle intéresse, pose des problèmes d'appréhension d'autant que comme l'indique D. Jodelet, «les représentations sociales doivent être étudiées en articulant éléments actifs, mentaux et sociaux et en intégrant à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéale sur laquelle elles ont à intervenir». [Jodelet, in Mannoni, p - 50].

Le courant cognitiviste a également apporté sa pierre à l'édifice en s'inquiétant de la place de la représentation dans le processus de la cognition. Repartant des études de Moscovici, P. Amerio et N. de Piccoli attestent que «la consistance cognitive et sociale des représentations réaffirme leur caractère d'existence, non pas comme des médiateurs mentaux entre un stimulus et une réponse, mais comme des variables indépendantes : les idées existent non seulement dans les formes codifiées des règles et des constitutions, mais aussi dans les formes qui sont produites par la vie quotidienne émergeant de la société». [In. Mannoni, p - 54].

Le problème se pose de savoir quelle réalité les représentations sociales créent vraiment, sachant que les processus cognitifs dans lesquels elles interviennent sont pour ainsi dire «compromis» par leur rapport avec les automatismes idéologiques et normatifs dans lesquels tous les hommes sont immergés, Il s'agit, en outre, de saisir la place que les représentations sociales tiennent dans l'interface entre la participation subjective à la socialité et les formes produites par le corps social. [Mannoni, p - 50].

B - Essai de définition :

Il n'est pas facile de définir les représentations sociales en raison de la complexité des aspects qui les caractérisent. Les représentations sociales doivent être appréhendées tant que produit individuel généré dans un espace social et d'autre part en tant que production collective des acteurs sociaux. Néanmoins, nous pouvons avancer que les représentations sociales constituent une forme de connaissance courante, dite de sens commun. Elles sont caractérisées par les propriétés suivantes:

1- Elles sont socialement élaborées et partagées; elles se constituent de nos expériences et des informations, savoirs, modèles de pensée reçus et transmis par la tradition, l'éducation et la communication sociale.

2- Elles participent à la construction d'une réalité commune à un ensemble culturel ou social donné.

3- Elles ont une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et communications.

Les représentations sociales organisent l'expérience et régulent les conduites.

Pour Denise Jodelet "La représentation sociale constitue une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social". [Jodelet, (2003) p - 36].

Les représentations sociales revêtent une triple dimension: le sujet pensant, l'objet de représentation (objet pensé) et le contexte social dans lequel s'inscrit le sujet et dans lequel s'instaurent les relations sujet-objet.

Pour Moscovici, le sujet joue un rôle actif et reproduit ou construit la réalité à partir de procédures et de positions qui lui sont propres. La représentation sociale est en ce sens une élaboration cognitive singulière portant l'empreinte de l'individu qui se l'approprie. Elle est un acte de reconstruction de la réalité, ce qui lui donne un côté créatif.

Mais il est certain que la représentation dépend de mécanismes cognitifs individuels, il est également certain que l'individu isolé cognitivement n'existe pas. L'individu s'inscrit inévitablement dans une sphère sociale, dans un cadre collectif qui détermine ses insertions particulières. "Donc, nous avons à envisager la représentation sociale aussi bien en tant qu'elle a une texture psychologique autonome, qu'en tant qu'elle est propre à notre société, à notre culture". [Moscovici, (1961) p - 43]

Nous pouvons dire enfin que la représentation sociale est une opération mentale mettant en présence un sujet et un objet, dans un milieu social donné.

C - Les caractéristiques des représentations sociales :

Ca - Les représentations: Forme d'une expression sociale et culturelle:

Aborder les représentations sous cet angle revient à s'intéresser à ce qui dans le discours des sujets interrogés à propos d'un objet témoigne de conceptions d'interprétations collectives. Etudier les représentations de cette manière c'est accéder à l'univers des idéologies, des significations sociales, aux fonctionnements sociaux abstraits qu'elles actualisent et qui sans elles nous demeurent cachés. Ici la représentation est en général conçue comme une élaboration psychologique complexe où s'intègre en une image significative, l'expérience de chacun, les valeurs et les informations circulant dans la société. Cela correspond à une approche de nature sociologique, (on accorde peu d'attention à ce qui se passe au niveau de la pensée individuelle, le système de représentations reflétant surtout le fonctionnement de la société toute entière). Dans ce sens les recherches de Claudine Herzlich sur les représentations sociales de la santé sont très instructives sur le caractère social des représentations. Ces recherches ont porté sur les représentations de la santé et de la maladie, et ont démontré d'une part l'ancrage culturel des conceptions et des comportements relatifs à la santé et à la maladie, ce qui correspond à une approche anthropologique et d'autre part l'importance des comportements sociaux vis-à-vis de la santé et de la maladie, ce qui correspond à la psychologie sociale médicale. [Herzlich, in Bonardi, p - 41]

Cb- Les représentations: Résultante d'une dynamique sociale :

Elles sont considérées sur le plan de leur formation. Elles ont une double dimension, psychique et collective. Les individus sont identifiés par leur appartenance à un groupe social producteur et défenseur de valeurs, mais ils le sont par leurs aspirations et désirs personnels, par un imaginaire qui entrera parfois en conflit avec les cadres sociaux. La représentation est ainsi autant produit du psychisme humain que produit culturel.

Les recherches de Marie-José Cambard de Lawe sur l'usage de la notion de représentation dans une perspective développe mentale nous renseignent sur le développement de l'enfant. Chez l'enfant, la représentation est en premier lieu processus de connaissance, puisque toute nouveauté sera interprétée au moyen de l'élaboration de représentations. L'environnement social de l'enfant affecte un sens et une valeur aux objets, il fournit ainsi à l'enfant des représentations socialement adaptées, il fait de celles-ci des moyens de communication, donc de socialisation. [Chambard de Lawe, in Bonardi, p - 44].

Ainsi la représentation est autant produite du psychisme humain que produit culturel. Les représentations que véhicule une société à propos de ce que sont l'enfant et la période de l'enfance. La société à travers les medias

propose à l'enfant une image de lui-même distillant à travers des programmes spécifiquement adaptés à diverses périodes de l'enfance, différents niveaux de conscience sociale et d'apprentissage. Dans tous les cas, des représentations sont véhiculées, l'enfant encourage à leur intégration, par exemple dans les reproductions que constituent les jeux d'imitation. L'inscription des représentations à un niveau plus macro social, celui des représentations différentes que les sociétés se font de l'enfant et de l'enfance. Ces représentations s'inscrivent dans une histoire sociale, un moment social et évoluent au fil des générations tout en demeurant la propriété d'une société donnée. [Bonardi, p - 45].

"Les représentations sociales sont des entités presque tangibles. Elles circulent, se croisent et se cristallisent sans cesse à travers une parole, un geste, une rencontre, dans notre univers quotidien. La plupart des rapports sociaux noués, des objets produits ou consommés, des communications échangées en sont imprégnés. Nous le savons, elles correspondent d'une part à une substance symbolique qui entre dans l'élaboration et d'autre part à la pratique qui produit la dite substance, tout comme la science ou les mythes correspondent à une pratique scientifique et mythique." [Moscovici in Jodelet, (2003) p - 261].

Cc- Les représentations: Forme de pensée sociale :

Les représentations sociales nous aident à penser la réalité, l'accent est mis sur l'organisation, la genèse et le fonctionnement des représentations conçues comme des systèmes agissant sur la vie des individus. On y trouvera l'effort d'élaboration mentale que réalise l'individu (construction de savoirs particuliers) et la contribution des représentations à la définition de l'identité sociale et groupale base des relations intergroupes. Tout autorise donc un travail large sur la pensée sociale comme sur la dynamique (formation et transformation) des représentations sociales qu'elle gouverne et englobe.

"Il ne s'agit pas seulement de saisir les idées, notions, images et modèles dont les représentations sont la concrétisation et les cadres catégoriels et classificatoires qui sont des principes d'ordre assurant l'articulation entre le système de pensée et l'action. Il s'agit aussi de saisir les modalités collectives selon lesquelles les membres de la société ou de l'un de ses groupes relient les éléments de représentation dans leurs opérations de pensée, c'est-à-dire les logiques et syntaxes spécifiques auxquelles obéissent les systèmes de représentation. En un mot il s'agit d'étudier globalement les processus de la pensée sociale." [Jodelet, in Bonardi, p - 47].

D- Structure et contenu des représentations sociales :

Da- Le noyau central: Élément fondamental et organisateur de la représentation sociale possède deux dimensions :

- une dimension fonctionnelle fera que le sujet dans le mouvement de constitution de la représentation accordera une attention particulière aux éléments qui servant à l'action lui donneront une efficacité suffisante.

- une dimension normative, dans le sens où les éléments privilégiés par le sujet seront ceux qui feront écho en lui, qui correspondent à des évaluations, opinions, jugements voire stéréotypes qu'il valorise ou approuve et que son environnement social valorise de même.

Db- Le système périphérique : Autour du noyau central et organisés par lui se trouvent des éléments périphériques, ces éléments sont proches ou très lointains du noyau central. Ces éléments périphériques sont des schèmes. Les schèmes périphériques assurent le fonctionnement quasi instantané de la représentation. Dans certaines études comme celle de Moliner, les éléments périphériques sont considérés non pas comme des schèmes mais comme des caractéristiques de l'objet de représentation. En fait la périphérie de la représentation sert de zone tampon entre une réalité qui la met en cause et un noyau central qui ne doit pas changer facilement. Les désaccords de la réalité sont absorbés par des schèmes périphériques qui ainsi assurent la stabilité (relative) de la représentation. [Jodelet, (2003) p - 230].

E - Modalités de recueil des représentations sociales :

Ea- L'entretien clinique :

Technique aussi intéressante que complexe pour aborder les représentations sociales. Les types d'entretien les plus courantes sont:

- L'entretien non directif dans lequel le spécialiste se borne le plus souvent à énoncer un thème de départ, puis à faciliter le discours du sujet.

- L'entretien semi directif cadré par un certain nombre de thèmes. Dans l'entretien il y a mise en relation de deux personnes. La situation de déroulement de l'entretien, est très délicate, il s'agit d'une relation complexe entre interviewer et interviewé. L'entretien nécessite une formation appropriée de l'interviewer afin que l'accès aux informations soit optimal, c'est-à-dire que l'information vient du seul interviewé sans participation active de l'interviewer.

[Bonardi, p - 34].

Eb- Le questionnaire :

C'est un outil privilégié dans l'étude des représentations sociales. Le questionnaire est construit à partir d'une pré-enquête, d'entretiens avec échantillons. On peut aussi utiliser dans la pré enquête des documents écrits. A partir des informations reçues on délimite en général des thèmes qui sont eux-mêmes subdivisés en questions.

Eb1- Questions fermées :

Elles ne laissent aucune liberté, puisque les possibilités de réponses admissibles sont données à la suite même de la question. Les sujets doivent répondre par "oui" ou par "non" à chaque question ou se positionner sur l'une ou l'autre des alternatives offertes. [Bonardi, p - 35].

Eb2- Questions à éventail de réponses :

On offre au sujet un ensemble d'éventualités de réponses dans lesquelles il fera son choix, avec ou sans consignes stricts du chercheur. On peut aussi demander au sujet de choisir dans une liste plus conséquente les propositions qui lui conviennent ou bien encore de réaliser un classement préférentiel ou hiérarchisé.

Dans ce cas les sujets doivent commencer par sélectionner les items qui leurs semblent les plus pertinents à leur représentation, ils en leur donnant le score "+2", ils choisissent ensuite les items qui leur semblent les moins représentatifs en leur affectant le score de " - 2", ils doivent refaire la classement avec les items restants en affectant le score de "+1" aux items qu'ils considèrent comme caractéristiques de leur représentations et "-1" pour les items qui ne le sont toujours pas, les items restants sont crédités d'un score "0", ainsi la liste des items se trouve hiérarchisée.

C'est un questionnaire où les sujets ont la liberté de structurer et de développer comme ils l'entendent leurs propos. Le chercheur se contente de poser la question et à fixer le support de la réponse (écrite ou orale par exemple) [Bonardi, p - 37]

Ec- L'analyse documentaire :

Approche méthodologique d'une grande richesse mais peu utilisée dans l'étude des représentations sociales. Elle présente un grand intérêt, les documents peuvent être écrits : archives publiques et documents officiels, archives privées (lettres, journaux intimes, etc.), presse, documentation écrite (dictionnaires, romans, etc.). Le choix du support est déterminé par la recherche elle-même. Ainsi la presse nous renseigne sur les groupes et les catégories sociales au niveau de l'idéologie comme des actions mais c'est aussi une chronique au jour le jour d'un certain nombre d'événements perçus et analysés d'une manière spécifique. Les dictionnaires peuvent constituer une base de données intéressante sur le plan des représentations sociales.

L'analyse documentaire peut aussi s'exercer sur des supports tels que les films ou les débats d'idées télévisés. Pour étudier les représentations sociales les travaux issus de champs disciplinaires tels que ceux des anthropologues ou des historiens des mentalités ont aussi leur pertinence; de telles recherches peuvent renseigner sur l'évolution des représentations. L'avantage de cette approche par rapport à celle utilisant questionnaires ou entretiens est que les discours non suscités pour les besoins de la recherche en cours sont forcément conceptualisés, ancrés dans le quotidien et les préoccupations sociales du moment.

Ed- L'association libre :

Le chercheur propose aux sujets un mot inducteur et leur demande d'y associer les mots qui leur viennent à l'esprit. C'est une méthode amplement employée dans l'étude des représentations sociales. L'intérêt d'une telle méthode est la facilité et la rapidité de recueil des informations, elle garantit aussi la spontanéité des sujets et leur permet d'adopter l'ordre de leur choix. Cette technique est d'un grand intérêt pour les recherches de terrain où les sujets ont peu de temps à consacrer au chercheur (entreprises; lieux publics etc.).

Ee- L'approche monographique :

Technique articulant plusieurs méthodes d'approches. L'exemple donné dans ce cas est l'observation au quotidien de la vie d'une communauté avec ou sans participation active du chercheur, l'analyse sociologique et historique de la communauté, des entretiens avec certains de ses membres, ou même des questionnaires et des analyses documentaires. L'usage de l'un ou l'autre de ces outils sera dicté par les objectifs et les moyens dont on dispose.

Ef- Les autres techniques :

Au-delà des techniques et modes d'approche les plus couramment utilisés, on relève l'emploi ponctuel d'outils figuratifs tels que les planches inductrices (à partir de dessin évoquant un thème représentationnel, le chercheur questionne des sujets et recueille du matériel verbal) ou des dessins et supports graphiques (ici les sujets sont à l'origine des dessins à partir desquels ils s'expriment). La liste des possibilités d'accès aux contenus informatifs est illimitée et peut répondre aux soucis de l'analyse en profondeur. Bien entendu l'approche pluri méthodologique, croisant par exemple entretien et questionnaire est souhaitable et en général fortement recommandée. [Bonardi, p - 40]

L'objectif de conceptualiser les représentations dans un ensemble social spécifique impliquait une approche monographique abordant plusieurs niveaux d'observation et d'analyse en utilisant plusieurs techniques : de type ethnologique (observation participante, recours à des informateurs), de type sociologique (enquête sur les institutions, enquêtes statistiques), de type psychosociologique (entretien en profondeur, observation des interactions avec les sujets), de type historique (analyse de compte rendus adressés par les responsables d'institutions). [Jodelet in Doise, p - 176].

F - Les relations interpersonnelles et les représentations d'autrui:

Une des premières études sur le sujet est probablement celle que l'on doit au sociologue E. S. Bogardus sur les relations interpersonnelles. Peu avant 1930, ce chercheur validait l'expression de «distance sociale» pour rendre compte des positions que les personnes pouvaient entretenir les unes avec les autres au cours de leurs échanges et interactions. Bogardus a même élaboré une échelle (à partir d'un questionnaire) rendant compte des positions de proximité ou d'éloignement que certains individus étaient susceptibles d'entretenir par rapport à d'autres selon que ceux-ci présentaient des différences ethniques plus ou moins marquées. Cette échelle permet de se faire une idée des représentations des étrangers à partir des relations (de voisinage, d'amitié, professionnelles, amoureuses) que l'on est susceptible d'accepter à leur sujet. [Mannoni, p - 91].

Les notions -de statut et de rôle- centrales en psychosociologie participent fortement à la régulation des conduites interpersonnelles. Les mécanismes impliqués dans la définition ou redéfinition des relations entre individus s'élaborent à partir des positions relatives des personnes concernées. Celles-ci, en effet, s'appréhendent dans la plupart des situations, selon la place socialement définie qu'elles occupent par rapport à l'autre: vendeur client, malade soignant, maître élève, parent enfant, etc. Ce qui permettrait, sans faire trop violence au concept de représentations sociales, d'affirmer que ce sont elles encore qui se profilent derrière statuts et rôles. Il est à peine utile de souligner leur fréquence et leur importance dans les comportements interpersonnels, chacun étant appelé à régler sa conduite en fonction de la connaissance qu'il a des positions sociales respectives, la sienne et celle de ses partenaires.

En ce qui concerne les handicapés et les tarés, les psychosociologues affirment que "ceux-ci sont traités en parias tantôt considérées comme une charge économique, tantôt employés avec indulgence, tantôt admis à une participation sociale limitée, tantôt traités sans discrimination particulière". [Stœtzl in Mannoni, p - 96].

Ces traitements différentiels relèvent directement des caractéristiques structurales de la société qui les met en œuvre. Goffman a bien étudié de son côté à l'intérieur d'une société donnée, la diversité des images sociales liées aux stigmates. Après avoir affirmé que «le concept de déviation constitue un pont entre l'étude de stigmates et celle du monde social dans son ensemble», l'auteur s'attache à montrer à quelle distorsion des images identitaires, le porteur d'attributs stigmatisants est confronté. Même lorsque le corps social s'emploie à une dénégation du stigmate, l'ambivalence n'est pas gommée. D'autant que, d'une part, les individus stigmatisés doivent «porter leur état comme un brassard».

D'autre part,

"On demande à l'individu stigmatisé de nier le poids de son fardeau et de ne jamais laisser croire, qu'à le porter il ait pu devenir différent de nous; en même temps, on exige qu'il se tienne à une distance telle que nous puissions entretenir sans peine l'image que nous nous faisons de lui. En d'autres termes, on lui conseille de s'accepter et de nous accepter, en remerciement naturel d'une tolérance première que nous ne lui avons jamais tout à fait accordée. Ainsi, une acceptation fantôme est à la base d'une normalité fantôme". [Goffman, p - 150].

C'est l'occasion de vérifier comment s'effectue, à partir d'une série d'ajustements dialectiques, le remaniement d'une représentation sociale au cours des échanges interrelationnels. "Dans le cas spécialement significatif de la représentation du stigmaté, on voit une représentation jouer à plusieurs niveaux et être «piégée» dans une perspective en abîme". En effet, la représentation du stigmaté pour le non stigmatisé s'élabore à partir du malaise que l'idée du handicap en question suscite en lui, malaise combattu par le déplacement de la représentation vers une image substitutive acceptable (moins «dérangeante»), compatible avec l'obligation morale de compassion et l'interdit de rejet. La nouvelle représentation place le sujet dans une situation cognitive particulière : elle lui permet d'accepter le stigmaté en faisant comme s'il n'existait pas tout en sachant qu'il existe et qu'il dérange. [Ibid, p -154].

Quant au stigmatisé, il développe une représentation de son stigmaté "en miroir" qu'il doit modeler sur celle des sujets normaux, et la remanie inconsciemment suivant l'image que ceux-ci lui renvoient de leur perception de son stigmaté. Jodelet souligne, la "mise en altérité" radicale qui se manifeste dans l'expérience d'une colonie familiale visant la réinsertion de malades mentaux dans des familles nourricières. La différence dont le "fou" est porteur, avec notamment l'idée de démonisme ou de dangerosité qui reste attachée à lui, est l'élément essentiel autour duquel se structurent les images de la folie et du malade mental pour un public non spécialiste. On peut observer à cette occasion l'écart entre un discours médical qui se veut rassurant et un discours social qui se montre réticent à l'information scientifique et demeure régi par la peur. Le passage d'une culture à l'autre rend plus sensible encore la variabilité des modèles représentationnels de référence dans les relations interpersonnelles. Effectivement, en fonction des référents socioculturels, la représentation de l'autre varie dans des proportions considérables. [Jodelet, (1989) p - 251].

En ce qui concerne la représentation différentielle liée au sexe, A. Braconnier constate que dès leur plus jeune âge, garçons et filles agissent sur les émotions de l'entourage du fait de leurs spécificités génétiquement déterminées, encore que, très tôt, la société impose ses schémas, notamment entre 2 et 6 ans. À cet âge, les enfants subissent quotidiennement l'emprise des stéréotypes culturels (douceur féminine, force masculine, etc.). Eux-mêmes adhèrent fortement à ces représentations sociales. Dès l'âge de trois ans, les enfants distinguent les "sentiments de filles" et les "sentiments de garçons". Cette

distinction commande la formation de l'identité sexuée singulièrement éprouvée et réciproquement étendue chez l'un et l'autre sexe. [Braconnier, p - 57].

Toute la vie sentimentale de l'homme et de la femme est ensuite étroitement déterminée par ces représentations fondamentales. Renforçant les données de la psychiatrie, les ethnologues et anthropologues soulignent le caractère relativiste des représentations relatives à la différence sexuelle. Dans les sociétés occidentales ils précisent qu'elles «ne sont pas des phénomènes à valeur universelle générés par une nature biologique commune, mais bien des constructions culturelles. Avec un même "alphabet" symbolique, universel, ancré dans cette nature biologique commune, chaque société élabore en fait des "phrases" culturelles singulières et qui lui sont propres». L'auteur considère «la valence différentielle des sexes» comme un phénomène universel producteur des représentations de la masculinité ou de la féminité qui commandent aux relations entre les sexes et en deçà, dirigent l'opposition conceptuelle identique différent, représentation basale des systèmes idéologiques et cognitifs. [Héritier, p - 22].

Pour Balandier notre société, plus encore que celles qui l'ont précédée mérite le titre de «société visuelle». «Tout s'y montre et tout s'y joue, les pratiques sociales s'accomplissent dans une dramatisation permanente». Dans une société ainsi spectacularisée, tout est mis en scène, joué. Le chef n'est plus le grand homme antique héroïsé pour ses qualités propres. Il est devenu une figure familière de l'écran. [Balandier, p - 34].

Chapitre troisième: Les attitudes

Historique :

Le terme attitude remonte au début de la psychologie expérimentale dans les écrits du fondateur de l'école de Würzburg et surtout avec les psychosociologues, William Thomas et Florian Znaniecki qui étudient le problème de l'enculturation chez les émigrés polonais aux Etats-Unis. Pour leur recherche ils emploient le terme d'attitude qui semble le mieux répondre aux exigences de celle-ci.

A la même époque un autre psychosociologue, Georges Herbert Mead insiste sur l'importance du concept d'attitude qu'il définit comme un ensemble organisé de réponses et donc lié à celui de rôle. Il met l'accent sur l'aspect de communication du terme. L'attitude annonce en effet le comportement qui va se produire. [Thomas, p - 7].

Pour Mead l'attitude est une révélation d'un état intérieur du sujet destiné à en informer autrui. Les attitudes permettent la vie sociale. Pour cet auteur, le développement du moi s'effectue en deux stades:

Au premier de ces stades, le moi individuel est constitué simplement par une organisation des attitudes particulière des autres individus à son égard et les uns envers les autres dans des actes spécifiques auxquels il participe avec eux.

Mais au second stade dans le développement complet du moi individuel, le moi est constitué non seulement par une organisation de ces attitudes particulières mais aussi par une organisation des attitudes sociales d'autrui en général ou du groupe social dans sa totalité auquel il appartient.

A la même époque que celle pendant laquelle s'effectuent les travaux de Mead un autre psychosociologue, Bogardus met au point la première échelle d'attitude, un outil destiné à quantifier cette dernière, partant de l'idée qu'un individu peut être plus ou moins favorable ou plus ou moins défavorable à un objet pour lequel son attirance ou sa répulsion peut être plus ou moins marquée.

A partir de cette époque les travaux sur les attitudes vont se développer considérablement. Allport note en 1935 que le concept d'attitude est probablement le plus indispensable des concepts de psychologie sociale. Les techniques de mesure des attitudes s'affinent avec les travaux de Thurstone et Likert qui créent des échelles fondées sur des principes différents.

Thurstone met au jour une première dimension qu'il appelle le conservatisme. Eysenck plus tard retrouve ce même facteur qui s'étend du radicalisme au conservatisme et est symbolisé dans la littérature spécialisée par la lettre "R". Le deuxième facteur "T" oppose l'attitude conciliante à l'attitude intransigeante.

L'importance du concept d'attitude qui est considéré comme expliquant le comportement amena les chercheurs à étendre leurs investigations et à s'intéresser à un secteur particulier, celui de la modification des attitudes.

Kurt Lewin paraît comme étant le pionnier dans ce domaine. Il a élaboré une théorie dite Théorie du champ et a effectué des travaux sur les groupes restreints. Certaines de ses recherches ont mis en évidence la plus grande facilité de modification des attitudes d'un groupe que celles d'un sujet isolé.

Les travaux sur le concept d'attitude ont engendré l'éclosion de théories traitant du sujet. Certains spécialistes ont classé celles-ci en deux groupes, celui des théories de l'apprentissage fondé sur le couple stimulus-réponse des behavioristes et celui des théories de la connaissance cognitive. Pour les tenants des premières théories les attitudes sont acquises par conditionnement. Pour les partisans des théories du deuxième groupe qui sont influencé par la théorie du champ et par le point de vue de Lewin; l'important est la connaissance cognitive, autrement dit les attitudes du sujet doivent présenter une certaine cohérence. [Thomas, p - 10].

B- Essai de définition :

Comme les représentations sociales les attitudes font partie de notre univers social, elles guident nos comportements et régulent toutes nos relations avec les autres. Elles sont le reflet de notre personnalité, de notre caractère. [Rosenberg in Thomas, p - 11].

Disposition interne, durable qui sous-tend les réponses favorables ou défavorables de l'individu à un objet ou une classe d'objets du mode social. Il y a dans toute attitude un aspect évaluatif.

Selon Rosenberg toute attitude comporte trois composantes:

- **Cognitive:** Opinion du sujet sur l'objet d'attitude, association d'idées que cet objet provoque, rapport que le sujet perçoit entre l'objet et ses valeurs personnelles.

- **Affective:** affects, sentiments, états d'humeur que l'objet suscite.

- **Conative:** consiste en une façon d'agir favorable ou défavorable vis-à-vis de l'objet.

C- Théories des attitudes :

Pour comprendre l'importance des attitudes dans le champ des sciences sociales, les chercheurs intéressés par le domaine ont mis sur pied un certain nombre de théories explicatives des attitudes, dont les plus importantes sont:

Ca -Théorie de l'équilibre :

Théorie conçue par Heider, elle concerne les équilibres entre les éléments perçus par un sujet, "une configuration équilibrée existe si les attitudes vis-à-vis de deux éléments sont soit toutes deux positives soit toutes deux négatives". Le principe de base de la théorie veut que des éléments en relation tendent vers un équilibre. Heider ne postule pas l'existence d'une motivation comme dans la théorie de la dissonance, mais de forces qui présentent le même caractère que celui de la gestalt-théorie qui amènent le sujet à percevoir la bonne forme.

Cb -Théorie de la dissonance cognitive :

Théorie due à Festinger, elle porte sur les éléments cognitifs, c'est-à-dire sur les choses que la personne connaît sur elle-même, son comportement, son environnement. L'hypothèse fondamentale de la théorie consiste à affirmer que l'existence d'une dissonance provoque une gêne chez le sujet et que celui-ci va de ce fait chercher à réduire cette dissonance. La tension éprouvée par le sujet sera fonction de l'importance de la dissonance.

Deux éléments sont en relation dissonante, si en considérant ces deux éléments seuls, l'inverse de l'un des éléments devrait découler de l'autre, autrement dit "a" et "b" sont dissonant si "non a" découle de "b". Pour Festinger il existe plusieurs situations fondamentales qui créent des dissonances, la prise de décision, la soumission forcée, l'exposition volontaire ou involontaire à une information dissonante, la réalisation d'un effort mal récompensé, et enfin le désaccord avec autrui.

On considère souvent que le conflit que le sujet éprouve devant un choix cesse lorsque ce choix est effectué. Pour Festinger au contraire le conflit apparaît après le choix. Le sujet à connaissance que l'alternative pour laquelle il a opté présente quelque aspects négatifs et celle qu'il a écarté offrait quelque aspects positifs. Le sujet va donc tenter de réduire la dissonance en minimisant les aspects positifs de l'alternative rejetée et les aspects négatifs de l'alternative choisie et en maximisant les aspects négatifs de l'alternative rejetée, et les aspects positifs de l'alternative choisie.

Cc -Théorie de l'attribution:

Théorie due aux travaux de plusieurs chercheurs. Elle fait partie des théories cognitivistes. Son domaine concerne la manière dont les gens attribuent des causes aux phénomènes. Heider la caractérisait comme l'étude du sens commun ou la psychologie naïve, chacun essaye de comprendre les événements quotidiens afin de pouvoir prévoir le futur et ainsi d'imposer une certaine stabilité dans son environnement social et physique. Heider a été le premier à essayer de théoriser les questions concernant la perception des causes ou de la croyance en des causes pour expliquer un événement, deux ensembles de conditions peuvent être invoquées; des conditions dues à celui qui est à l'origine de l'effet, c'est-à-dire des variables internes au sujet agissant et des variables dues à l'environnement, c'est-à-dire des variables externes

Il propose une subdivision des facteurs personnels en intention, effort accompli et habileté et les facteurs d'environnement en difficulté de la tâche à accomplir et chance. [Thomas, p - 43].

D - Echelles d'attitudes :

Les études sur les attitudes ont mené les chercheurs à mettre sur pied des échelles d'attitudes, partant de l'idée qu'un sujet peut être plus ou moins favorable à l'objet de représentation. Ces échelles sont bâties sur des principes différents mais elles tendent toutes vers un même but: La mesure et l'évaluation des attitudes.

Da- L'échelle de Bogardus ou échelle de distance sociale :

Première échelle proposée par Bogardus pour mesurer la distance sociale interethnique. Elle se compose d'une série de propositions qui exprime chacune un degré d'acceptation de la population noire. Les opinions proposées étaient les suivantes :

- Je serre volontiers la main d'un noir,
- J'aime avoir des amis noirs,
- J'accepterai volontiers que ma fille épouse un noir.

Ces opinions sont logiquement échelonnées et le fait d'accepter l'une d'elles implique généralement d'accepter celles qui la précèdent dans l'expression d'une distance sociale plus ample; par contre cette réponse est indépendante des réactions aux énoncés qui expriment un degré plus élevé d'acceptation.

"Cette liaison logique d'implication n'a de sens que dans la mesure où il existe une dimension latente unique dont chaque formulation exprime un degré différent. Imaginons en effet que les sujets interrogés n'établissent aucune distinction entre noirs et blancs dans leurs relations sociales. Dans ce cas l'ordre des énoncés disparaît, il n'a plus de sens. En renversant ce raisonnement, nous pourront dire que chaque fois qu'un ordre se manifeste à travers une série d'opinions, il témoigne d'une variable sous-jacente ou attitude, seule susceptible d'expliquer la relation de dépendance qui existe entre les réponses des différents sujets. On voit donc bien que la construction de l'échelle apporte à elle seule la preuve de l'existence de la variable. Un tel outil permet d'éviter l'écueil majeur des enquêtes d'opinion qui comme nous l'avons vu, fait que bien souvent on raisonne sur des variables dont on est guère assuré de la réalité".

[Bogardus, in Thomas p - 93].

Db- Les échelles de Thurstone :

Les échelles d'attitude sont fondées sur la cohérence entre les réponses à une série d'énoncés d'opinion. Celle-ci eut être le produit d'un classement comme c'est le cas dans les échelles proposées par Thurstone. Il s'inspire de la Psychophysique de Weber et Fechner qui établirent la loi des seuils différentiels, différences tout juste perceptibles de la variation du stimulus, dans le domaine perceptif. Ces échelles sont constituées par la méthode des comparaisons par paires, la méthode des intervalles successifs et la méthode des intervalles apparemment égaux.

Db1- méthode de comparaison par paires :

Une population de sujets est chargée de juger un ensemble d'énoncés d'opinion pris deux à deux (par paires) et de dire pour chaque paire lequel des deux items marque l'attitude la plus favorable à l'égard de l'objet ou du phénomène concerné, on peut de cette façon calculer la valeur de chaque item et donc les ordonner sur une même dimension.

Db2- méthode des intervalles successifs :

Un ensemble d'énoncés est proposé à des sujets/juges chargés de les classer dans un certain nombre de catégories (neuf ou onze) ordonnées en fonction de l'attitude à l'égard de l'objet étudié. Cette méthode suppose que les sujets/juges classent les items en fonction de leur valeur subjective instantanée et indépendamment de leur opinion propre.

Db3- méthode des intervalles apparemment égaux :

Cette méthode est une simplification de la précédente, les intervalles entre les classes ne sont pas calculés mais posés a priori comme égaux entre eux.

Db3a - Le nombre des juges nécessaires à l'élaboration d'une échelle varie d'un auteur à l'autre, en fait il semble qu'à partir de 50, l'adjonction de juges supplémentaires ne transforme pas sensiblement les résultats.

Db3b- Ces méthodes font l'objet de nombreuses critiques, on a montré en particulier que les jugements étaient loin d'être homogènes et variaient sensiblement en fonction de l'attitude des juges. Certains auteurs ont proposé une variante de cette méthode sans imposer un nombre de catégories de classement. Ceci permet une moindre déformation des jugements. [Thomas, p -106].

L'idée de Thurstone fut de transposer cette notion de différence juste perceptible dans le domaine des opinions afin de mettre là aussi en évidence des seuils différentiels. Les différentes démarches sont toutes fondées sur un même postulat, la loi du jugement comparatif. Selon laquelle, les jugements portés Par un ensemble de sujets sur un énoncé d'opinion se répartissent selon une

distribution de Gauss (courbe en cloche) en fonction de la variable ou attitude sous-jacente. En conséquence, on peut déterminer une valeur nodale du jugement qui exprime la Position ressentie de l'item sur l'attitude latente, ou valeur d'échelle de cet item.

Dc -L'échelle de Lickert :

Cette échelle se situe dans la lignée des travaux sur la "psychologie factorielle". Selon Lickert, une même attitude présente à la fois des variations interindividuelles et intra individuelles en fonction des diverses situations au sein desquelles elle se manifeste. Sa connaissance ne peut s'élaborer qu'en tenant compte de l'ensemble des facteurs qui Suscitent sa manifestation. On devra pour y parvenir accumuler des informations. La seule réponse à une question ne permet pas de situer un individu sur un continuum d'attitudes. Il faut pour cela avoir recours à ensemble d'items. C'est ce en quoi consiste la méthode élaborée par Lickert. Elle a trouvé son origine. Dans les études prévisionnelles en psychotechnique, à partir d'un certain nombre de notes élémentaires acquises chacune à un test distinct, est calculée une note globale caractéristique des aptitudes générales de l'individu.

La méthode de Lickert consiste à faire évaluer des énoncés par des sujets en fonction d'une échelle d'estimation (rating scale) du genre:

- tout à fait d'accord;
- en partie d'accord;
- plutôt en désaccord;
- tout à fait en désaccord.

A chaque réponse est attribué un poids différent par diverses techniques que nous allons voir ci-après. [Thomas, p - 107].

Dca- Notation élémentaire : Une note est attribuée arbitrairement à chaque réponse, par exemple on donne "3" à la réponse "tout à fait d'accord"; "2" à la réponse "en partie d'accord"; "1" à la réponse "plutôt en désaccord"; "0" à la réponse "tout à fait en désaccord". Lorsque le sujet s'est prononcé sur tous les items on calcule son score, somme des poids de ses réponses élémentaires. Ce système est relativement simple à appliquer, toutefois en ajoutant des coefficients chiffrés on agit comme si l'on avait affaire à des mesures ce qui constitue pour le moins un abus puisque l'on ignore tout de l'intervalle entre deux réponses. Certains auteurs ont proposé de résoudre ce problème à l'aide d'une pondération

Dcb- Notation probabiliste : Il s'agit d'accorder à chaque réponse un poids en fonction de sa probabilité d'apparition. On postule que les individus se distribuent normalement sur l'attitude mesurée. Dans le cas général, où il ya plus de deux catégories de réponses, on prend comme pondération la note réduite

correspondant à la médiane de chaque catégorie et comme origine de l'axe des abscisses la valeur de la plus faible médiane, laquelle devient nulle après la translation linéaire. Le score du sujet est la somme des poids des réponses qu'il a donné à chaque item. La méthode de Lickert demeure la plus utilisée, elle présente en effet une grande facilité d'utilisation même si ses fondements théoriques paraissent fragiles. Ces méthodes sont en fait peu pratiquées et même sous utilisées.

Dd - L'analyse hiérarchique :

Elle s'applique aux réponses formulées à des énoncés comparables à ceux de Bogardus, chaque personne interrogée manifeste son accord ou son désaccord avec la formulation proposée. Elle permet d'ordonner les énoncés ainsi que les sujets en leur attribuant une note ou un score qui les situe par rapport à l'attitude étudiée.

Dda- L'échelle hiérarchique :

Un ensemble d'énoncés d'opinions ou items constitue une échelle hiérarchique lorsqu'on peut les ordonner de telle sorte que tout sujet qui a marqué son accord avec l'énoncé "N" répond de façon positive à l'énoncé "N + 1" et à tous ceux qui le suivent dans la série ordonnée. L'ensemble des réponses théoriquement possibles peut être représenté dans une matrice théorique. Chaque sujet se trouve caractérisé par son score, c'est-à-dire le nombre de réponses positives qu'il a formulées. A chaque score correspond un patron de réponses ou séquence de réponses "Oui/Non". Deux sujets qui ont le même score, ont le même modèle de réponses : ils ont répondu de la même façon aux mêmes questions. Ce score exprime la position du sujet sur la variable latente. On peut le considérer, en quelque sorte, comme une "note" d'attitude.

Ddb- Technique d'analyse hiérarchique :

L'analyse hiérarchique se déroule en trois temps. Il faut tout d'abord sélectionner une série d'énoncés d'opinions, puis les soumettre à une population de sujets, et enfin vérifier l'existence d'un ordre hiérarchique entre ces énoncés. Examinons plus en détail chacune de ces étapes.

Selon Guttman, il existe un univers d'énoncés relatifs à l'attitude d'un groupe social à l'égard d'un objet; cet univers est divisé en sous univers ou facettes. Si l'on considère l'attitude d'un groupe social à l'égard d'un parti politique, il existe un ensemble de discours tenus par les membres du groupe sur ce parti, c'est l'univers d'énoncés relatif à l'attitude des membres du groupe vis-à-vis de ce parti. Par facettes, Guttman entend des sous univers tels que: discours tenus sur la politique étrangère de ce parti, sur sa politique culturelle, sa politique à l'égard de la jeunesse, de l'éducation ou des femmes, etc. Les énoncés

choisis comme items de l'échelle d'attitude seront prélevés dans cet univers, de façon à ce que soient représentées toutes les nuances de l'attitude. Seront choisies des phrases très favorables, très peu favorables et un maximum d'énoncés nuancés entre ces deux extrêmes, avec à priori une volonté de hiérarchie entre eux.

Chaque Énoncé/Item ne doit comporter qu'une seule opinion, sa rédaction doit se conformer aux règles du plus élémentaire de bon sens, éviter les formulations peu claires, les mots susceptibles de ne pas être compris par tous les membres du groupe, les doubles négations, etc. Ces items doivent être monotones, leur probabilité d'être acceptés (ou rejetés) doit croître (ou décroître) en fonction de la position du sujet sur le continuum latent d'attitude. Dans le cas contraire (item non monotone), la courbe d'acceptabilité connaît un minimum (ou maximum), renversement de tendance qui fait qu'une même réponse (oui, par exemple) peut être très probable pour des sujets présentant des attitudes opposées.

Les réponses doivent être dichotomiques, c'est-à-dire n'offrir que deux possibilités telles que "Oui/Non", "Favorable/Défavorable". Or il est souvent reproché à ce type de questions de mettre le sujet mal à l'aise en empêchant toute nuance. On pourra présenter des items à possibilités de réponses plus grandes que deux :

- soit en regroupant à posteriori les réponses;
- soit en considérant chaque nuance comme un item indépendant.

Exemple:- Pensez-vous que l'université soit bien dirigée ?

Elle est très bien dirigée Oui

Elle est assez bien dirigée

Elle est plutôt mal dirigée Non

Elle est mal dirigée

Les items sélectionnés, il reste à vérifier s'il existe bien une hiérarchie entre eux. Pour cela, il faut les soumettre à des sujets. Chacun répond par "Oui" ou par "Non" à chaque énoncé d'opinion. Pour "N" items et "K" sujet, les résultats pourront être représentés dans un tableau à double entrée où figureront les sujets en lignes et les items en colonnes.

La démarche de traitement des données aura pour but d'évaluer la plus ou moins grande proximité entre le modèle théorique évoqué plus haut et les réponses effectives, méthodes qui reposent toutes sur un même principe. Un rang est attribué à chaque sujet, en fonction de son patron de réponses. Après quoi l'on compare ce patron de réponse observé, au patron de réponse théorique de même rang. Les éléments non superposables constituent des erreurs ou dérogation au modèle. Le nombre d'erreurs est introduit dans un coefficient qui permet d'évaluer le degré de hiérarchie entre les items.

De- La méthode du scalogramme :

Le scalogramme est un appareil constitué par deux jeux de réglettes transparentes reproduisant une matrice, sur lequel on peut donc procéder à une double permutation. Dans un premier temps le tableau de résultats bruts pourra être permuté verticalement grâce au premier jeu de réglettes, selon les items classés en fonction de leur popularité. Le tableau ainsi obtenu après une première permutation est recopié par transparence sur le second jeu de réglettes horizontales cette fois qui permettra une permutation des sujets en fonction de leur score. On s'efforcera par des permutations successives d'obtenir une matrice, la plus proche possible du modèle théorique. C'est-à-dire une Matrice dans laquelle toutes les réponses positives sont regroupées d'un même côté du tableau et toutes les réponses négatives de l'autre côté. En effet, dans le modèle, tout sujet qui a répondu positivement à l'item "N" répond positivement à l'item "N + 1". Toute réponse positive à gauche de la diagonale et toute réponse négative à droite constituent une altération par rapport au modèle.

On remarquera qu'un ordre donné n'est pas strictement déterminé, un même patron de réponses peut être classé sous deux scores différents sans changer le nombre d'erreurs. En outre, aucun critère ne permet d'affirmer que l'on a bien obtenu la meilleure configuration possible.

Le nombre d'erreurs est introduit dans un coefficient de reproductibilité. Lorsque l'échelle est parfaite, il suffit de connaître l'un des éléments, réponse, score, rang, patron, pour retrouver (reproduire) tous les autres, la reproductibilité est totale, chaque erreur en éloignant l'échelle réelle de l'échelle parfaite diminue la reproductibilité. La reproductibilité est évaluée par un coefficient qui mesure la proximité de l'échelle réelle à l'échelle parfaite

Pour que ce coefficient ait un sens il est nécessaire que la probabilité de l'erreur soit voisine pour tous les items, or on peut penser que les items très ou très peu choisis supportent moins d'erreurs que les autres, c'est pourquoi il est bon de limiter l'échelle aux items dont la popularité est comprise entre "0,10" et "0,90".

En outre, certains items peuvent à eux seuls produire un grand nombre d'erreurs dans une échelle par ailleurs hiérarchique, d'où l'intérêt de mesurer la reproductibilité Par item.

Df- La méthode de Green :

Le développement des Ordinateurs a permis la mise au point de programmes de traitement automatique des échelles hiérarchiques.

La méthode de Green se situe dans cette Perspective. On ordonne les items suivant leur Popularité en donnant le rang "1" à l'item le moins probable, puis sur la matrice ainsi obtenue on fait le décompte des erreurs de premier et de deuxième ordre. Il y a erreur de premier ordre, lorsqu'une réponse positive est suivie par une seule réponse négative. Il y a erreur de second ordre, lorsque deux réponses positives sont suivies par deux ou Plus de deux réponses négatives.

Ce coefficient répond aux mêmes exigences qu'un coefficient de reproductibilité, il s'y ramène d'ailleurs lorsque n'apparaît aucune erreur de type "2". Cette méthode ne laisse aucune place à l'approximation sans donner un nombre élevé d'erreurs; elle peut être automatisée.

En conclusion, nous dirons donc qu'un ensemble d'énoncés peut être considéré comme une échelle hiérarchique lorsque la population de référence s'est prononcée sur chacun d'eux, et que ceux-ci ayant été classés en fonction de leur popularité, du moins populaire au plus populaire, tous les individus qui ont répondu positivement à l'item "N" ont également répondu positivement à l'item "N + 1". On a ainsi apporté la preuve que les réponses à l'ensemble des items relevaient d'une même variable sous-jacente laquelle constitue l'infrastructure latente d'un certain nombre de comportements, en un mot une attitude.

La position de chaque individu sur le continuum d'attitude devient repérable : c'est son score. On peut ainsi créditer chaque membre de la population d'une note en fonction de l'attitude envisagée. A ces notes pourront être appliqués des traitements statistiques prenant en compte ce type de données tels que calcul de corrélations, analyse factorielle, etc.

Ajoutons qu'au-delà des recherches psychosociales cette méthode a pu être utilisée dans d'autres domaines, en psychologie de l'enfant notamment pour hiérarchiser des comportements.

E- Représentations et Attitudes :

Expliciter les multiples imbrications entre recherches sur les attitudes et recherches sur les représentations sociales permet de doter chaque tradition, des acquis de l'autre. Les recherches sur les représentations sociales permettent déjà l'intégration dans un système plus vaste de dynamiques attitudinales plus spécifiques; les études sur les attitudes offrent des descriptions détaillées de processus se situant à des endroits précis de l'articulation entre rapports symboliques et représentations sociales. "Mais rendre plus complètes les études sur les attitudes implique toujours qu'on les étudie aussi comme des représentations sociales". [Doise in Jodelet, (2003), p - 256].

De ce qui précède nous pouvons conclure, que les représentations sociales et les attitudes sont des domaines privilégiés de la psychologie sociale. Si les premières sont une expression commune à tout un environnement social où l'individu est soumis aux règles de la société; les secondes en revanche sont la résultante d'un comportement individuel, lui-même conséquence d'un long apprentissage et d'une longue socialisation. Les différents auteurs et chercheurs ayant travaillé dans le champ de la psychologie sociale sont tous d'accord pour dire qu'il est difficile de percevoir une limite franche entre les deux concepts. La forte imbrication entre les attitudes et les représentations sociales permet de dire qu'elles sont très proches et que les études portant sur l'une ne peuvent se passer de l'autre. En d'autres termes on ne peut étudier les représentations sociales sans invoquer les attitudes et vice-versa.

Approche pratique :

1 - Hypothèses de travail :

-Hypothèse générale :

L'ambiguïté sexuelle est l'objet de représentations et attitudes négatives.

-Hypothèses opérationnelles :

- Les parents d'ambigus sexuels ressentent l'ambiguïté de leur enfant comme une castration.

- La stigmatisation sociale n'épargne pas les parents.

2 - Aspects méthodologiques :

Nous avons opté pour la réalisation de notre travail pour la méthode clinique que nous pensons être la plus indiquée dans ce cas. D'abord parce que notre travail porte sur un domaine propre aux sciences humaines cliniques, ensuite parce que l'échantillon utilisé pour notre travail est très réduit comme l'est l'ambiguïté sexuelle (rare).

La méthode clinique est définie par Maurice Reuchlin comme étant l'étude approfondie d'individus particuliers dont l'individualité est reconnue et respectée et qui sont considérés en situation et en évolution.

[Reuchlin in Pedienelli, p - 35].

Dans l'optique préconisée par le psychologue américain Lightner Witmer (1^{er} utilisateur de l'expression psychologie clinique en 1896), la méthode clinique est une méthode de recherche sur des examens psychologiques individuels détaillés, et approfondis [Pedienelli, p - 11]. Cette méthode par son investigation approfondie de l'individu tend à la compréhension psychologique des manières d'être passées et présentes du sujet, dans certains cas selon les données, il peut y avoir une sorte de projection (pronostic) sur l'avenir en fonction des attentes du sujet, de ses possibilités et capacités psychologiques et du contexte social dans lequel il évolue.

La méthode clinique dans sa démarche pour l'examen du sujet utilise différentes techniques d'investigations, qui sont l'entretien, l'observation et les tests psychologiques.

Si l'entretien est nécessaire et inévitable pour l'entrée en relation avec le sujet, il en est de même pour l'observation, qui est quant à elle une étape inévitable accompagnant l'entretien à tous les stades d'investigation. Elle permet de recueillir beaucoup de renseignements sur les non-dits qui peuvent orienter le diagnostic et permettre au clinicien de sélectionner les éléments nécessaires à une bonne recherche.

Quant aux tests; ils ne représentent pas une condition sine-qua-non de la démarche clinique. Si leur emploi peut se révéler important dans certains cas, il faut savoir que leur maniement est très délicat et demande une grande maîtrise de la part du clinicien. Leur emploi et leur interprétation doivent être entrepris par des personnes rompues à cette technique.

Pour notre travail, nous avons choisi d'utiliser l'entretien clinique avec analyse de contenu des données recueillies.

L'entretien clinique d'investigation psychologique qui permet selon son but de recueillir un ensemble de renseignements médicaux, psychologiques, sociaux... sur le "sujet" et d'orienter l'utilisation de ces renseignements selon la nature de l'entretien et le but attendu.

L'entretien peut ainsi, être :

- Un entretien à visée diagnostique : il vise à faire un diagnostic de la nature des troubles dont souffre le sujet.

- Un entretien à visée thérapeutique : après le diagnostic, l'entretien vise à entrer en relation thérapeutique pour le traitement des troubles identifiés.

- Un entretien à visée de recherche : dans ce type d'entretien le chercheur oriente ses investigations vers les domaines qui peuvent lui permettre de s'éclairer sur les questions qu'il se pose pour mener à bien sa recherche

Si dans les deux premiers types d'entretiens, c'est le "sujet" qui est demandeur, en s'adressant au clinicien pour l'aider dans le diagnostic de ses troubles et dans leur traitement; il en est autrement dans l'entretien à visée de recherche dans lequel c'est le clinicien qui devient demandeur, c'est lui qui sollicite le "sujet" pour une collaboration en vue de traiter un domaine quelconque intéressant la pathologie.

Il faut signaler qu'il n'y a pas de limite franche entre ces trois types d'entretiens. Qu'ils soient à visée diagnostique; thérapeutique ou de recherche, chacun d'eux peut contribuer à la compréhension psychologique des "sujets" pris en charge par le clinicien, quelque soit l'optique de son intervention.

Nous avons comme signalé plus haut opté pour la méthode clinique, indiquée dans notre recherche qui représente un domaine de la psychologie sociale clinique, en adoptant la technique de l'étude de cas avec analyse de contenu et commentaires d'entretiens.

3 - Présentations de cas:

Notre échantillon se compose de quatre cas pour lesquels nous avons adopté la même démarche, à savoir: présentation du cas, antécédents familiaux, antécédents personnels, conditions sociales, diagnostic et traitement de l'ambiguïté, entretien avec les parents, et commentaire du cas. Il est important de signaler que pour le premier cas (Hasab), nous n'avons eut d'entretien qu'avec la mère, pour cause de décès prématuré du père, la même chose pour le deuxième cas (M.R.) dont le père souffre de troubles psychiatriques graves. Il est aussi important de préciser que l'ambiguïté sexuelle étant rare nous n'avions pu réunir pour notre recherche que quatre cas de parents avec lesquels nous avons eut un seul entretien par cas. Les parents étant très réservés, vu le caractère tabou de l'ambiguïté sexuelle. Nous avons eut les entretiens avec les parents pendant une durée de 45 mn. A une heure en Arabe dialectal, que nous avons transcrit en Français pour les besoins de la recherche. Enfin, nous avons utilisé une grille de deux questions : Comment vous représentez-vous votre enfant ambigu sexuel? Quelle attitude avez-vous envers celui-ci? Seules les informations utiles à notre recherche ont été retenues.

Le Cas HASAB :

Présentation du Cas:

Il s'agit du nommé Hasab venu consulter pour ambiguïté sexuelle. Septième et dernier enfant d'une fratrie de sept enfants (cinq filles un garçon et un ambigu sexuel). Né d'un couple sans liens de parenté (absence de consanguinité entre le père et la mère).

Antécédents familiaux :

Le Père :

Né en 1940, chauffeur de métier, il est décédé en 1980 suite à un accident de la circulation. Il n'avait jamais été malade

La Mère :

Née en 1943 est toujours vivante, bien portante et ne présente aucune maladie. Elle a eut son premier enfant en 1963 à l'âge de vingt ans et son dernier en 1978 à l'âge de 35 ans. Toutes ses grossesses se sont bien déroulées et se sont terminées par des accouchements normaux par voies basses en son domicile avec l'assistance de sages femmes.

La Fratrie :

Elle est constituée de sept enfants (cinq filles, un garçon et un ambigu sexuel), à part les maladies banales de l'enfance tous nés en bonne santé correctement vaccinés, vivants à l'heure actuelle, ils ont tous un niveau d'instruction variant entre le moyen et le secondaire et sont tous mariés sauf Hasab qui est actuellement fiancé.

Antécédents personnels :

Hasab :

Né en 1978 (dernier-né), avait reçu ses vaccins correctement comme ses frères et sœurs, maladies banales de l'enfance, développement staturo-pondéral normal. Il a été déclaré fille à la naissance. Avec l'apparition des dents et devant une fièvre accompagnée d'écoulement nasal, le père avait fait consulter son enfant par un médecin qui avait aussi consulté les organes génitaux et avait proposé une intervention chirurgicale pour réaliser une plus grande ouverture qui permettra d'uriner plus facilement.

Le médecin avait prescrit une orientation vers la chirurgie mais le père n'avait pas poursuivi les investigations. Il n'avait tout simplement pas donné suite aux orientations du médecin. A l'âge de deux ans (de Hasab) le père, chauffeur de métier est mort dans un accident de la circulation (cause probable de la non poursuite des consultations médicales).

En 1992, et devant l'absence de signes extérieurs de féminité et l'apparition de poils au niveau de la face, des consultations ont été entreprises et qui se sont soldées par le diagnostic d'une ambiguïté sexuelle identifiée comme étant un pseudohermaphrodisme masculin, suivi d'un traitement hormonal d'orientation masculine et d'une prescription médicale recommandant la rectification du sexe. Ce qui a été fait par un jugement du tribunal accordant le sexe masculin avec changement d'état civil (prénom et sexe masculin).

Conditions sociales:

Hasab est né dans une famille nombreuse et de conditions modestes, mais dans une famille authentiquement algérienne où les problèmes du couple sont pris en charge par la famille élargie ce qui a permis que malgré le salaire bas du père, son décès prématuré et la non activité de la mère ajoutés à une progéniture nombreuse, de vivre d'une manière décente. La situation de Hasab s'est améliorée avec le mariage de son frère et sœurs et surtout avec l'installation en privé de l'une de ses sœurs qui a ouvert et gère une agence immobilière très rentable du fait de son implantation à Zeralda. Il travaille avec cette sœur qui ne le considère pas comme un employé mais comme un associé.

Diagnostic et traitement de l'ambiguïté de Hasab:

L'ambiguïté de Hasab, repérée dès la deuxième année de la naissance a été négligée par les parents. Il a fallu attendre jusqu'à l'adolescence pour voir apparaître des caractères sexuels secondaires d'orientation masculine pour voir sa famille reconsidérer ses attitudes envers Hasab et reprendre le chemin des consultations médicales, dont l'aboutissement a été le diagnostic de pseudohermaphrodisme masculin et la prescription d'un certificat préconisant la rectification du sexe (femelle vers male), couronné par une ordonnance du tribunal d'Alger pour le changement d'état civil avec désormais un prénom masculin: Aissa. Actuellement Hasab est sous traitement hormonal pour le renforcement de son phénotype masculin. Du point de vue chirurgical Hasab est en France pour subir des interventions réparatrices qui lui permettront d'avoir des organes génitaux externes conformes à son nouveau statut, et qui permettront dans la mesure du possible d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes.

Entretien avec la Mère :

L'entretien avec la mère a été très instructif. Il nous a permis d'avoir un certain aperçu sur l'évolution de son enfant et sur l'attitude de son proche entourage. D'après cet entretien il ressort que l'entourage immédiat (frère, sœurs et parents) de Hasab encourage son identité masculine qu'il considère la sienne. Les jeux de Hasab, sa façon de s'habiller, sa coupe de cheveux ont toujours encouragé son entourage immédiat à se comporter avec lui comme avec un garçon malgré un état civil féminin. La mère de Hasab parle de difficultés avec

les voisins qui portent un regard stigmatisant et accusateur sur la famille de Hasab comme si elle était responsable de l'ambiguïté de son enfant.

L'apparition de caractères sexuels secondaires masculins et l'absence de règles à l'adolescence ont conforté sa famille dans la conviction d'être en présence d'un garçon et non d'une fille. La prescription du médecin et le jugement du tribunal ont levé définitivement toute ambiguïté quant au sexe masculin de Hasab. Cette nouvelle identité a été une délivrance pour Hasab et sa famille qui a été contrainte de l'envoyer vivre à Alger où il était inconnu comme ambigu sexuel.

La conviction des parents est renforcée par la représentation que se fait le milieu algérien des différences de sexe et de l'importance du sexe masculin et sa primauté sur le sexe féminin.

La mère qui déclare que son avis est celui de toute la famille, semble dire que puisqu'il nous est permis de choisir le sexe de notre enfant, nous le voulons masculin et nous lui manifestons notre avis en adoptant avec lui des comportements à l'adresse des personnes masculines.

Commentaire :

Comme pour Hasab, sa mère et à travers elle son proche entourage semblent privilégier cette orientation et y tenir. Hasab entièrement adapté à son sexe masculin semble ne pas se poser de problèmes d'identité de genre comme s'est souvent le cas pour les personnes atteintes d'ambiguïté sexuelle.

Il est aussi important de signaler que Hasab considère que sa tare est une volonté de Dieu qui permet de se traiter tout en respectant cette volonté dans le sens du genre assigné par la nature et qui est pour lui le sexe masculin.

Aussi bien dans les propos de Hasab que dans ceux de sa mère nous percevons une demande de confirmation médicale définitive pour une orientation masculine qui trouvera son dénouement dans la prescription d'un traitement médicochirurgical approprié et qui permettra d'atténuer la pression des regards de l'entourage sur Hasab et sa famille, un regard lourd et insupportable chargé de non-dits expressifs.

La Consultation de Psychologie de Hasab en appui avec les examens cliniques et paracliniques pratiqués, permet de conclure à la confirmation de l'identité masculine du patient et préconise son orientation vers une prise en charge médicochirurgicale qui permettra, dans les limites du possible de corriger les anomalies anatomiques détectées chez le patient, ce qui lui permettra de vivre en conformité avec son identité sexuée masculine. Une psychothérapie de soutien, accompagnant le traitement médicochirurgical est souhaitée et très conseillée, en plus d'une prise en charge psychothérapique des parents.

Le Cas M. R :

Présentation du cas :

Il s'agit de M R âgée de 23 ans, présentant un pseudo hermaphrodisme masculin avec déficit en 5-alpha-réductase (Enzyme entrant dans le mécanisme de différenciation sexuelle).

- 3^{ème} enfant d'une fratrie de six dont deux sont décédés dans les premiers mois de la vie. Ces deux enfants sont de sexe féminin.

- 1^{ère} enfant décédée à 15 jours de la naissance.

- 7^{ème} enfant décédée à quatre mois de la naissance.

Sauf maladies banales de nourrissons, les causes de décès sont restées inexpliquées.

- Après la huitième naissance, la mère a eut un avortement à deux mois de la grossesse. Arrêt définitif des grossesses après cet avortement.

- Sur les six enfants restés en vie, M. R. occupe la troisième place, après deux filles et avant deux garçons et une fille.

- La fratrie se compose donc de trois filles (dont une autre d'après les dires de M. R est probablement ambiguë sexuelle), de deux garçons (dont un présente un léger retard mental) et de M. R

Antécédents Familiaux:

M. R. est issue d'un mariage consanguin de premier degré. Les parents sont cousins germains de la lignée paternelle.

Le Père: 55 ans.

Employé de l'agriculture -illettré -marié à l'âge de 25 ans.

- M. R est née alors que le père avait 32 ans.

- Jusqu'à 40 ans, le père n'avait jamais consulté de médecins.

- Actuellement, il est traité pour troubles psychiatriques.

- Ne présente pas d'autres pathologies.

La Mère: 50 ans.

Femme au foyer - illettrée - mariée à l'âge de 20 ans.

- Etat de santé sans particularités.

- M. R. est née alors que la mère avait 27 ans (quatrième naissance).

- Toutes les grossesses se sont déroulées normalement.

- Accouchements normaux par voie basse.

- Un avortement à deux mois durant la dernière grossesse.

- La mère ne consulte les médecins que pour ses accouchements qui se sont tous déroulés à l'hôpital.

La Fratrie:

Les frères et sœurs sont nés dans des conditions normales vaccinés à la naissance et à l'école.

- Développement staturo-pondéral normal.
- Ils ont tous été scolarisés et ont un niveau moyen comme M. R.
- Un frère débile léger, sans niveau (4^{ème} enfant et 5^{ème} garçon du couple).
- Une sœur probablement ambiguë sexuelle, d'après les dires de M. R. (dernier enfant du couple).

La situation actuelle de la famille de M. R n'est pas pour arranger les choses pour tous. Elle est plutôt source de mésentente et de frictions quotidiennes.

M. R. pose le problème de son changement de milieu pour pouvoir faire face à ses problèmes. Elle considère que son salut réside en partie dans cette solution qui lui permettra de vivre dans un milieu où son problème sera inconnu, où elle sera anonyme.

Antécédents Personnels:

M. R. est née à terme par voie basse. Déclarée fille à la naissance et inscrite en tant que telle à l'état civil. Etat de santé sans particularité, ne présente aucune autre pathologie. Normalement vaccinée à la naissance et à l'école Maladies banales de la naissance. Son développement physique et staturo-pondéral est normal, enfance et préadolescence sans particularités. Scolarité normale, M.R a un niveau de troisième année secondaire et a suivi une formation de rééducatrice pour handicapés.

Conditions sociales:

Dès le mariage, les parents de M. R. ont habité seuls, indépendants de leurs parents mais avec des contacts très étroits comme c'est le cas dans toutes familles algériennes. La famille de M. R. vit dans une situation précaire.

Les conditions socio-économiques très modestes n'ont pas permis à M.R. et ses frères et sœurs de terminer leurs études. M. R. et une autre sœur n'ont pu dépasser le secondaire.

Actuellement les conditions de vie ne se sont pas améliorées, surtout avec la maladie (devenue chronique) du père et la non activité des frères et sœurs devenus adultes et confrontés au chômage qui sévit en Algérie.

La situation actuelle de la famille de M. R n'est pas pour arranger les choses pour tous. Elle est plutôt source de mésentente et de frictions quotidiennes.

M. R. pose le problème de son changement de milieu pour pouvoir faire face à ses problèmes. Elle considère que son salut réside en partie dans cette solution qui lui permettra de vivre dans un milieu où son problème sera inconnu, où elle sera anonyme.

Diagnostic et traitement de l'Ambiguïté de M. R.

L'ambiguïté de M. R. a été découverte à l'adolescence lors d'une consultation de l'hygiène scolaire. M. R. a été orientée vers le service de médecine interne du C.H.U. de Constantine et hospitalisée pour une durée de quinze jours. Le diagnostic d'ambiguïté sexuelle a été posé dès les premiers jours, sans que le type d'ambiguïté ne soit précisé (manque d'examen spécialisés). Deux éléments ont été déterminants dans ce diagnostic:

- L'aspect ambigu des organes génitaux externes.
- L'orientation masculine de la puberté.

Cette découverte a déclenché tout un processus d'investigations qui ont abouti à la confirmation du diagnostic d'ambiguïté sexuelle et d'en préciser sa nature: il s'agit d'un pseudo hermaphrodisme masculin par déficit en 5-Alpha-Réductase.

Après, une prise en charge au C.H.U. de Constantine, M. R. a été envoyée avec prise en charge médicale à l'étranger où elle avait subi des analyses hautement spécialisées ayant confirmé définitivement le diagnostic de Pseudo hermaphrodisme masculin avec déficit en 5 Alpha réductase et où elle a été opérée dans le sens féminin.

Le cas de M. R. pose le problème des interventions chirurgicales irréversibles sur les ambigus sexuels et milite en faveur d'une remise en question de la prise en charge de cette catégorie de malades, tant du point de médical, chirurgical que psychologique.

Avant toute intervention sur ces sujets, il est nécessaire d'organiser des rencontres concertées entre différents spécialistes concernés pour des avis motivés qui élimineront, surtout minimiseront au maximum toute marge d'erreur.

L'assignation définitive d'un sexe à l'ambigu sexuel, sa correction médicale et chirurgicale doivent tenir compte de la configuration anatomique des organes génitaux tant internes qu'externes, du patrimoine génétique et endocrinien et aussi du sexe d'élevage.

Entretien avec la mère :

Les parents ont été convoqués bien au début de nos rencontres avec M. R., mais seule la mère s'est présentée à la consultation. Pour celle-ci, le père étant traité pour troubles psychiatriques semble être inconscient des problèmes de M. R. qu'il appelle par son prénom, comme il le fait pour ses autres enfants.

La mère parle de M. R. au féminin. Elle dit «c'est ma fille, j'ai quatre filles et deux garçons». Comme M. R., la mère soulève le problème des relations avec l'entourage et la curiosité des voisins qui considèrent M. R. comme un garçon et l'ont affublé d'un prénom masculin : «R.».

La mère affirme avoir élevé M. R. en fille, en lui faisant porter des jupes, des boucles d'oreilles et des cheveux longs, et en lui apprenant les tâches domestiques réservées aux femmes comme elle le fait pour ses autres filles.

Entre la maladie psychiatrique de son mari et l'ambiguïté sexuelle de M. R., elle préfère de loin la maladie de son mari qui pose moins de problèmes avec l'entourage, d'autant plus qu'il vit retiré dans son univers propre et ne dérange personne.

Au sujet des relations de M. R. avec ses frères et sœurs, la mère répond que c'est les relations qui peuvent exister dans toute fratrie. Elle soulève cependant qu'il y a parfois des frictions entre eux et qu'à ces occasions ils lui rappellent qu'elle n'est pas comme les autres. Ces situations font beaucoup de mal à M. R., plus de mal que lorsqu'elles viennent des voisins. Les relations avec la famille sont parfois difficiles et plongent M. R. dans des états de détresse psychologique qui compliquent les problèmes vécus et endurés quotidiennement.

Sur le départ de M. R. en France pour traitement, elle dit en espérer beaucoup, elle se représente déjà sa fille complètement changée et souhaite que ce traitement mette fin à leurs problèmes avec l'entourage et permettra à sa fille de prendre un nouveau départ dans la vie.

En plus d'un entourage frustrant, la mère évoque aussi l'isolement de sa fille auprès des parents et de la famille élargie. Elle dit que sa fille n'arrive pas à s'intégrer à cause de l'attitude négative de ses parentes de différents degrés. Considérée comme une curiosité, elle est l'objet de commérages et de remarques désobligeantes et blessantes. Sous un masque de sollicitation bienveillante se cache en vérité une hypocrisie sournoise et non déclarée.

A la fin de notre rencontre, la mère ne manqua pas de soulever sa préoccupation pour l'avenir de sa fille. Elle se plaint de la situation précaire de la famille qui n'arrange pas les choses, mais affirme s'en remettre à dieu qui est seul responsable de ce qui arrive à chacun et qui seul et capable de guérir les malades et de solutionner les problèmes des pauvres gens que nous sommes.

Commentaire du Cas :

L'entretien avec la mère fait entrer en jeu un autre acteur: c'est la famille de l'ambigu sexuel. Les relations de l'ambigu sexuel avec sa famille semblent être instables et sujettes à des fluctuations quotidiennes. Malgré la bonne volonté des parents, des frères et sœurs pour des relations normales, celles-ci deviennent parfois tendues et rappellent à l'ambigu sexuel sa différence, donc son anormalité.

D'autre part la famille semble aussi souffrir de ses relations avec l'entourage qui la culpabilise autant que l'ambigu sexuel lui-même.

A travers le discours de la mère et ses attitudes durant l'entretien, il semble que les souffrances de l'ambigu sexuel commencent avec sa famille qui porte en elle-même les stigmates de cette tare perçue comme une punition de dieu. La mère qui s'en remet à dieu, le prie de la délivrer de ce cauchemar qu'elle vit quotidiennement en famille et que lui rappellent ses voisins à chaque instant.

Avoir un ambigu sexuel dans la famille n'est certainement pas l'idéal.

Le Cas Barhoum :

Présentation du Cas :

Il s'agit B. M. pour lequel nous avons choisi le pseudonyme de Barhoum, né en 2000 de parents non consanguins qui se sont connus dans l'entreprise où ils travaillent, le père comme technicien en maintenance de machines et la mère comme secrétaire dactylographe. Troisième enfant sur quatre, il est déclaré garçon à la naissance.

Antécédents familiaux :

Le Père :

Né en 1962, technicien de maintenance, en bonne santé jusqu'à l'âge de quarante ans où il a présenté une bronchite qui a évolué vers un asthme sévère pour lequel il se traite au C.H.U. de Constantine. Actuellement il se trouve en invalidité pour incapacité de poursuivre son métier qui nécessite une force physique certaine, incompatible avec son asthme.

La Mère :

Née en 1968, secrétaire dactylographe, en bonne santé, ne présente aucune maladie. Elle a eut tous ses enfants par accouchement par voie naturelle (voie basse), avec une fausse couche (dernière grossesse), qui incité les parents à arrêter la procréation malgré l'âge de la mère (35ans).

La Fratrie :

Elle se compose de deux filles, un ambigu et un garçon, les deux aînées sont des filles suivies par Barhoum, puis vient le garçon. Tous sont nés à terme par voie basse, vaccinés à la naissance, ils ont tous eut des maladies banales de l'enfance, le développement staturo-pondéral est normal, ils sont tous scolarisés. Actuellement la deuxième fille présente depuis cinq ans un diabète insulino-dépendant suivi par des médecins privés (Diabétologues).

Antécédents personnels :

Barhoum est né en 2000, en milieu hospitalier, normalement vacciné à la naissance et à l'école, avec un développement staturo-pondéral normal. Il est déclaré garçon à la naissance. Il ne présente aucune maladie, sauf son ambiguïté sexuelle découverte dans le courant de la première année de sa naissance, mais négligée. Les parents ont pensé qu'avec l'âge cette anomalie des organes sexuels de leur enfant allait s'arranger. Mais à l'âge de sept ans ne voyant pas les choses s'arranger ils décidèrent de le faire consulter par un médecin qui leur déclara que leur enfant était porteur d'une tare dite ambiguïté sexuelle et qu'il fallait faire des examens très spécialisés pour déterminer le sexe exacte de l'enfant. Les examens

pratiqués ont conclu au diagnostic de Pseudohermaphrodisme féminin. Cette conclusion a profondément perturbé les parents qui ont passé une longue période à accepter la réalité.

Conditions sociales:

La famille de Barhoum vit dans des conditions modestes, le père a ouvert une épicerie de quartier pour subvenir au besoin de ses enfants qui deviennent de plus en plus pressants. Sa pension d'invalidité et le salaire dérisoire de sa femme ne suffisent plus à répondre aux besoins de la famille.

Diagnostic et traitement de l'ambiguïté de Barhoum:

L'ambiguïté sexuelle de Barhoum a été découverte dans le courant de la première année, mais a été négligée par les parents qui ont tardés à faire consulter leur enfant.

Après une série d'examens pratiqués et ayant conclu au diagnostic de pseudohermaphrodisme féminin un traitement hormonal a été prescrit pour Barhoum, que les parents trouvent de la difficulté à poursuivre, évoquant les problèmes de rectification de sexe à l'état civil et surtout le problème de chirurgie très spécialisée qui est quasi inexistante en Algérie.

L'autre problème posé par les parents est celui de l'entourage, surtout que Barhoum est scolarisé en 2^{ème} année primaire comme garçon. Les parents de Barhoum sont hésitants sur la conduite à tenir dans cette situation.

Entretien avec les parents:

L'entretien avec les parents de Barhoum s'est déroulé dans de bonnes conditions, la mère est une personne qui paraît bavarde, quant au père, il s'exprime peu laissant le soin à sa femme de parler de leurs problèmes et de leurs attentes et espérances. Les propos de la mère sont significatifs d'un malaise profond, surtout qu'elle parle de responsabilité partagée avec son mari dans la situation actuelle de Barhoum. Le père intervient pour lui faire porter à elle seule la responsabilité de ce qu'ils vivent. Il lui rappelle sa négligence et son laisser aller quand il fallait intervenir dans les premières années de Barhoum. Quant aux relations avec la famille et l'entourage, les deux sont d'accord pour dire qu'elles sont très tendues à cause de Barhoum, la mère déclare que dans sa famille, la moindre occasion de rencontre entre femmes (fêtes, deuils...), est saisie par celles-ci pour lui rappeler qu'elle est la mère d'un enfant anormal et qu'elle en est responsable, aussi bien dans leur discours qu'à travers leurs regards significatifs d'hypocrisie mêlée de pitié et de mépris. Elle dit que ces attitudes l'ont poussée à renoncer à ces rencontres qui font partie de la culture algérienne. Au niveau de l'entourage, la mère de Barhoum déclare vivre l'enfer, surtout dans son entourage professionnel où toutes les occasions sont bonnes pour lui rappeler qu'elle est une personne anormale, mère d'un ambigu sexuel, qui signifie la perversion et la dépravation. Elle déclare avec regrets qu'elle souhaite

la mort de son enfant pour recouvrer la paix perdue, tout en se sentant culpabilisée de telles pensées. Sa vie est un véritable calvaire social. Le père, quant à lui, peu expressif il déclare être tiraillé par le fait de négliger l'ambiguïté de son enfant, il vit un remords permanent doublé par les regards hostiles de son entourage. Il dit ne pas donner trop d'importance à l'entourage mais ne peut se dérober à la responsabilité dans la négligence de l'ambiguïté de son enfant. Bien qu'il persiste à dire que c'est la mère qui endosse la plus grande partie de cette responsabilité. Il déclare que Barhoum est excellent élève à l'école et qu'il ignore sa réalité, ce qui amplifie son sentiment de culpabilité vis-à-vis de son enfant. Il appréhende le jour où son enfant découvrira son anomalie, et que ses parents seront devant le fait accompli de lui dire la vérité. Les parents de Barhoum vivent un véritable dilemme, ils, sont d'une part envahis par le sentiment de responsabilité et de culpabilité vis-à-vis de leur enfant et d'autre part il doivent faire face à l'hostilité d'un entourage non clément.

Commentaire du Cas:

Le cas de Barhoum démontre bien le désarroi des parents devant l'ambiguïté de leur enfant, très conscients des problèmes qui attendent leur enfant, ils sont perdus et incapables d'opter pour une solution qui soit la moins douloureuse possible. Leur désarroi est d'autant plus grand qu'ils se sentent coupables d'avoir été négligeant envers Barhoum et qu'ils appréhendent les réactions de l'entourage qui est impitoyable dans des situations comme la leur.

Le cas Khella :

Présentation du Cas :

Il s'agit de S. K. pour lequel nous avons choisi le pseudonyme de Khella, premier enfant d'un couple de parents non consanguins. Né en 1997, déclaré garçon à la naissance.

Antécédents familiaux :

Le Père:

Né en 1970, bien portant, ne présente aucune maladie, ingénieur en informatique, il gère un magasin de bureautique et informatique.

La Mère:

Née en 1972, bien portante a eut ses trois enfants par voie basse et à terme, universitaire (Licence es Français), elle aide son mari dans la gestion et l'entretien de leur commerce.

La Fratrie:

Elle se compose de trois enfants: un ambigu (Khella), une fille (née en 2004) et un garçon (né en 2006). Tous bien portants, nés à terme, normalement vaccinés, sans particularités du point de vue staturo-pondéral, sauf Khella qui présente une ambiguïté des organes génitaux externes qui ont l'aspect plutôt masculin (motif de la déclaration à l'état civil).

Antécédents personnels :

Né par voie basse d'une grossesse à terme, normalement vacciné et sans particularités du point de vue santé, sauf son ambiguïté sexuelle pour laquelle il a été déclaré garçon à la naissance. Mais dès la première année, les parents ont remarqué l'anomalie de ses organes et ont décidé de le faire consulter par un médecin qui après examen de l'enfant avait conclu au diagnostic d'ambiguïté sexuelle sous réserve de complément d'analyses spécialisées.

Conditions sociales :

Les conditions socio-économiques de la famille de Khella sont très bonnes, Le commerce du père leur permet de vivre aisément. Après le diagnostic d'ambiguïté sexuelle, les parents de Khella ont décidé de le faire partir en France, surtout que leurs moyens le permettent.

Diagnostic et traitement de l'ambiguïté de Khella :

Les parents de Khella, suite au diagnostic d'ambiguïté sexuelle, ont décidé de le faire partir en France pour plus de précision. Les examens hautement spécialisés, pratiqués en France ont conclus au diagnostic de pseudohermaphrodisme féminin avec prescriptions d'un traitement hormonal d'orientation féminine et une série d'interventions chirurgicales pour la rectification de l'anomalie des organes génitaux externes. Après la confirmation avec précision du diagnostic, les parents ont décidé de le laisser en France chez son oncle maternel pour y poursuivre les traitements prescrits et les interventions préconisées. Actuellement Khella est toujours en France où il poursuit son traitement féminisant avec des interventions réparatrices. Les parents quant à eux, ils ont déposé une requête auprès du tribunal pour changement de sexe et de prénoms.

Entretien avec les parents :

Comme pour les parents de Barhoum, l'entretien avec les parents de Khella s'est déroulé dans de bonnes conditions et avec une totale contribution des deux parents et surtout de la mère. Cette dernière, déclare que l'ambiguïté de Khella (premier enfant du couple) est venue perturber tous leur calculs, elle mit fin à leurs fantasmes et représentation de ce que sera leur premier enfant. Ils n'avaient jamais pensé qu'ils pouvaient avoir un enfant taré, surtout atteint d'une ambiguïté sexuelle (qu'ils ne connaissaient pas auparavant). Khella, qui a été déclaré garçon à la naissance, s'est vu transféré en France pour des examens hautement spécialisés, qui ont abouti au diagnostic définitif de pseudohermaphrodisme féminin. Cette naissance a poussé les parents à arrêter les grossesses pendant plus de sept ans, de peur de répéter cette expérience. La décision d'avoir de nouveaux enfants a été prise en 2003, après de longues tergiversations et hésitations. En 2004 est née une fille bien constituée et correspondant aux fantasmes et attentes des parents, suivie deux ans plus tard par un garçon, sans anomalies particulières. Le père évoque leur problèmes à la naissance de Khella, il déclare sombrer dans un état de profonde déprime et abandonner son commerce, pour ensuite s'en remettre à DIEU et reprendre peu à peu ses esprits et faire face à ce problème inattendu, comme il a été habitué à faire face-en bon gestionnaire- à ses problèmes de commerce. La mère déclare que la naissance de Khella a été un grand traumatisme pour elle et son mari. Elle dit que la famille de son mari lui fait endosser la responsabilité d'une telle naissance, allant jusqu'à demander à son fils de divorcer et d'abandonner Khella à celle qui est incapable d'avoir des enfants normaux). Le mari n'étant pas de l'avis de ses parents (surtout sa mère), la vie commune a continué.

La célérité de prise en charge de l'ambiguïté de Khella et son transfert en France ont permis à ses parents de lui éviter à l'avenir des problèmes d'identité sexuée et surtout de lui éviter la stigmatisation de l'entourage. Le père déclare souffrir de ses contacts avec les autres qui lui rappellent qu'il est père d'un

ambigu sexuel. Il perçoit ces attitudes à travers des questions hypocrites pleines de sous-entendus. La mère déclare de son côté vivre difficilement avec son entourage et surtout avec la famille de son mari (surtout sa mère), mais ce qui lui importe c'est sa relation avec DIEU qu'elle pense être faussée au début mais qu'elle s'attelle à corriger. Elle rend grâce à DIEU pour les avoir éclairés des les premiers jours de la naissance de Khella, pour prendre en charge efficacement l'ambiguïté de Khella. Pour les projets d'avenir du couple, le père pense sérieusement quitter le milieu familial et s'établir là où leur problème passera inaperçu et où ils seront anonymes. Ils déclarent au passage qu'ils ont introduit une requête auprès de tribunal pour changement d'état civil et de prénom.

Commentaire du cas :

Le cas de Khella nous permet de dire que lorsque l'ambiguïté sexuelle est prise en charge à un âge précoce les problèmes vécus par les parents et par l'ambigu lui-même diminuent d'acuité. Les relations avec l'entourage sont moins traumatisantes. Mais persiste un sentiment de culpabilité mêlé de pitié (aussi bien pour eux-mêmes que pour leur enfant) qui sommeille dans les profondeurs de chacun des parents. Il faut signaler ici que la prise en charge précoce de l'ambiguïté de Khella lui évitera des problèmes d'identité; ce qui constitue une satisfaction pour les parents et diminue leur sentiment de culpabilité. Pour le père, ceci représente une épreuve divine dont qu'ils ont traversé avec le moins de dégâts possibles.

Commentaire général :

Il ressort des entretiens que nous avons eus avec les parents d'ambigus sexuels, que cette tare est vécue très négativement aussi bien par les ambigus eux-mêmes que par leurs parents. Cette tare est l'objet de stigmatisation et de rejet de la part de l'entourage car elle est associée aux péchés qu'auraient commis les parents dans leur jeunesse, et à la dépravation de l'ambigu. Les parents se sentent doublement responsables d'une situation dont le destin leur échappe mais que l'entourage semble leur faire porter le chapeau par ses regards pleins d'expressions accusatrices et stigmatisantes, d'une part ils doivent faire face à l'entourage et d'autre part il doivent faire face à la souffrance de leur enfant (ambigu) qu'il considèrent être un enfant qui leur rappelle un passé qu'ils voudraient oublier.

Leur souffrance est d'autant plus grande que l'entourage est là pour leur rappeler à travers leur enfant (ambigu) qu'il sont des parents anormaux et indignes de porter ce titre (parents). Le vœu de tous les parents est de changer de milieu pour avoir la paix là où ils seront anonymes et où la tare de leur enfant sera inconnue. Mais ceci est insuffisant puisque le sentiment de responsabilité les suivra n'importe où et tout au long de leur vie.

Nous relevons de nos entretiens que les parents vivent un sentiment ambigu vis-à-vis de leurs enfants. D'une part ils sont culpabilisés et d'autre part ils ont de la pitié pour leurs enfants et pour eux-mêmes. Les représentations et les attitudes parentales ne sont pas celles de l'entourage, puisqu'ils sont touchés directement par cette tare qui tout en étant stigmatisée par la société se voit ménagée par les parents qui soulèvent le problème de leur implication directe d'une façon involontaire.

CONCLUSION :

La naissance d'un enfant ambigu sexuel vient mettre un terme à neuf mois de grossesse, de fantasmes et de représentations de ce que sera le futur enfant, son sexe, son physique, son image. Elle vient briser les rêves des parents et bouleverser complètement leurs projets pour leur enfant. Comme un intrus, elle vient les perturber dans leur vie.

L'ambiguïté sexuelle, cette tare très rare entraîne des représentations de caractère péjoratif, surtout qu'elle porte sur la sexualité, objet tabou dans la société algérienne. Les images que nous renvoi l'ambigu sexuel sont celles d'un dépravé et d'un dévié, surtout que son physique expressif le trahit et en fait l'objet de regards non indulgents et pleins de sous-entendus. Les attitudes et comportements de l'entourage se caractérisent par le rejet et la stigmatisation qui n'épargnent pas les parents d'ambigus sexuels considérés comme responsables de la naissance d'un être anormal. Ces mêmes parents qui souffrent du regard des autres sont paradoxalement très indulgents avec leur progéniture, ils sont culpabilisés et se sentent sanctionnés par DIEU pour des péchés qu'ils auraient commis dans le passé. L'ambiguïté de l'enfant crée chez les parents des sentiments contradictoires, des sentiments de culpabilité mêlés à des sentiments de pitié et de révolte contre le destin qui les a choisis pour porter cette tare à travers la naissance d'un enfant ambigu sexuel. Plus que les autres tares et handicaps, l'ambiguïté sexuelle est objet permanent de stigmatisation de la part de l'entourage qui n'épargne ni l'ambigu lui-même ni ses parents. Au cours de notre travail sur ce sujet nous sommes arrivés à remarquer que quelque soit la nature du handicap de l'enfant, ses parents trouvent toujours le moyen de s'y adapter et de s'y accommoder en faisant appel à des capacités psychiques insoupçonnés, que seules les personnes confrontées à des problèmes peuvent en avoir. Dans le cas de l'ambiguïté sexuelle, et passé le moment du traumatisme qu'ils vivent à la suite de l'annonce ou de la découverte de la tare, les parents d'enfants ambigus ont des attitudes inattendues pleines d'amour et de sollicitude envers leur enfant ambigu. Ils deviennent dans certains cas, surprotecteurs. Les représentations du handicap en général et de l'ambiguïté en particulier sont de caractère péjoratif, elles se traduisent par des attitudes de rejet et de stigmatisation aussi bien vis-à-vis du handicapé lui-même que vis-à-vis de ses parents.

LEXIQUE :

Aberration chromosomique : Anomalie du nombre ou de la structure des chromosomes.

Ambiguïté : Caractère de ce qui a plusieurs significations, de ce qui est équivoque, douteux, incertain, indéterminé, ambivalent.

Androgène : Hormones males.

Attitudes: Position d'un sujet vis à vis de quelque chose (personne, objet, idéologie, religion, etc....). Cette position peut être plus ou moins favorable ou défavorable.

Autosome : Chromosome non sexuel.

Bisexualité : Tendances et pratiques hétéro et homosexuelles, présence de caractères sexuels des deux sexes.

Canaux de Muller : Conduits génitaux féminins.

Canaux de Wolff : Conduits génitaux masculins.

Caryotype : Equipement chromosomique caractéristique d'une espèce donnée.

Chromosome : Élément de la cellule contenant les gènes supports du matériel héréditaire.

Code génétique : Triplets d'ADN et d'ARN qui portent l'information génétique.

Communication : Transmission de l'information au sein d'un groupe, considérée dans ses rapports avec la structure de ce groupe.

Comportement : Manière de se conduire, ensemble des réactions objectivement observables d'un organisme qui agit en réponse à une stimulation.

Congénital : Existe à la naissance, héréditaire ou non.

Croyances: Fait de croire à l'existence de quelqu'un ou de quelque chose, à la vérité d'une doctrine, d'une thèse.

Cryptorchidie : Absence des testicules dans les bourses.

Délétion : Perte d'un fragment de chromosome.

Dimorphisme sexuel : Ensemble de caractères non indispensables à la reproduction et qui permettent de distinguer les deux sexes d'une espèce.

Echelle d'attitude : Outil destiné à quantifier les attitudes.

Ectopie : Anomalie de position d'un organe (ex. Ectopie testiculaire)

Gamète : Cellule sexuelle possédant un nombre haploïde de chromosomes (23 dans l'espèce humaine).

Gène : Élément du chromosome conditionnant la transmission et la manifestation d'un caractère héréditaire bien déterminé.

Génome : Ensemble des chromosomes et des gènes.

Génotype : Ensemble des gènes d'un individu et qui constituent son hérédité.

Gonosome: Chromosome sexuel (Allosome).

Hérédité : Transmission des caractères génétiques (héréditaires) d'une génération à l'autre.

Hermaphrodisme : Réunion des caractères des deux sexes chez un même individu.

Images: Symbole ou représentation matérielle d'une réalité invisible ou abstraite. Représentation mentale à partir d'une perception antérieure.

Noyau central: Élément fondamental d'une représentation sociale.

Œstrogènes : Hormones femelles.

Opinion: Expression verbale d'une attitude.

Ovaire : Glande génitale femelle.

Ovule : Gamète femelle.

Phénotype : Aspect observable de l'individu conditionné par le génotype et l'environnement.

Préjugés: Opinions préconçues, jugements favorables ou défavorables portés d'avance.

Représentations sociales : Fondements de la pensée sociale agissante. Elles permettent de nous repérer dans l'environnement.

Rôle : Emploi, fonction, influence exercée par quelqu'un.

Spermatozoïde : Gamète male.

Statut : Position sociale d'une personne.

Stéréotypes: Enonciation qui se présente toujours sous la même forme et qui ne comporte que peu ou pas de sens (phrase).

Système périphérique: Ensemble des éléments d'une représentation gravitant autour du noyau central.

Testicule : Glande génitale male.

Trouble : Etat pathologique de l'organisme physique et du mental.

Valeur : Ensemble de règles de conduite, des lois jugées conformes à un idéal et auxquelles on se réfère.

Zygote : Œuf fécondé.

BIBLIOGRAPHIE :

- Abric C. (1994), Pratiques sociales et représentations.
Puf. Paris.
- Balandier G. (1992), Le pouvoir sur scène.
Puf. Paris.
- Bonardi C. et Roussiau N. (1999), Les représentations sociales.
Dunod. Paris.
- Braconnier A. (1996), Le sexe des émotions.
Puf. Paris.
- Bruchon-Sweitzer M. (1990), Une psychologie du corps.
Puf. Paris.
- Chiland C. (1997), Changer de sexe.
Odile Jacob. Paris.
- Chiland C. (1999), L'entretien clinique.
Puf. 7^{ème} éd. Paris.
- Cotteret J. M. (1994), Gouverner c'est paraître.
Puf. Paris.
- Dalery J. (17-19 Mars 1989), Prise en charge psychologique des patients porteurs d'une ambiguïté sexuelle.
Communication au symposium international sur la différenciation sexuelle.
Hôpital Lapeyronie. Montpellier. France.
- De Ajuriaguerra J. (1980), Manuel de psychiatrie de l'enfant.
Masson. 2^{ème} éd. Paris.
- Decourt J. (1969), Les maladies endocriniennes.
Puf. Paris.
- Delay J. et Pichot P. (1975), Abrégé de Psychologie.
Masson. Paris.
- Doise W. et Palmonari A. (1986), L'étude des représentations sociales.
Textes de base en sciences sociales.
Delachaux et Niestlé. Neuchâtel.

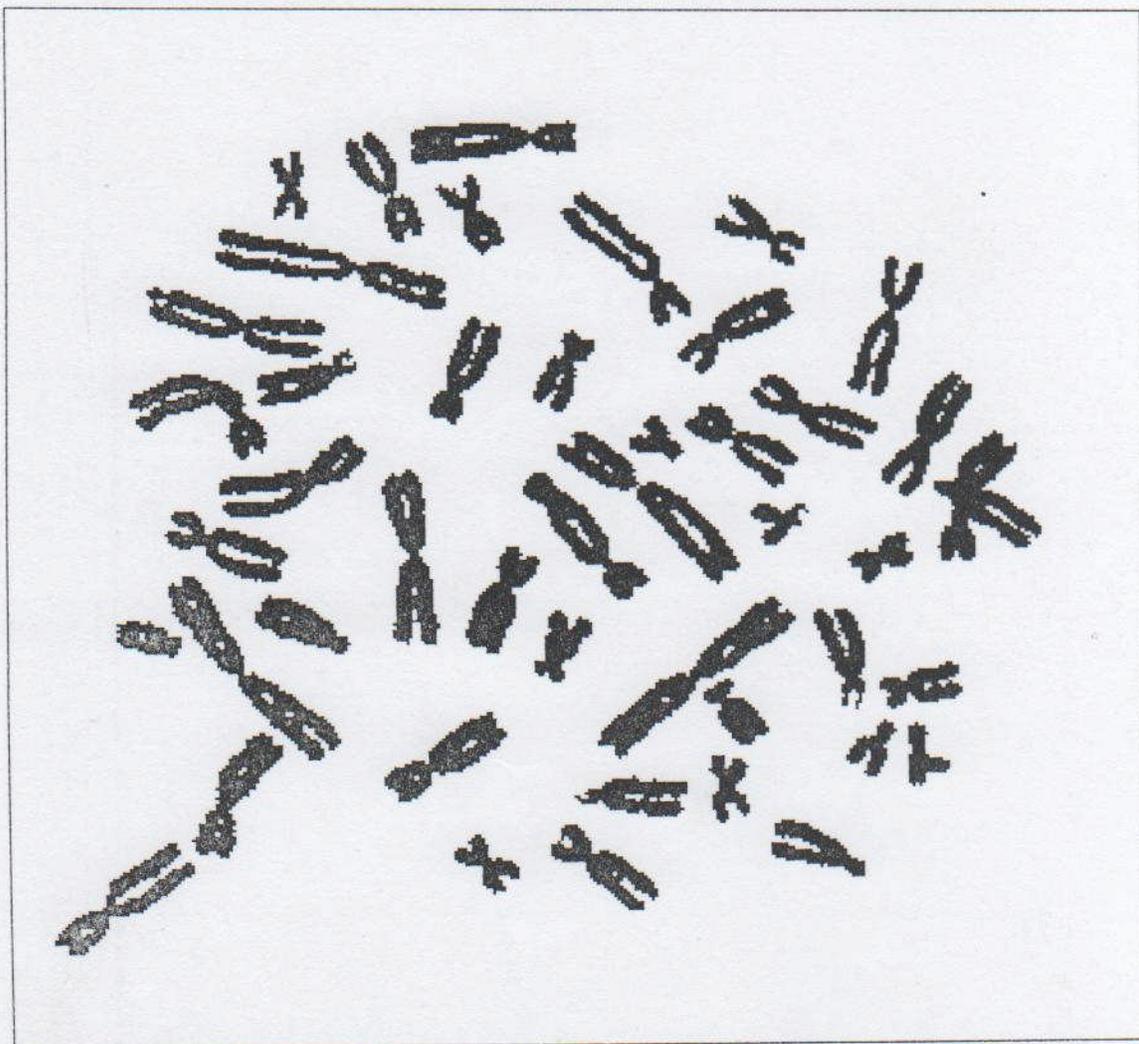
- Dreyfus G. (1972), Les intersexualités.
Puf. Paris.
- Empereire J. C. (1994), Gynécologie endocrinienne du praticien.
O.P.U. Alger.
- Encyclopédie médico-chirurgicale (1990), Psychiatrie.
Ed. Techniques. Paris.
- Ey H. -Bernard P. - Brisset C. (1978), Manuel de psychiatrie.
Masson 5^{ème} éd. Paris.
- Filloux J. C. (1973), La personnalité. "Que sais-je?".
Puf 12^{ème} éd. Paris.
- Garvitz M. (2001), Méthodes des sciences sociales.
Dalloz 11^{ème} éd. Paris.
- Goffman E. (1975), Stigmates.
Minuit. Paris.
- Heritier F. (1996), Masculin/Féminin, la pensée de la différence.
O. Jacob. Paris.
- Jodelet D. (1989), Folies et représentations sociales.
Puf. Paris.
- Jodelet D. -sous la direction de- (2001), Les représentations sociales.
Puf 7^{ème} éd. Paris.
- Kardiner A. (1969), L'individu et la société.
Gallimard. Paris.
- Kuttan F. et Coll. (17-19 Mars 1989), Anomalies de l'expression de la 5 alpha-réductase.
Communication au symposium international sur la différenciation sexuelle. Hopital Lapeyronie. Montpellier. France.
- Kreisler L. (1970), Les intersexuels avec ambiguïté génitale.
In. La psychiatrie de l'enfant.
- Lamy M. (1971), Génétique médicale.
Masson. Paris.

- Laplanche J.- Pontalis J. B. (1998), Vocabulaire de la psychanalyse.
Puf Collection quadrige. 2^{ème} éd. Paris.
- Le Bouedec G. (1984), Contribution a la méthodologie d'étude des représentations sociales.
C.P.C. Paris.
- Le Breton D. (1992), Sociologie du corps "Que sais-je?".
Puf. Paris.
- L'Ecuyer R. (1978), Le concept de soi.
Puf. Paris.
- Lorenzi-Coldi F. (1994), Les Androgynes.
Puf. Paris.
- Lowy et Rouche H. -coordonné par- (2003), La distinction entre sexe et genre. Une histoire entre biologie et culture.
L'harmattan. Paris.
- Maisonneuve J. (1965), La psychologie sociale.
Puf 7^{ème} éd. Paris.
- Mafosoli M. (1985), La connaissance ordinaire.
Librairie des méridiens. Paris.
- Mannoni P. (2003), Les représentations sociales. "Que sais-je?"
Puf 3^{ème} éd. Paris.
- Marcelli D. - Braconnier A. (1981), Psychopathologie de l'adolescence.
Masson. Paris.
- Moliner P. (1992), La représentation sociale comme grille de lecture.
Pup. Aix en Provence.
- Moscovici S. (1961), La psychanalyse. Son image, son public.
Puf. Paris.
- Moscovici S. et Buschini F.-sous la direction de- (2003), Les méthodes des sciences humaines.
Puf 1^{ère} éd. Paris.
- Netter A. : Quel sexe ? (2001), L'hermaphrodisme et les ambiguïtés sexuelles.
ESKA. Paris.

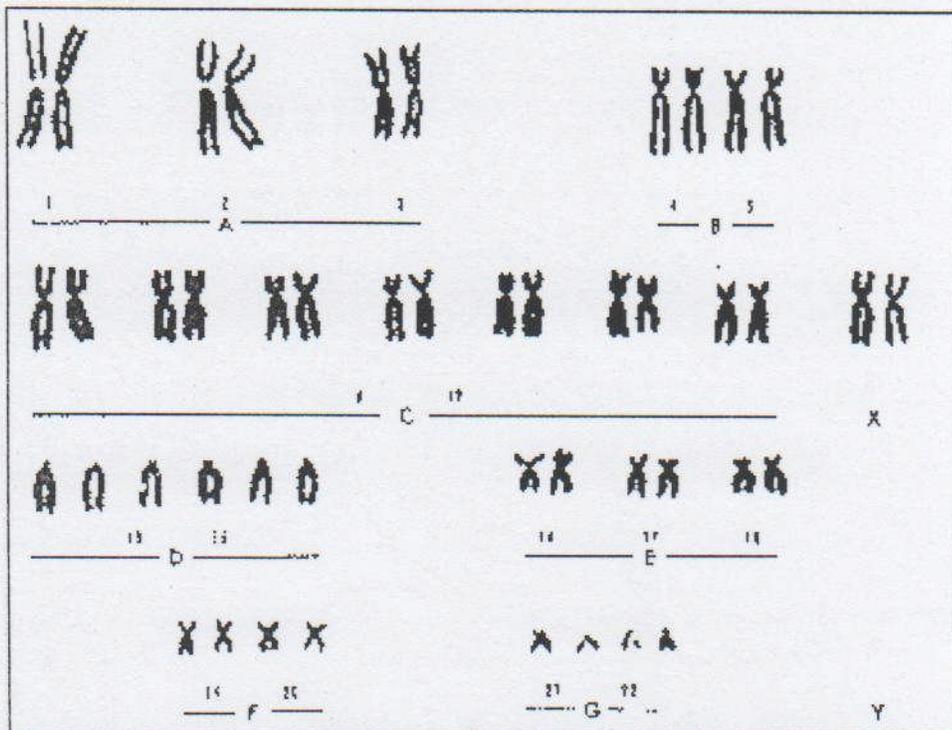
- Oppenheimer-Faure A. (1980), Le choix du sexe.
Puf. Paris.
- Pedienelli J. L. (1994), Introduction à la psychologie clinique.
Nathan-université. Paris.
- Perelman et Coll. (1985), Pédiatrie pratique Néonatalogie.
Maloine. Paris.
- Philippe B. -Coordonné par- (2004), Abécédaire des Sciences Humaines en Médecine.
Ellipses. Paris.
- Piaget J. (1976), La formation du symbole chez l'enfant.
Delachaux et Niestlé. Neuchâtel.
- Porot A. (1984), Manuel alphabétique de psychiatrie.
Puf 6^{ème} éd. Paris.
- Richelle M. - Droz R. (1976), Manuel de psychologie.
Madraga. Bruxelles.
- Rogers C. (1980), La relation d'aide en psychothérapie.
Esf. Paris.
- Rouquette M-L. et Rateau P. (1998), Introduction à l'étude des représentations sociales.
Pug. Grenoble.
- Sillamy N. (1980), Dictionnaire de psychologie A-K. L-Z.
Bordas. Paris.
- Thomas R. et Alaphilippe T. (1993), Les attitudes.
Puf 2^{ème} éd. corrigée. Paris.
- Toualbi R. (1984), Les attitudes et les représentations du mariage chez la jeune fille algérienne.
Enal. Alger.
- Szabo D.- Gagne D. et Parizeau A. (1972), L'adolescent dans la société.
Dessart éd. Paris.

REFERENCES DES ANNEXES :

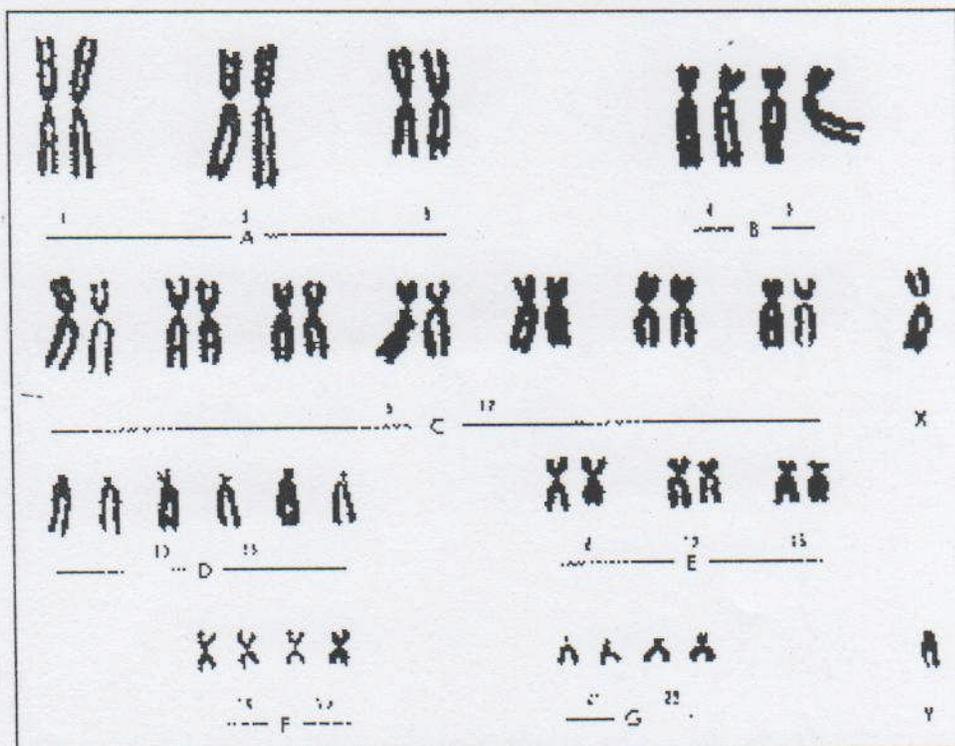
- I : Les 46 chromosomes de l'espèce humaine.
- II : Les cariotypes, féminin (XX) et masculin (YX)
- III : Représentation schématique de fécondation
- IV : Rôles respectifs de testostérone et de la dihydrotestostérone dans la différenciation sexuelle masculine.
- V : Différenciation et développement sexuels masculins.
- VI : Différenciation sexuelle masculine normale.
- VII : différenciation des voies génitales masculines.
- VIII : - Coupe transversale du corps Wolff et de la gonade indifférenciée.
- Migration des gonocytes primordiaux.
- IX : Formation du sinus uro-génital.
- X : Différenciation des organes génitaux externes.
- XI : Différenciation féminine (formation de l'utérus et du vagin) : de face (en haut) et en coupe sagittale (en bas).
- XII : Schéma récapitulatif de la différenciation sexuelle.
- XIII : Conduit schématique du diagnostic étiologique d'une ambiguïté génitale.
- XIV : Classification des ambiguïtés des organes génitaux externes. Selon PRADER.
- XV : Pseudo-hermaphrodisme masculin externe.
- XVI : Pseudo-hermaphrodisme féminin.



*Les 46 chromosomes de l'espèce humaine
(laboratoire du Dr J.de Grouchy)
in. Maurice Lamy : Génétique médicale
Masson. Paris. 1971*



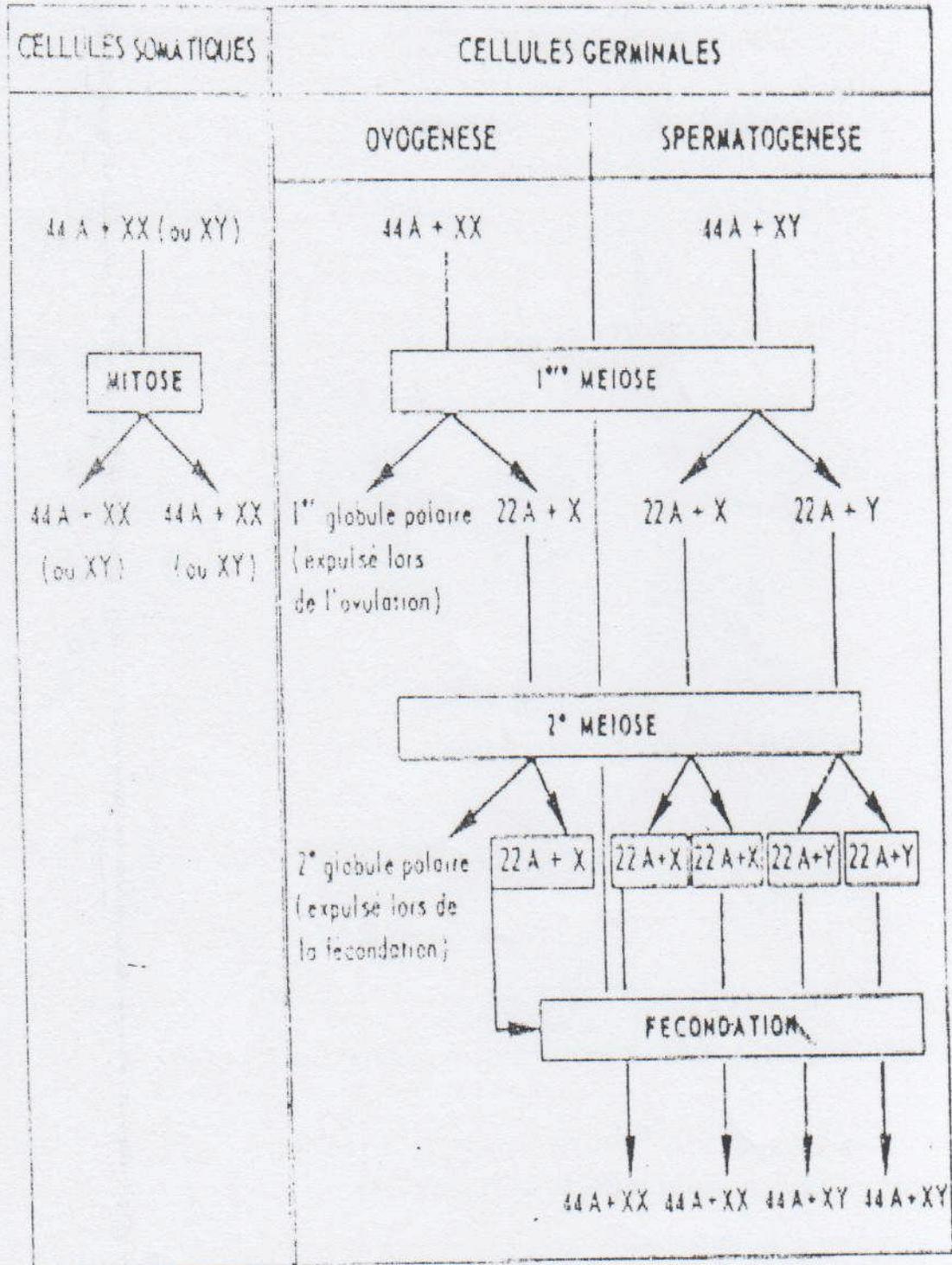
Le caryotype féminin : XX.



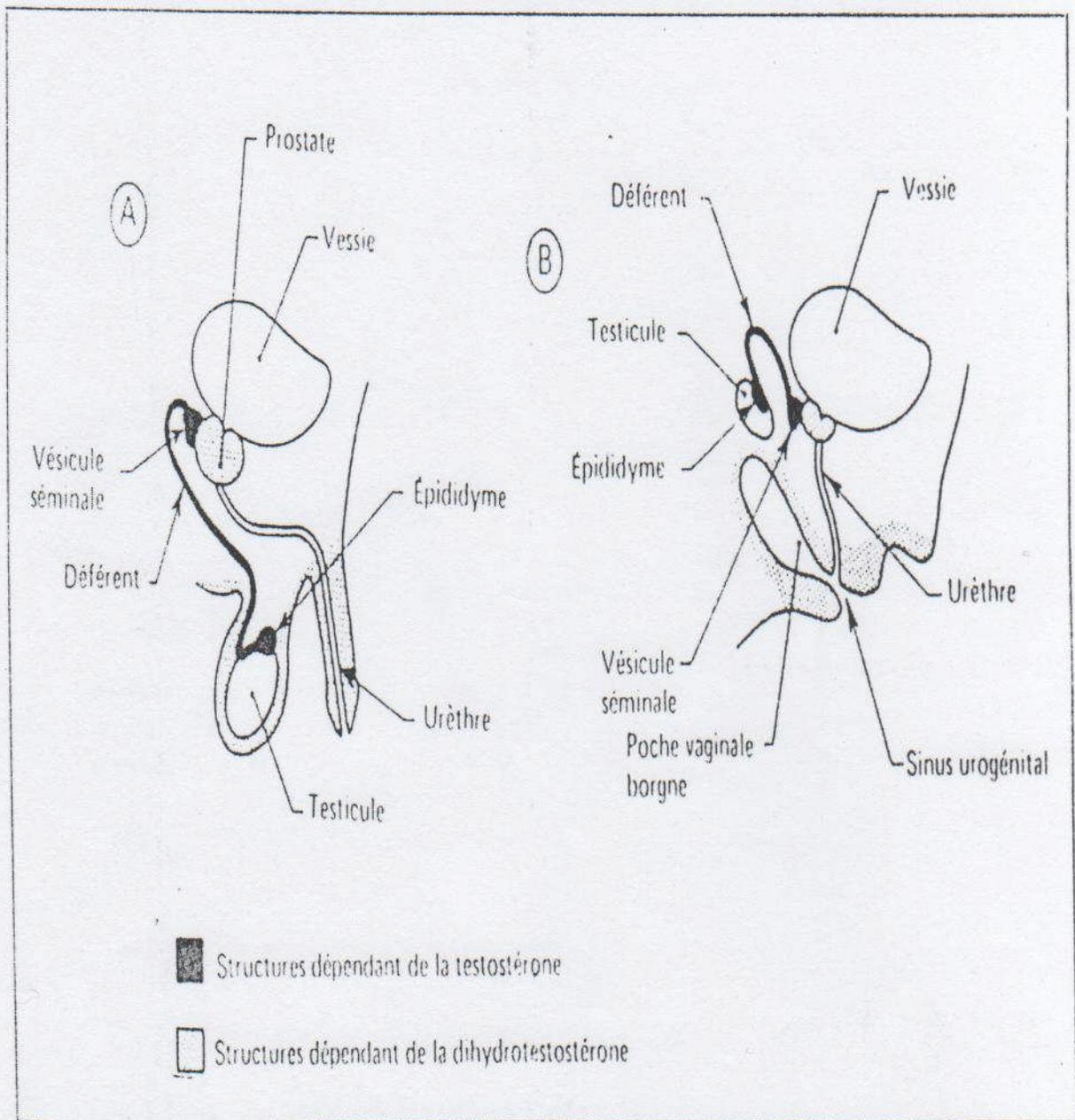
Le caryotype masculin : XY.

*(laboratoire du Dr J. de Grouchy)
in. Maurice Lamy : Génétique médicale
Masson. Paris. 1971.*

— REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA FECONDATION

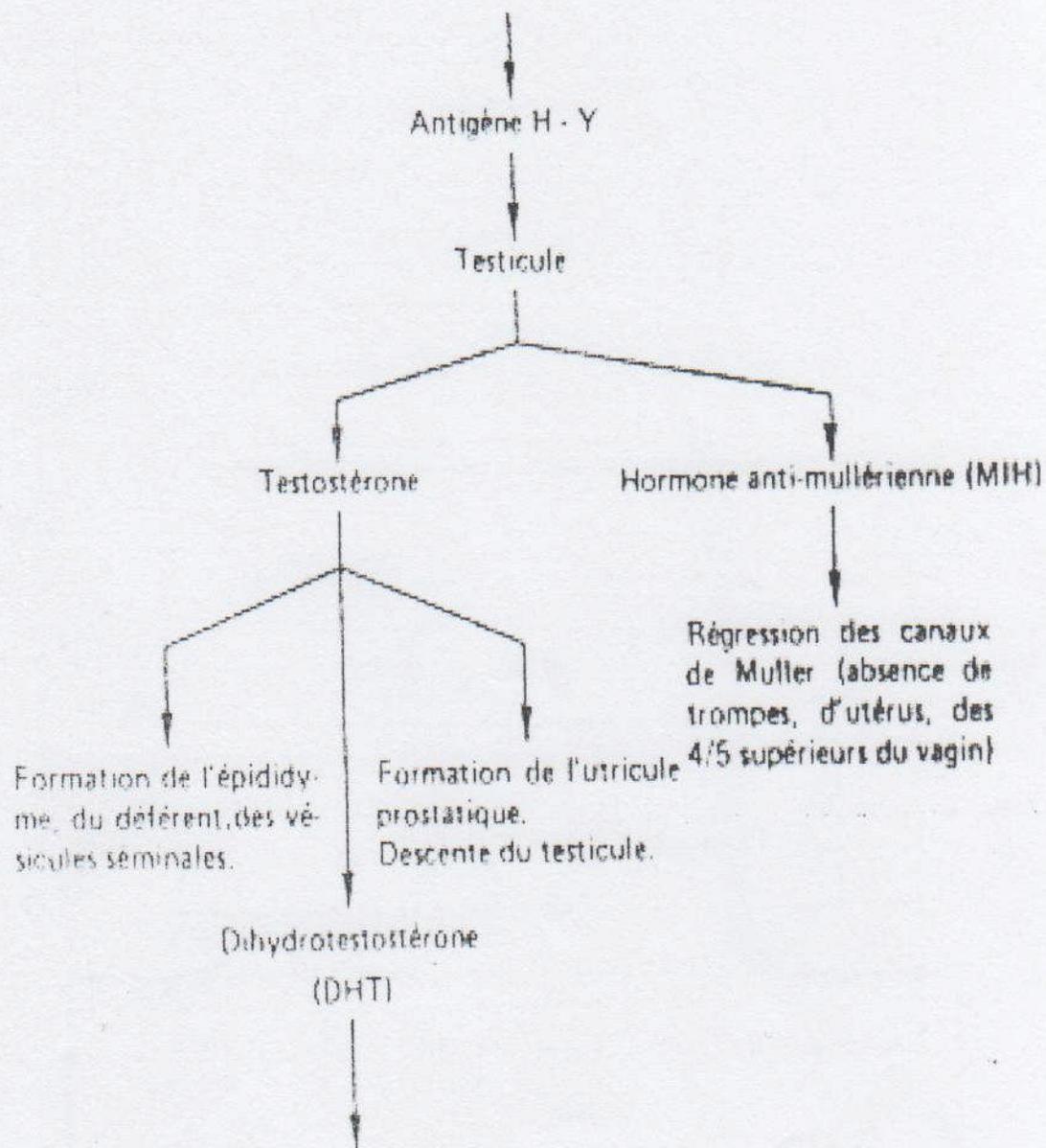


In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique – périnatalogie
Maloine. Paris. 1985.



— Rôles respectifs de la testostérone et de la dihydrotestostérone dans la différenciation sexuelle masculine.

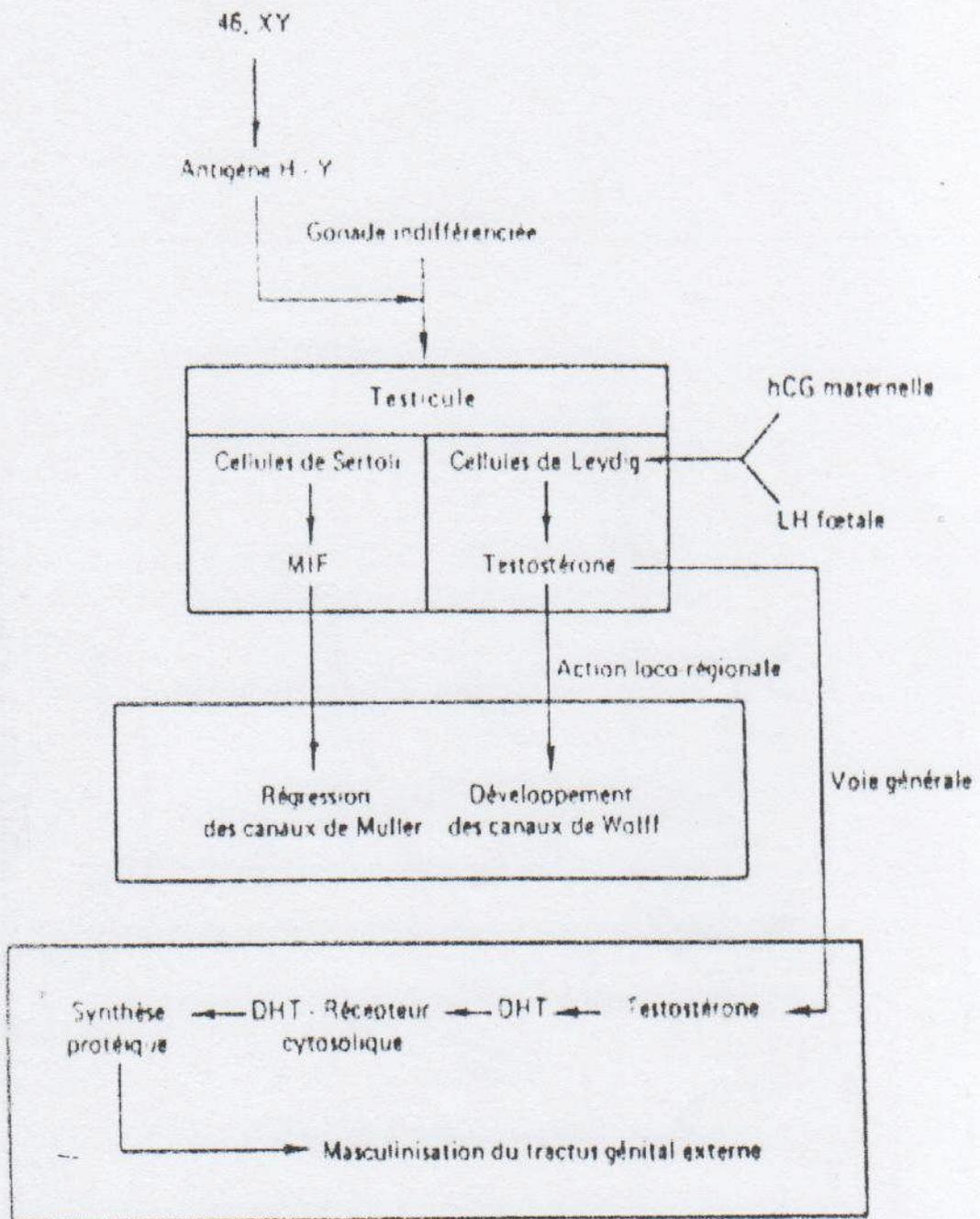
In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique – périnatalogie
 Maloine. Paris. 1985.



Fusion des bourrelets labio-scrotaux et développement du scrotum. Différenciation masculine du tubercule pénital (formation du pénis) et croissance du pénis.
Formation de la prostate.

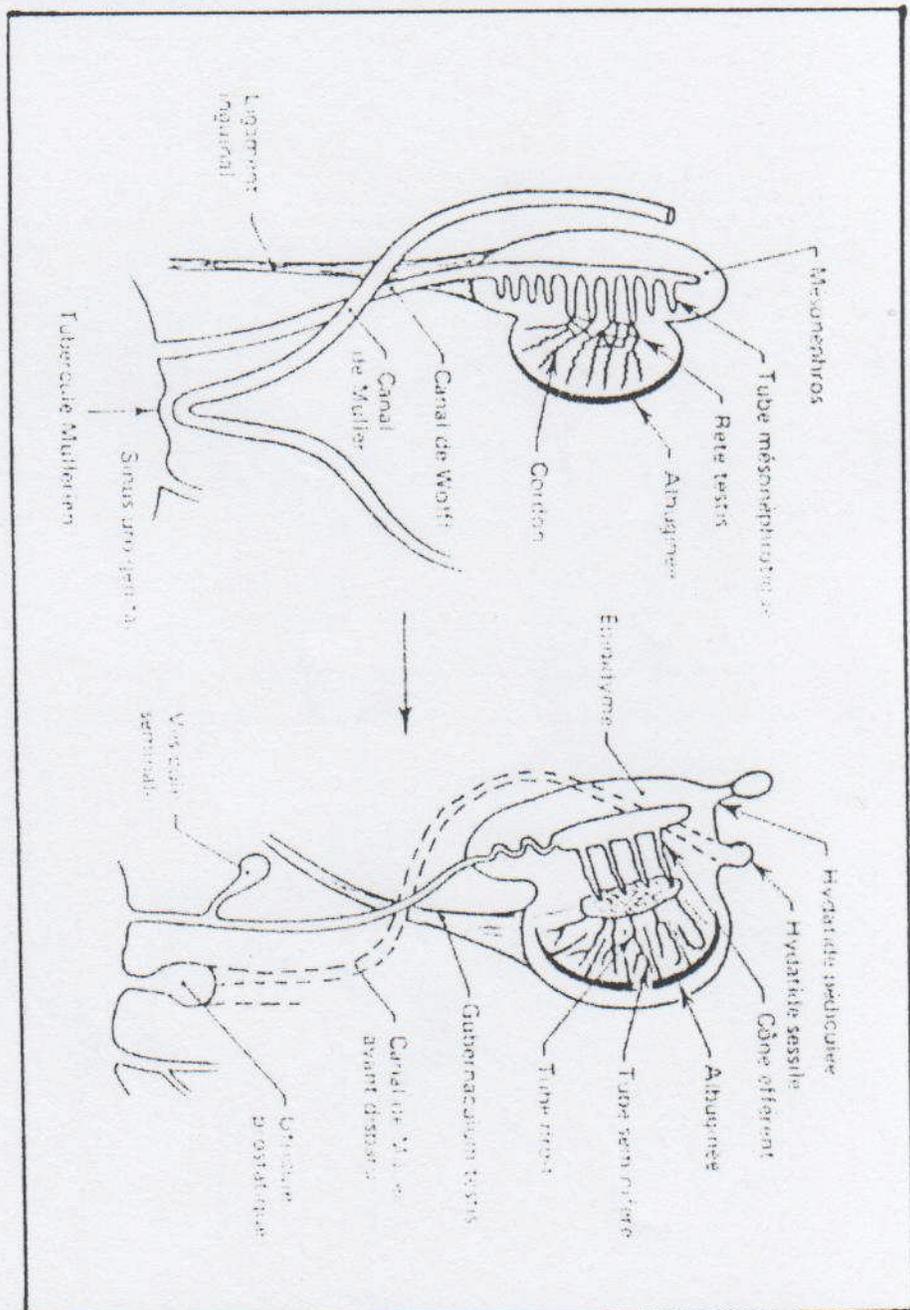
— *Différenciation et développement sexuels masculins.*

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique – périnatalogie
Maloine. Paris. 1985.



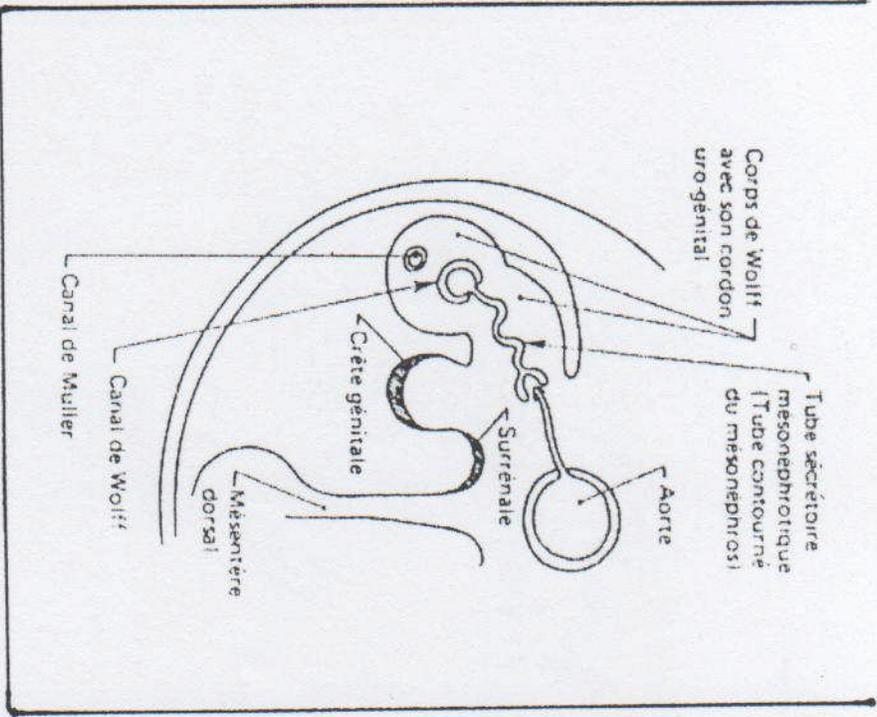
— *Différenciation sexuelle masculine normale.*

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique – périnatalogie
Maloine. Paris. 1985.

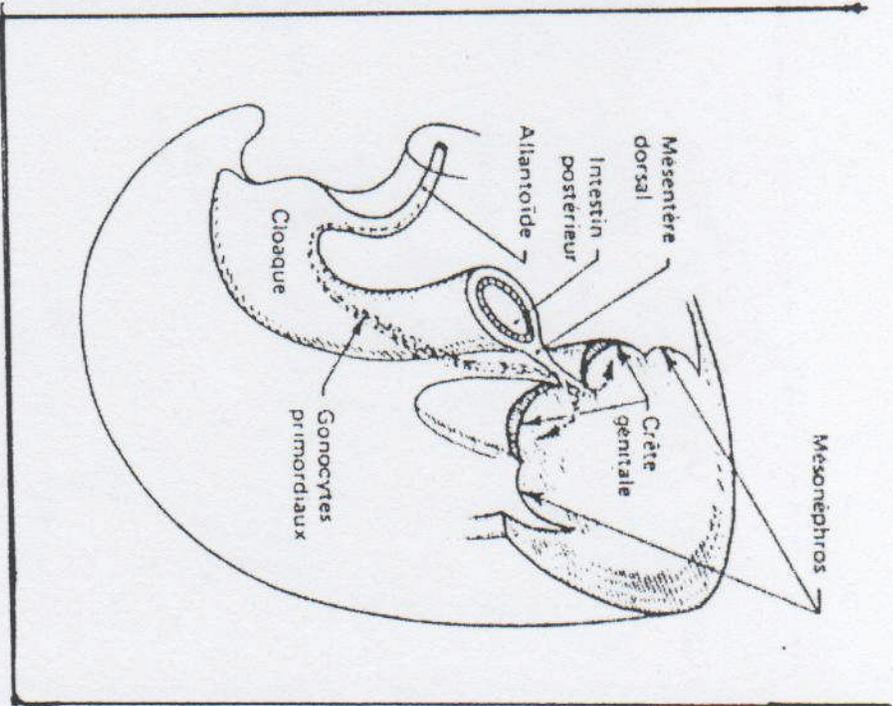


— *Différenciation des testicules masculines* —

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique — périnatalogie
 Maloine. Paris. 1985.

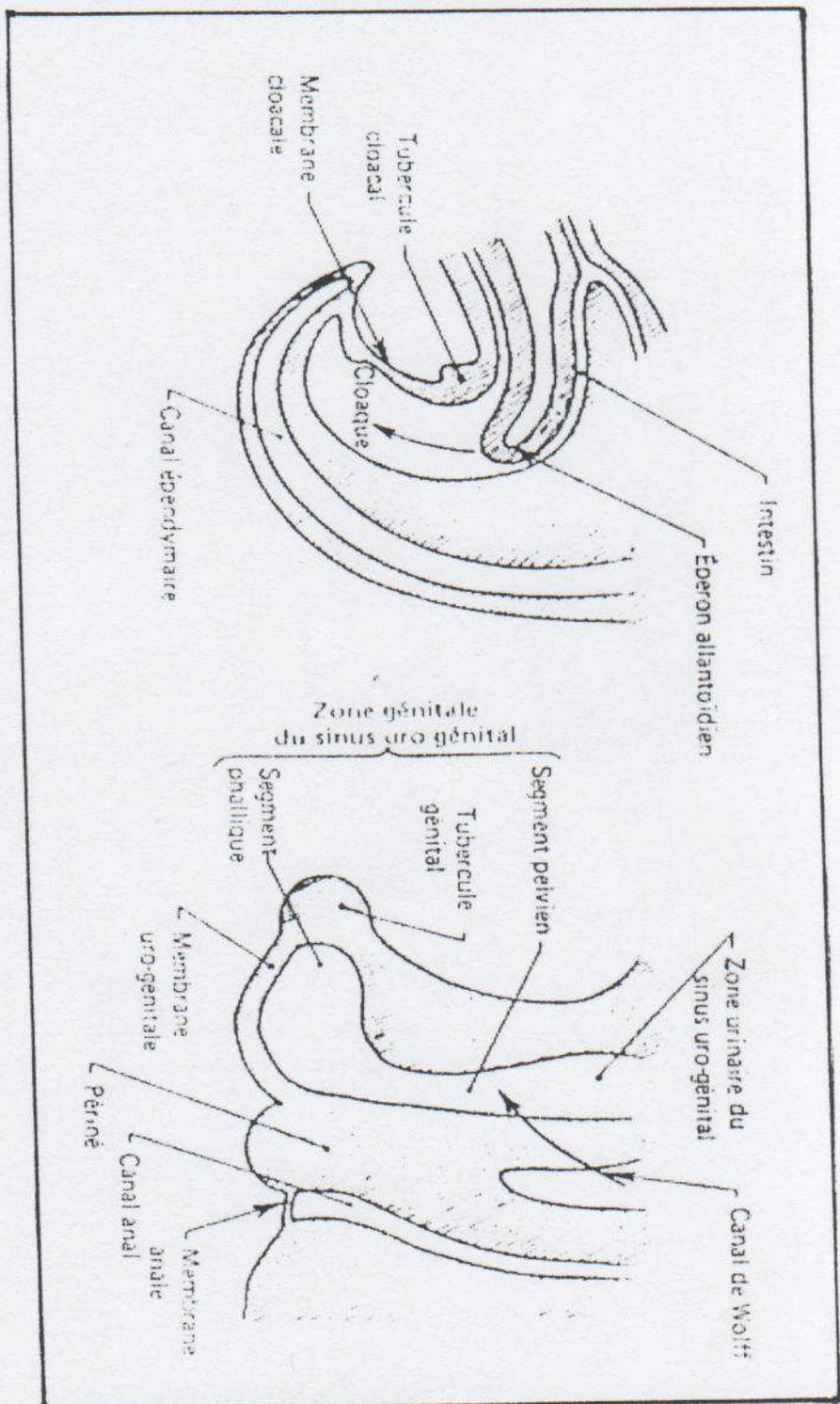


— Coupe transversale du Corps de Wolff et de la gonade indifférente.



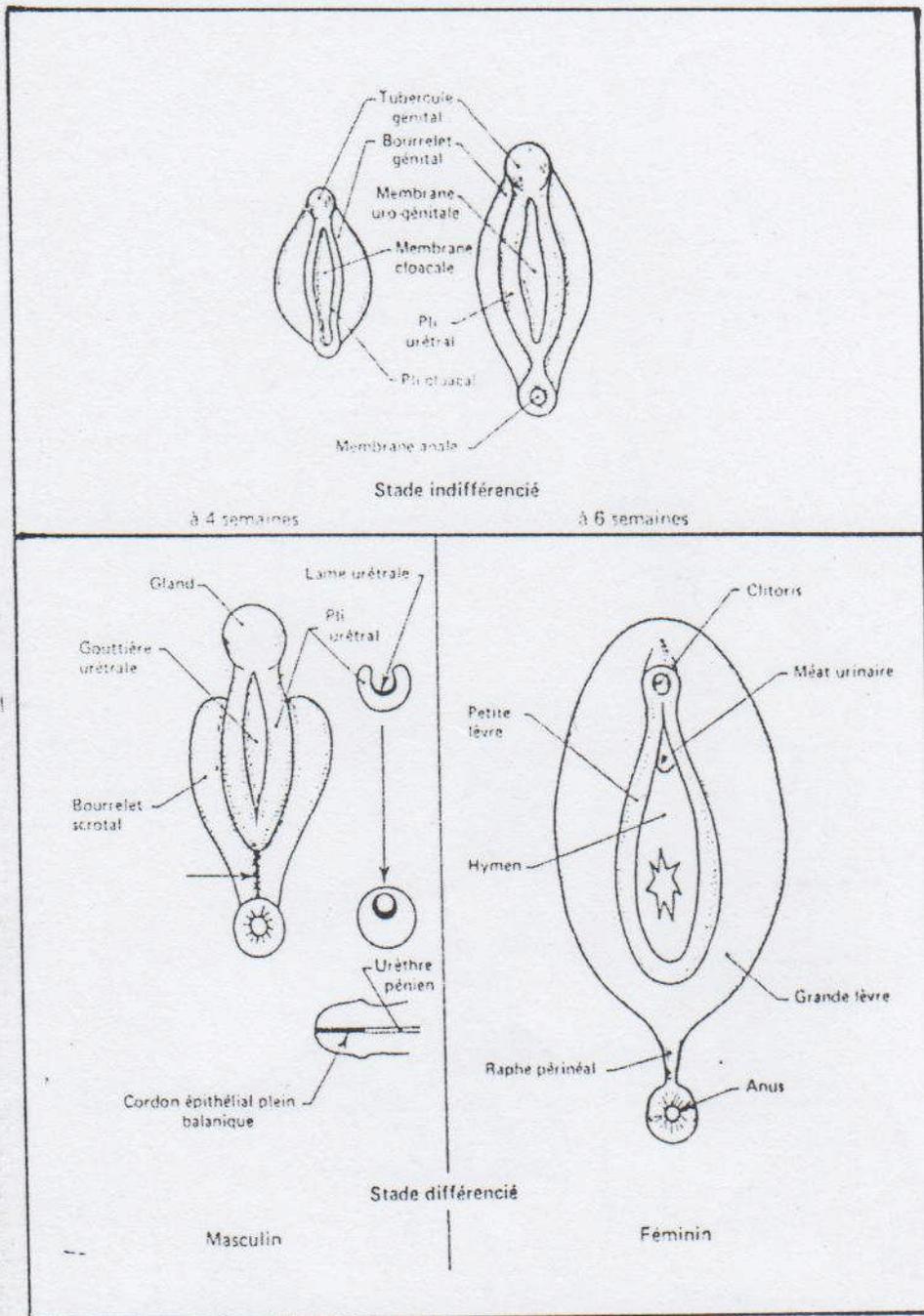
— Migration des gonocytes primordiaux.

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique — périnatalogie
 Maloine. Paris. 1985.



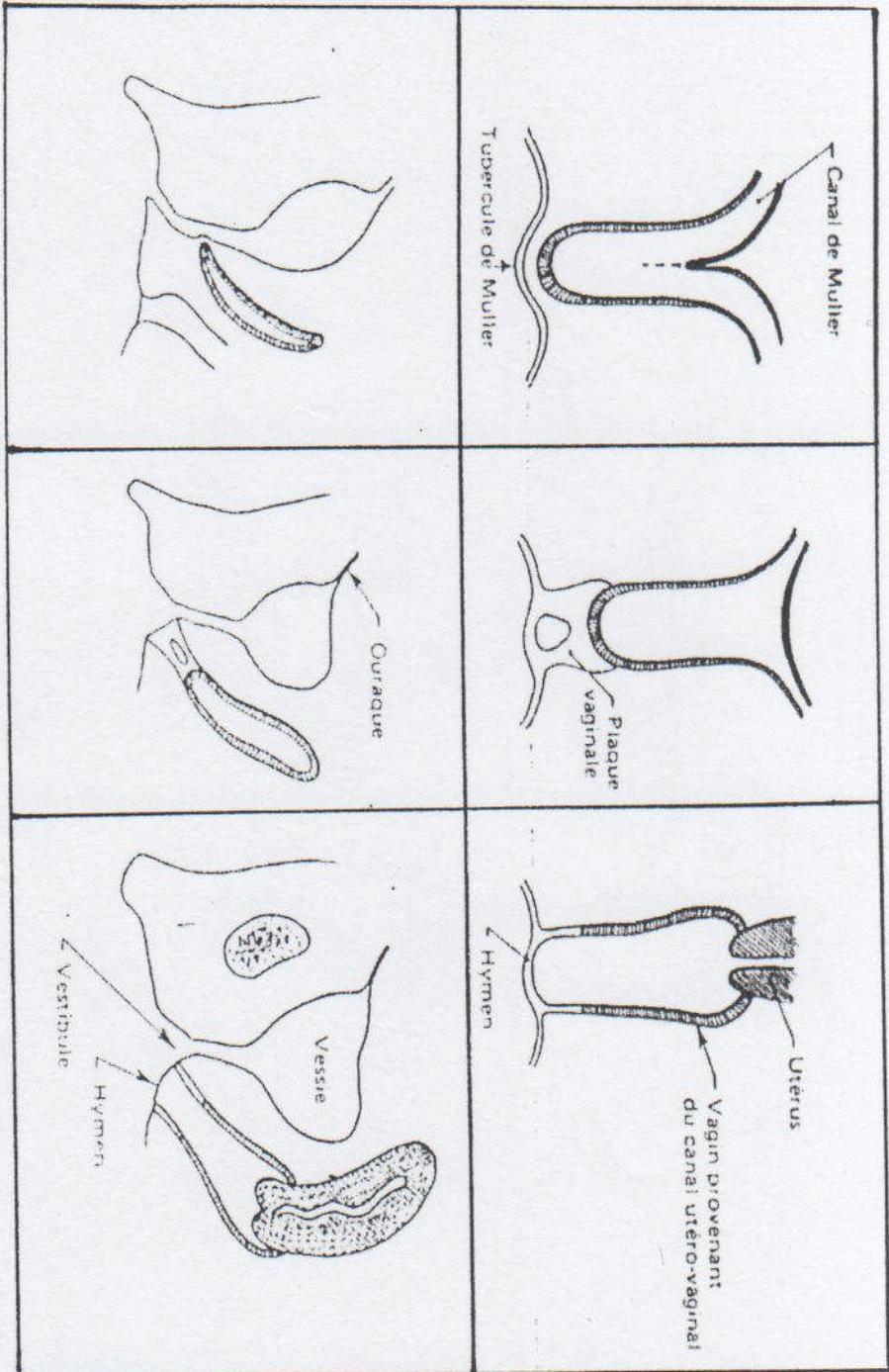
— Formation du sinus uro-génital.

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique — périnatalogie
 Maloine. Paris. 1985.



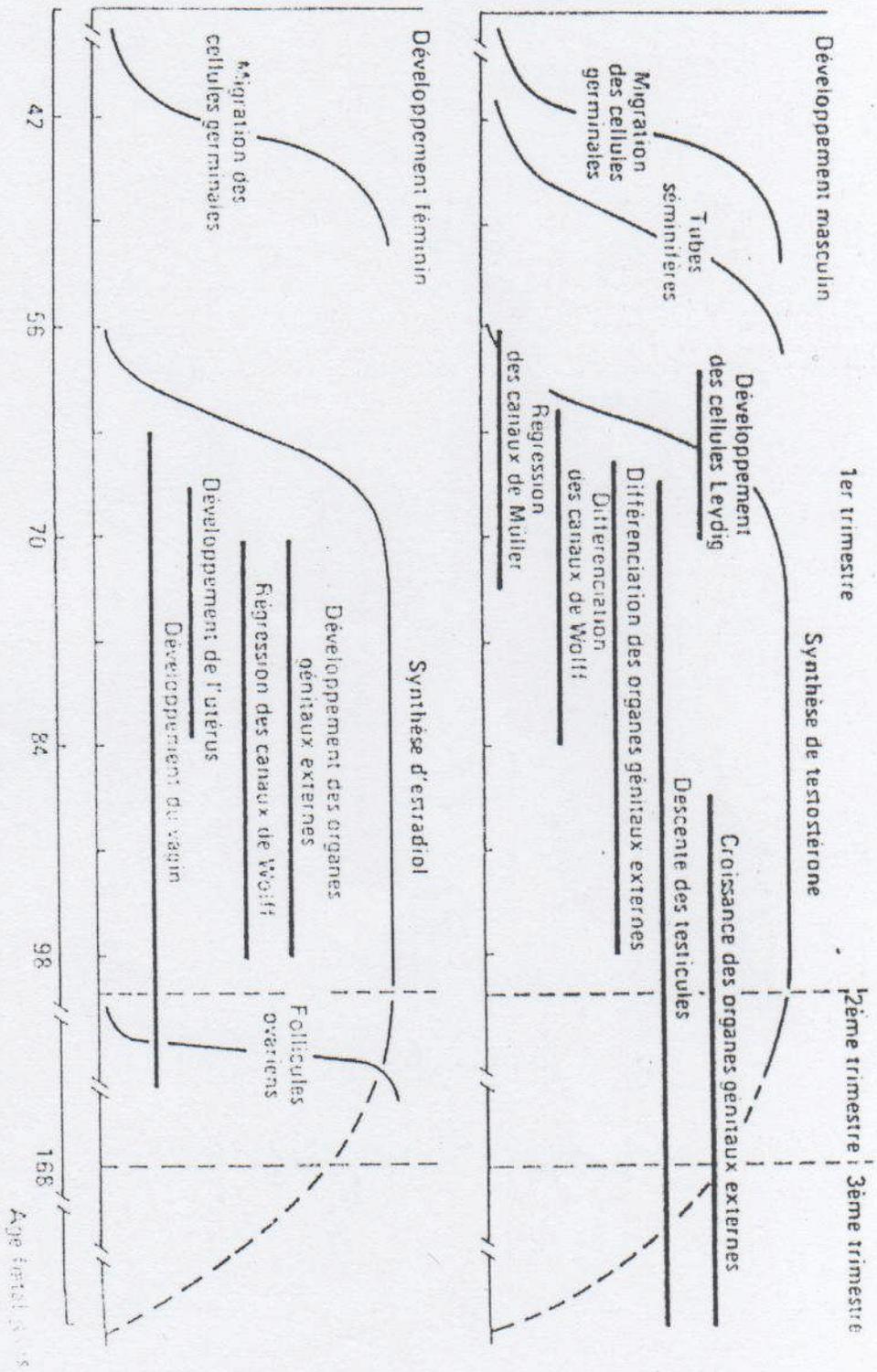
— Différenciation des organes génitaux externes.

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique – périnatalogie
 Maloine. Paris. 1985.



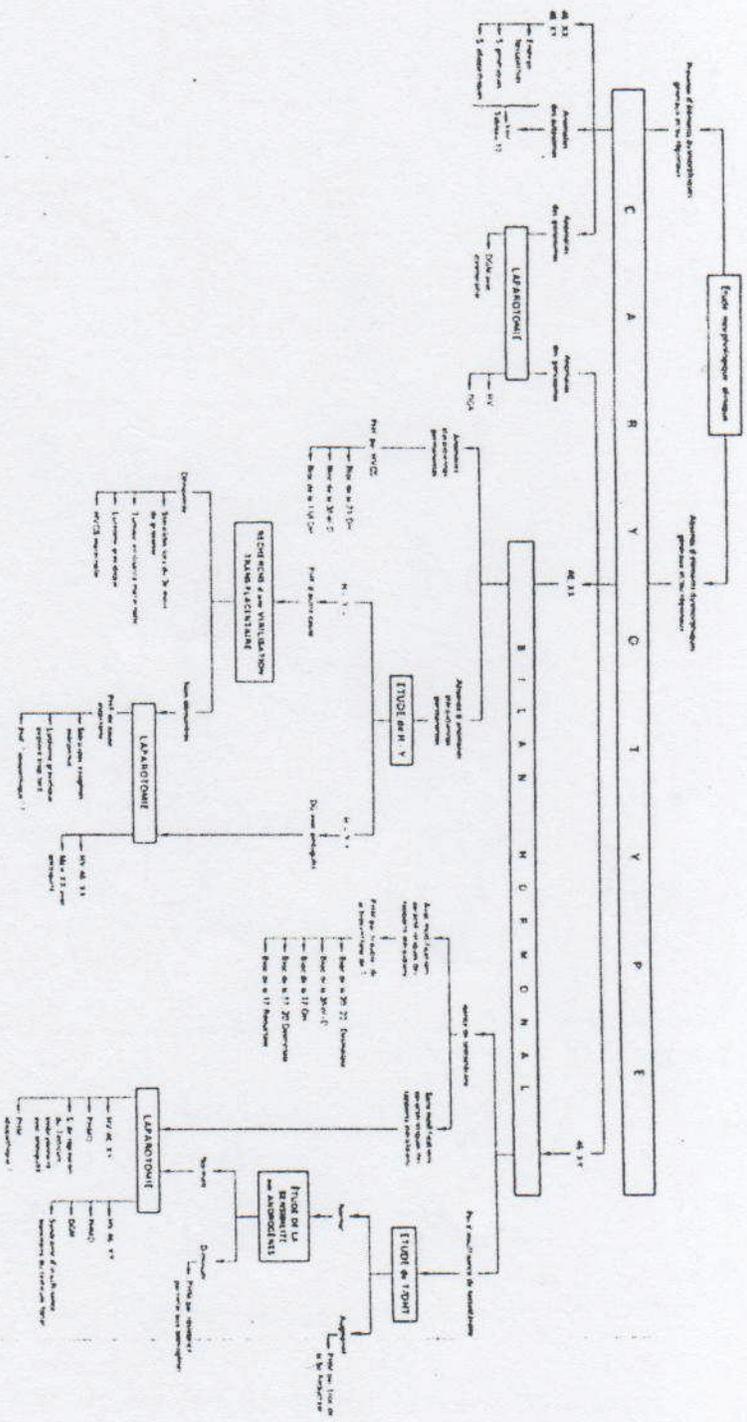
— *Développement femelle (formation de l'utérus et du vagin) de face (en haut) et en coupe sagittale (en bas)*

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique — périnatalogie
Maloine. Paris. 1985.



Schema récapitulatif de la chronologie de la différenciation sexuelle (d'après Wilson J.D. et coll.)

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique — périnatalogie
 Maloine. Paris. 1985.

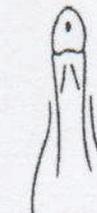


— Conduit schématique du diagnostic étiologique d'une amblyopie génitale

In. Perelman R. et coll. Pédiatrie pratique — périnatalogie
 Maloine. Paris. 1985.

— CLASSIFICATION DES AMBIGÜITÉS DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES SELON PRADER

(Établie initialement au sujet des pseudo-hermaphrodismes féminins, elle s'avère pratique pour toutes les formes étiologiques d'ambiguïté).

<p><i>TYPE I</i> Vulve normale avec hypertrophie clitoridienne.</p>		
<p><i>TYPE II</i> Large vestibule en entonnoir s'ouvrant à la base du clitoris (sinus urogénital dans le fond duquel s'ouvrent deux orifices séparés pour l'urètre et le vagin). Grandes lèvres séparées ou partiellement soudées.</p>		
<p><i>TYPE III</i> Clitoris très volumineux. A sa base s'ouvre l'orifice unique d'un sinus urogénital étroit dans lequel se jettent urètre et vagin. Grandes lèvres partiellement soudées.</p>		
<p><i>TYPES IV et IV bis</i> Aspect de garçon avec verge plus ou moins hypoplasique et souvent coudée. Hypoplasie périnéale, orifice unique d'allure urétrale s'ouvrant à la face inférieure de l'organe érectile (hypospadias). Cet orifice est en fait celui d'un sinus urogénital dans lequel s'abouche à quelques cm du méat un vagin hypoplasique. Dans le type IV bis ce vagin hypoplasique ne communique pas avec le sinus et ne peut être démontré par les opacifications radiologiques. Grandes lèvres soudées.</p>		
<p><i>TYPES V et V bis</i> Aspect de garçon cryptorchide. Le vagin s'abouche très haut dans l'urètre. Dans le type V bis, ce vagin ne communique pas avec l'urètre et ne peut être démontré par les opacifications radiologiques.</p>		

— Pseudo-hermaphroditisme masculin externe

	<i>Pénis</i>	<i>Bourses</i>	<i>Orifice uro-génital</i>	<i>Prostate</i>
<i>Type I :</i> périnée à orientation masculine (1).	Verge courte ou mince et incurvée, avec gland normal mais prépuce incomplet.	Bourses soudées mais peu saillantes et vides, ou imparfaitement soudées.	Orifice unique (urétral) et hypospadias intermédiaire ou postérieur. Voies génitales ouvertes dans l'urètre.	Hypotrophique.
<i>Type II :</i> périnée annulaire (1).	Organe pénoclitoridien avec hémi-prépuce dorsal et parfois gouttière ventrale.	Bourrelets labio-scrotaux partiellement fusionnés et circonscrivant la terminaison des voies urogénitales.	— <i>exceptionnellement</i> : unique ; — <i>en général</i> : fente allongée ou simple dépression ménagéeant deux orifices : celui d'un urètre court et celui plus large d'un cul-de-sac génital (vagin rudimentaire) ; — <i>parfois</i> : poche vaginale ouverte directement au périnée entre l'anus et le méat urinaire (en hypospadias postérieur).	Atrophique.
<i>Type III :</i> périnée à orientation féminine (2).	Clitoris péniforme (Mégaclitorts).	Déhiscentes (Grandes lèvres)	Vestibule vulvaire en entonnoir dans lequel débouchent séparément le canal urétral et une cavité vaginale peu importante mais bien individualisée.	Absente.

(1) Lorsque la masculinisation, plus poussée, ne laisse aucun doute sur le sexe, on ne saurait parler de PSHM externe, même s'il existe un hypospadias balanique ou une cryptorchidie.

(2) Des organes génitaux externes parfaitement féminins, sans aucune hypertrophie clitoridienne, sont le propre du Testicule féminisant.

In Dreyfus G. les intersexualités « que sais-je ? »
PUF. Paris. 1972.

— Pseudo-hermaphroditisme féminin

	Clitoris	Orifice vulvaire	Petites lèvres	Grandes lèvres
<p>Type I : périnée féminin</p>	<p>Hypertrophie (mégacclitoris)</p>	<p>Normal</p>	<p>Normales</p>	<p>Normales</p>
<p>Type II : périnée à orientation féminine</p>	<p>Mégacclitoris.</p>	<p>Vestibule en entonnoir dans le fond duquel s'ouvrent séparément un orifice vaginal (avec hymen) et un urètre.</p>	<p>Encore bien développées ou déjà lisses et atrophiées.</p>	<p>Épaisses, rugueuses et bien pigmentées, mais bien séparées.</p>
<p>Type III : périnée ambigu (1)</p>	<p>Clitoris péniforme (CP) creusé d'un sillon ventral.</p>	<p>Sinus uro-génital (dans lequel débouchent un urètre et un vagin plus ou moins réduit) ouvert au périnée par un large orifice situé à la base du CP.</p>	<p>Réduites à deux plis bordant le sillon ventral du CP.</p>	<p>Partiellement fusionnées (à leur extrémité postéro-inférieure).</p>
<p>Type IV : périnée à orientation masculine</p>	<p>Pseudo-pénis maintenu en angulation ventrale par des brides fibreuses. Creusé d'une gouttière allant jusqu'au gland. Doté d'une hémicouronne préputiale dorsale.</p>	<p>Mét urétral ouvert à la base du pseudo-pénis (hypospadias postérieur). Canal vaginal débouchant dans l'urètre à 2-3-cm du périnée.</p>	<p>Deux plis soudés formant la gouttière urétrale du pseudo-pénis.</p>	<p>Coalescentes, masquant le pseudo-pénis.</p>
<p>Type V : périnée masculin</p>	<p>Pseudo-pénis avec prépuce circonscrivant complètement le gland, canalisation urétrale parfaite (ou hypospadias antérieur).</p>	<p>Conduit génital débouchant très haut dans l'urètre.</p>		<p>Poche scrotale vide (bourses de garçon cryptorchide).</p>

(1) La prostate, ébauchée dans le type III, atteint son développement complet dans le type V.