



World Conference on "Integrated and Life-long Education of Modernity"

Intersexuation Et Transidentité Chez L'enfant: Perspectives Développementales

Manga Anne Marie Blanche, Ph.D

Ph.D en Psychologie du développement, Assistante au Département de Psychologie,
Université de Yaoundé I

Received 4th Oct 2022, Accepted 28th Oct 2022, Online 1st Nov 2022

Abstract. L'intersexuation et la transidentité sont des formes de présentations du corps sexué prises en charge en psychiatrie et en psychologie clinique du fait que leur vécu est souvent médicalisé et source d'une grande détresse. Mais à quelles réalités biologiques et psychologiques correspondent ces catégorisations sociales ? Naît-on intersexué, transsexuel, transgenre, ou le devient-on ? C'est à ces questions que le présent article vise à répondre en s'inscrivant dans une perspective développementale. L'objectif est de discuter le concept de sexe en tant que réalité biologique et construction psychique afin de définir les identités intersexuées et transgenres et expliquer leur construction chez l'enfant. Pour ce faire, la méthode a consisté en une recension d'écrits en médecine et sciences sociales. En guise de résultat, une structure psychobiologique a été mise en évidence : la « bisexualité gonadique » au niveau biologique, reconnue comme androgynie au niveau psychologique et qui permet de comprendre l'émergence des identités non-binaires. Au plan socioaffectif et cognitif, la théorie du système des formes identitaires subjectives FIS (Guichard, 2013), permet de supposer qu'une dialectique identification/personnalisation sous-tend le processus de socialisation de genre dans une perspective de co-construction où le sujet en situation construit son identité individuelle et sociale en interaction avec le contexte dans lequel il évolue et qu'il contribue à faire évoluer.

Key words: Développement psychosexuel, intersexué, transgenre, bisexualité gonadique, noyau de l'identité de genre.

Introduction:

Les termes intersexuation et transidentité recouvrent deux réalités : celle du sexe biologique et de ses répercussions à la fois psychologiques et sociales. Alors que la médecine, à travers l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2018 et la CIM-11 (Classification internationale des Maladies, 11^{ème} version) en 2019 ont retiré le transsexualisme de la liste des maladies mentales pour le reclasser dans la section dédiée à la « santé » mentale, l'Association Américaine de Psychologie (APA), à travers le Manuel Diagnostique des troubles mentaux (DSM-5), continue de parler de dysphorie de genre pour décrire cliniquement la détresse des personnes dont le vécu du genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance, les positionnant de ce fait dans la section des « troubles mentaux ». Et cette nomenclature inclut aussi bien les personnes intersexuées que les transgenres.

Cette dichotomie dans l'appréhension d'une même réalité (santé mentale dans un cas, trouble mental dans l'autre) positionne le problème de cette recherche dans la construction des identités liées au sexe en questionnant sur le sens à accorder au vécu du corps sexué tel qu'expérimenté par les sujets et sa valeur identitaire. D'où la question de savoir : comment évolue-t-on d'une problématique du corps vers une identité sexuée ? L'objectif du présent travail est donc d'examiner les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui contribuent à l'émergence des corps sexués de façon atypique et à leur redéfinition (en intersexué ou transgenre), et de mettre en évidence les processus identitaires qui sous-tendent cette construction psychobiologique.

Facteurs Biologiques Et Trajectoires Développementales

Notion de sexe biologique

Différents travaux (Strickland, 2001 ; Bloch *et al.*, 2007 ; Drapeau, 2012) montrent que sur le plan biologique, le sexe est constitué de plusieurs sous-catégories : le sexe anatomique, gonadique, hormonal et génétique. Le sexe anatomique concerne les organes reproducteurs externes et les caractères sexuels secondaires tels que la taille, le poids, les masses corporelle et musculaire qui différencient les hommes et les femmes. Le sexe gonadique concerne les organes reproducteurs internes mâle et femelle avec notamment, les testicules chez les hommes et les ovaires chez les femmes.

Le sexe hormonal quant à lui concerne le fonctionnement hormonal des organes reproducteurs mâle et femelle. A cet effet, même si dans la réalité, hommes et femmes possèdent les mêmes hormones sexuelles, elles circulent dans des taux différents et avec des fonctionnements différents. La testostérone est plus élevée chez les hommes et fonctionne de manière statique, tandis qu'un cycle œstrogène/progestérone est opérationnel chez les femmes. De ce fait, les femmes sont fertiles jusqu'à l'âge de la ménopause laquelle apparaît autour de la cinquantaine, tandis que les hommes demeurent fertiles toute leur vie. Et enfin, le sexe génétique consiste à la constitution des chromosomes et gènes sexuels : le génotype XX caractérise la femme et XY, l'homme.

A cet effet, les termes utilisés pour désigner l'homme et la femme du point de vue biologique sont « mâle » et « femelle » par opposition à « masculin » et « féminin » qui impliquent des critères sociaux (Chiland, 2000 ; Touraille, 2016).

Différenciation biologique des sexes

Le sexe biologique n'est pas une réalité définie dès la conception. Il est le résultat d'un processus de différenciation anatomique et physiologique qui apparaît vers la 6^{ème} semaine de gestation, au stade embryonnaire (Delay & Boujard, 2001 ; Cloutier, 2005). Trois grandes étapes caractérisent la formation prénatale d'un individu :

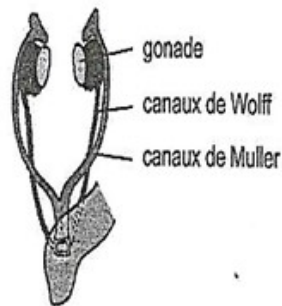
- La phase germinative qui va de la fécondation à l'implantation utérine, et dure jusqu'à dix ou quinze jours ;
- la phase embryonnaire qui va de l'implantation de l'œuf dans l'utérus jusqu'à dix ou douze semaines (environ trois mois) ;
- la phase fœtale qui va de la phase embryonnaire jusqu'à la naissance (Cloutier, 2005).
- Et au cours de ces différentes phases, le blastocyste humain va évoluer vers l'édification d'un être sexué de façon typique ou atypique.

Stade indifférencié ou de la bisexualité gonadique

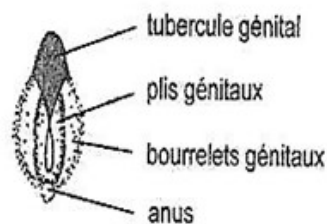
Le stade indifférencié concerne la période comprise entre la fécondation et les six premières semaines de vie embryonnaire. Il se caractérise par la présence des systèmes gonadiques mâle et femelle au sein du même individu. Ce sont : la structure de Wolff, précurseur des conduits reproducteurs internes mâles, et la structure de Müller, précurseur du système reproducteur interne de la femme. A leur sommet se trouve une structure génitale externe, le « *tubercule génital* » dont la forme est identique chez les embryons des deux sexes, et qui se différenciera ultérieurement en un clitoris ou un pénis selon les circonstances, ainsi qu'il apparaît ci-après :

Figure 1 : Stade indifférencié des organes génitaux chez l'embryon humain

a. Organes génitaux internes



b. Organes génitaux externes



Source: Delay et Boujard (2001, p. 146)

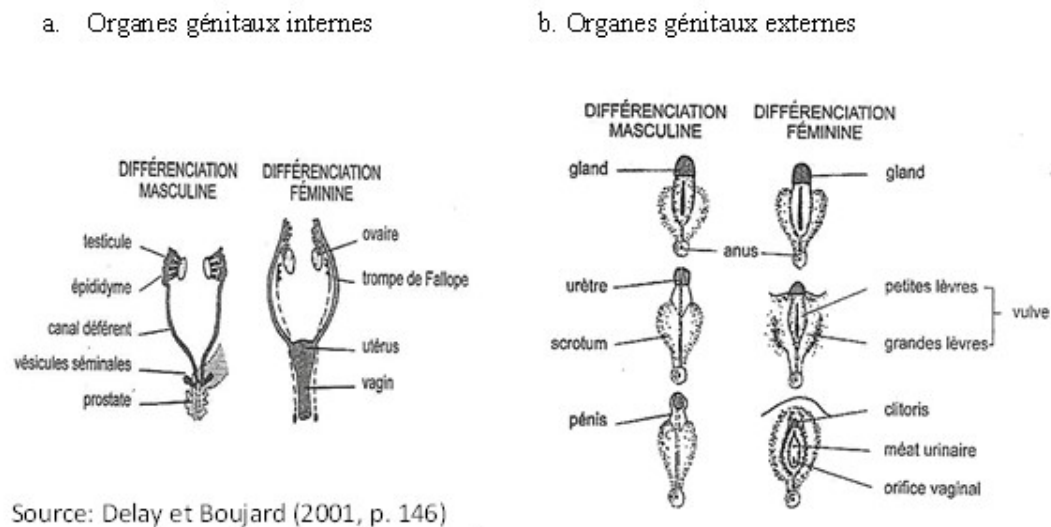
Ainsi, le garçon et la fille commencent leur développement anatomo-physiologique par un stade de « bisexualité » gonadique (Cloutier, 2005) lequel octroie à l'organisme humain sa flexibilité et la compétence à développer un corps sexué atypique.

Différenciation des sexes aux stades embryonnaire et fœtale

Après la 6^{ème} semaine de vie embryonnaire, la « bisexualité » gonadique cède progressivement la place à la mise en place de gonades mâles ou femelles : les testicules ou les ovaires selon que le code génétique présent dans l'embryon est XX ou XY. Chez la fille (XX), l'absence de testostérone entraîne la destruction de la structure de Wolff et la différenciation de la structure de Müller en trompes, utérus et vagin. Chez le garçon (XY), les testicules commencent à sécréter la testostérone qui stimule le développement de la structure de Wolff, et secrètent une hormone « déféminisante » dont le rôle est d'inhiber le développement de la structure de Müller. Ceci permet le développement de l'épididyme, du canal déférent, des vésicules séminales et de la prostate, les organes sexuels internes mâles.

Au niveau des organes génitaux externes, la différenciation qui s'ensuit va présenter une certaine homologie entre la fille et le garçon: le tubercule génital va évoluer vers un pénis ou un clitoris ; les tissus qui deviendront les petites lèvres (lèvres vaginales internes) chez les filles entourent le pénis et fusionnent en dessous pour constituer l'urètre (pour l'urine et éjaculation) chez les garçons ; les renflements qui deviendront les grandes lèvres (lèvres vaginales externes) chez les filles fusionnent en leur centre pour devenir le scrotum chez les garçons. Ceci peut être visualisé ci-après :

Figure 2 : Différenciation des organes génitaux chez le fœtus humain



A la phase fœtale, la sécrétion de la testostérone amorcée aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de gestation supprime définitivement le caractère rythmique de la sécrétion hormonale chez le garçon. Et cette masculinisation prénatale sera renforcée à la puberté par une autre poussée de testostérone qui favorisera l'expression des caractères sexuels secondaires masculins. Si la testostérone n'est pas sécrétée dans la phase embryonnaire, c'est le cycle féminin de sécrétion hormonale que la *glande pituitaire* établira, et un mode de développement féminin va se mettre en place indifféremment du sexe génétique (Delay & Boujard, 2001 ; Cloutier, 2005).

Même si chez la plupart des individus, le sexe est une réalité homogène et stable, chez d'autres personnes, les sexes anatomique, gonadique, hormonal et génétique n'évoluent pas de façon synchrone. Dès lors, les termes « mâle » et « femelle » deviennent très réducteurs et inaptes à traduire la réalité des corps sexués de façon atypique.

Développement atypique des sexes

Le développement atypique des sexes se traduit par la survenue d'anomalies congénitales lors de la différenciation des sexes. A cet effet, le terme « troubles du développement sexuel » ou *Disorders of sex development (DSD, en anglais)* a souvent été utilisé en médecine pour rendre compte de ces anomalies congénitales qui affectent le développement des filles et garçons (Vincent, 2009 ; Ostrer, 2014 ; APA, 2015), faisant d'eux des êtres dont le sexe biologique et l'identité sociale restent à définir. Mais jugé pathologisant, ce terme a été redéfini par « *Differences of sex development (APA & National Association of School Psychologists, 2015)*. Les anomalies sont de nature chromosomique ou génétique.

Anomalies chromosomiques

Les anomalies des chromosomes sexuels désignent le syndrome de Turner, le syndrome de Klinefelter et le syndrome XYY principalement (Cloutier et Gosselin, 2005). *Le syndrome de Turner* est une affection spécifique aux filles dans laquelle l'absence du 2^{ème} chromosome X à la 23^{ème} paire entraîne le génotype est XO (ou 45, X), causant des malformations physiques, l'absence de développement pubertaire et la stérilité. Le développement des caractères sexuels secondaires sera stimulé par des traitements d'œstrogène à l'adolescence, mais les filles qui en sont atteintes demeurent stériles.

Le syndrome de Klinefelter concerne les garçons au génotype XXY (ou 47, XXY) et consiste en un chromosome X supplémentaire à la 23^{ème} paire. Les hommes concernés sont de grande

taille, mentalement déficients, introvertis, timides, présentant des caractères sexuels féminins tels que les seins développés, les hanches arrondies ; et ils sont stériles. L'administration de la testostérone stimulerait l'apparition des caractères sexuels secondaires masculins sans pour autant résoudre la question de la stérilité. *Le syndrome XYY* par contre concerne les garçons au génotype XYY (47, XYY) et consiste en un chromosome Y supplémentaire à la 23^{ème} paire. Les hommes qui en sont atteints sont de grande taille, mentalement déficients, avec une propension aux comportements antisociaux. Toutefois, la relation entre la présence d'un Y supplémentaire et l'agressivité reste encore discutés (Cloutier & Gosselin, 2005).

Les enfants atteints de ces anomalies développent un phénotype sexuel atypique à l'adolescence, affectant la survenue des caractères sexuels secondaires. D'autres anomalies interviennent également au niveau des gènes, affectant l'aspect et le fonctionnement des organes génitaux internes et externes.

Anomalies génétiques

Les anomalies génétiques les plus fréquentes qui affectent le développement des organes génitaux externes et internes des filles et garçons sont le syndrome d'insensibilité aux androgènes (*Androgen Insensitivity Syndrome, AIS*) et l'hyperplasie congénitale des surrénales (*Congenital Adrenal Hyperplasia, CAH*) (Ehrhardt & Meyer-Bahlburg, 1981 ; Cloutier, 2005 ; Vincent, 2009 ; Balthazart, 2010 ; Ostrer, 2014).

Le syndrome d'insensibilité aux androgènes est une affection due à la mutation d'un gène sur le chromosome X du garçon. Il est caractérisé par l'absence ou une faible activité des récepteurs de la testostérone sécrétée par les testicules. La sécrétion de la testostérone va s'accompagner de celle de l'hormone antimüllérienne qui induit la régression des canaux de Müller (pas d'utérus ni d'oviductes) mais sans la fixation de la testostérone par ses récepteurs, les canaux de Wolff ne se différencient pas en épидидyme et prostate, et la structure génitale externe poursuit un développement typiquement féminin entraînant la formation d'un vagin en cul de sac. Dès lors, les testicules restent bloqués dans la région génitale interne du fait de l'absence de scrotum.

Cette insensibilité peut également être partielle et due à une déficience en enzymes ; c'est le cas par exemple de la 5 α -réductase, un catalyseur favorisant la transformation de la testostérone en 5 α -dihydrotestostérone (DHT). Son action, couplée avec la testostérone, conduit à une masculinisation partielle des organes génitaux externes. Dans le cas où l'insensibilité aux androgènes est totale, les enfants sont génétiquement XY mais apparaissent phénotypiquement filles et sont stériles. Le développement des seins à la puberté ne s'accompagne pas de menstrues.

Chez ces embryons masculins, la testostérone induit le développement des structures masculines internes mais au niveau externe, le tubercule génital ne se développe pas normalement et reste semblable à un clitoris, les testicules restent bloqués dans la région interne mais prolongés en surface par un vagin en cul de sac. De tels enfants sont souvent assignés filles à la naissance, mais au cours de l'adolescence, l'augmentation des taux circulants de testostérone va induire une masculinisation plus poussée des structures génitales externes et favoriser des caractères sexuels secondaires masculins tels que la musculature et le ton de la voix. Mal diagnostiqué, ce phénomène donne l'impression que des filles se transforment en garçons à l'adolescence.

L'hyperplasie congénitale des surrénales (CAH) consiste en un développement excessif des glandes surrénales affectant la synthèse de cortisol et entraînant une hypersécrétion d'androgènes (hormones à l'action similaire à la testostérone). Chez les embryons féminins, l'absence de testostérone favorise la formation des ovaires, de l'utérus et des oviductes. De ce

fait, les organes génitaux internes sont ceux d'une fille mais la présence des androgènes circulant va entraîner la masculinisation des organes génitaux externes. Et chez les filles dont les mères ont été exposées à des traitements par des stéroïdes (le diéthylsilboestrol *DES*, ou l'acétate de medoxyprogestérone) pour enrayer les risques d'avortements spontanés, le traitement hormonal a parfois pour effet de masculiniser les organes génitaux et les comportements des filles concernées.

Ainsi, la différenciation biologique des enfants n'est pas soumise à un déterminisme absolu. Et l'enfant typique, considéré comme « normal » est celui dont le développement biologique a échappé aux aléas des anomalies congénitales.

FACTEURS PSYCHOBIOLOGIQUES ET QUESTION IDENTITAIRE

Il est question ici de voir comment la sexuation, processus biologique, conduit à un positionnement identitaire (psychologique) et de discuter des conditions de cette construction.

Intersexuation

L'embryon humain, caractérisé par une bisexualité originelle, possède en puissance la faculté d'orienter le développement sexuel vers le masculin et le féminin, mais cette compétence peut être entravée par le biais d'anomalies chromosomiques ou génétiques, entraînant le développement d'enfants dont le sexe biologique reste chargé d'ambiguïtés, fixé dans cet entredeux autrefois appelé « hermaphrodite » (Ostrer, 2014 ; Raz, 2016), résultat de la fusion du dieu grec de la guerre, Hermès et d'Aphrodite, déesse de l'amour.

L'intersexuation se définit donc comme le processus à travers lequel la différenciation biologique des sexes conduit à l'émergence d'enfants chez lesquels les caractères sexuels masculins et féminins sont présents. Ces enfants sont actuellement regroupés sous le vocable d'« intersexes », « intersexué.e.s » ou « personnes intersexuées » (UNESCO, 2013 ; 2016). Selon les données des Nations Unies (Free & Equal, non daté), les personnes intersexuées constituent environ 0,05 à 1,7 % de la population mondiale.

Leur prise en charge médicale exige des traitements hormonaux et parfois une ou plusieurs chirurgies réparatrices destinées à favoriser la fertilité et l'assignation du sujet à un sexe biologique (Vincent, 2009 ; Balthazart, 2010 ; Ostrer, 2014). Mais ces traitements sont actuellement en débat car certaines personnes revendiquent la reconnaissance officielle de leurs caractéristiques sexuelles en tant que troisième catégorie de sexe, et l'interdiction des interventions chirurgicales sur mineur.e.s, si le but est uniquement d'ordre esthétique et destiné à les conformer à un sexe (Récupéré du site du journal *Le Monde* : https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/03/22/le-troisieme-sexe-devant-la-cour-decassati_on_5098649_3224.html). Ainsi, l'intersexuation repose sur un développement sexuel atypique mais elle est actuellement revendiquée comme une catégorie sexuée.

Transidentité

Contrairement à l'intersexuation, la transidentité se situe davantage au niveau psychologique, dans la représentation de soi et le rapport au corps sexué. A ce titre, la transidentité est de l'ordre de l'identité de genre et concerne toute personne, y compris les personnes intersexuées, s'identifiant de façon transgenre. Les personnes concernées pourraient donc avoir eu un développement sexuel typique ou atypique, leur problématique est surtout liée au vécu du sexe et non à sa biologie.

Le terme transgenre est inclusif et intègre toutes les personnes qui ne correspondent pas aux normes de genre : « la population non cisgenre dans son ensemble » (Beaubatie, 2016, p. 643), et que l'on regroupe dans la notion de troisième sexe ou de troisième genre (Alessandrin, 2017). Le terme transgenre ou *transgenderism* (APA, 2015) est à la base de la

transidentité et renferme deux réalités essentielles : des personnes qui ne souhaitent pas médicaliser leur parcours et se désignent sous le vocable « transgenre », et celles qui souhaitent entrer dans un processus de réassignation sociale et/ou biologique de sexe (la transition) et sont appelées « transsexuel.le.s » (Strickland, 2001 ; DSM-5). L'expression la plus usitée actuellement pour désigner ces catégories est « trans' » (Beaubatie, 2016, Alessandrin, 2017).

Dans les pays où la médicalisation était remboursée par la sécurité sociale, en France notamment, une procédure rigoureuse était mise en place pour les personnes trans' désireuses de changer d'état civil. Elle exigeait une prise en charge psychiatrique préalable, et le retrait des gonades (testicules ou ovaires) chez les deux sexes. Et pour les hommes désirant migrer vers l'identité féminine, la chirurgie de réassignation sexuelle était obligatoire (Alessandrin, 2014 ; Beaubatie, 2016). C'est pourquoi la principale revendication des personnes trans' pendant de nombreuses années a été de « dépathologiser » leur parcours médical, au sens de : « soustraire les transitions à l'injonction psychiatrique, sans pour autant démedicaliser » (Bujon, 2012, cité par Alessandrin, 2014, para. 20).

Sur le plan médical, cette demande a été prise en compte par l'OMS en 2018 puis matérialisée dans la CIM-11 en 2019 où le transsexualisme a été retiré de la liste des maladies mentales et reclassé dans la catégorie « santé mentale ».

Sur le plan psychiatrique par contre, l'évolution reste ambiguë. Le transsexualisme est inscrit dans le DSM depuis 1980, et le terme « trouble de l'identité sexuelle » qui lui était encore associé dans le DSM-IV R mettait en cause l'identité elle-même. Ceci a été revu en 2015 dans le DSM-5. Le trouble a été requalifié en « dysphorie de genre » pour décrire, non plus l'identité en soi, mais la détresse associée à l'identité non conforme. Toutefois, un problème subsiste, à propos des terminologies : décrire la détresse des personnes trans' dans le DSM, c'est continuer d'associer la transidentité à un trouble mental. Ceci ne traduit pas encore la réalité d'une identité qui revendique d'être accompagnée et non soignée (Alessandrin, 2014 ; 2017).

Construction des identités de genre atypiques chez les enfants

Un développement sexuel typique ou atypique peut conduire à l'émergence d'identités de genre reposant sur la manière dont le corps sexué est vécu. A cet effet, divers processus psychiques entrent en jeu dans la construction identitaire.

Limites des théories biologistes

Depuis les années 1970, des études se sont attelées à mettre en lumière le rôle des gènes et des hormones sexuelles dans la formation des comportements différenciés des hommes et des femmes au cours de la phase embryonnaire. L'influence des gènes sur l'identité de genre et les orientations sexuelles a souvent été soutenue mais plusieurs travaux (Money et Ehrhardt, 1972 ; Ehrhardt et Meyer-Bahlburg, 1981 ; Balthazart, 2010) n'ont pas pu mettre en évidence le rôle des chromosomes sexuels sur le développement des rôles sexués chez les humains. Par contre, ils ont mis en évidence le rôle de l'environnement social et du sexe assigné à la naissance dans l'élaboration des conduites sexuées.

Et concernant le rôle des hormones, le recensement de nombreuses études (Balthazart, 2010 ; Mieyaa, 2012) a mis en évidence le rôle des androgènes sur le développement des comportements sexués dits masculins chez les animaux : comportements sexuels, agressivité, spatialisation et mémorisation ; tandis que leur absence entraînait la féminisation. Toutefois, de tels liens et leur causalité n'ont pas encore pu être prouvés chez les animaux supérieurs (singes, chimpanzés) et les humains (Rouyer, 2007 ; Mieyaa, 2012).

L'interstructuration du sujet et des institutions

La perspective développée dans la présente recherche s'inscrit dans le courant de l'interstructuration du sujet et des institutions (Malrieu, 1978 ; 2013) où les processus de personnalisation sont couplés aux processus d'identification à autrui et d'interprétation de soi en relation avec des interactions, des activités, des dialogues avec d'autres personnes, dans des contextes structurés que le sujet contribue à modifier et à faire évoluer. Notre approche s'inscrit dans la théorie du système des formes identitaires subjectives ou FIS (Guichard, 2013) laquelle est structuraliste est définie ainsi qu'il suit :

Une forme identitaire subjective peut être définie comme un ensemble –plus ou moins clairement conscient – de schémas d'action et d'interactions dans un certain contexte (correspondant généralement à des scripts et renvoyant à des savoirs, savoir-faire et savoir-être ou attitudes), de modes de rapports « aux objets » de ce contexte, de modes de rapports aux autres (d'interactions et d'interlocutions) dans ce contexte, et de modes de rapports à soi (conduisant à la production de généralisations d'observation de soi, de sentiments de compétence, d'un certain sentiment d'autodétermination, d'une certaine estime de soi...) ; cet ensemble formant pour l'individu une (sic) certain concept de soi. [...] ce que l'on nomme habituellement une identité individuelle peut être décrit comme un système de FIS (Guichard, 2013, pp. 210-211).

Des schémas d'action et d'interaction dans un contexte

Le terme schéma renvoie à des tendances organisatrices latentes qui donnent une apparence identique à certains aspects des données concrètes ou représentées, contribuant ainsi à l'uniformité des réactions (Fröhlich, 1997). En psychologie du développement, le schéma de genre apparaît comme une structure cognitive qui interviendrait pour organiser et mémoriser les informations relatives aux comportements spécifiques de l'un et l'autre sexe, à partir desquelles le sujet va pouvoir effectuer des généralisations. Ainsi, il fournit une base d'inférences et d'interprétations permettant de guider l'enfant dans la compréhension et la structuration du monde environnant (Bem, 1981 ; Le Maner-Idrissi & Renault, 2006).

A ce titre, deux approches du schéma de genre ont été développées en psychologie du développement : une approche binaire permettant d'expliquer l'acquisition d'une identité de genre en termes de féminin ou masculin vers 2-3 ans (Martin et Halverson, 1981, citées par Dafflon Nouvelle, 2006 ; Le Maner-Idrissi et Renault, 2006 ; Mieyaa, 2012 ; Poriau et Delens, 2012), et une approche quaternaire (Bem, 1981), ramenant les catégories de genre à quatre : féminin, masculin, androgyne et indifférencié ou neutre.

Bem (1981) définit ses quatre catégories ainsi qu'il suit : tous les sujets dont le score de féminité est supérieur à la médiane de leur groupe et celui de masculinité, inférieur à la médiane du même groupe, sont considérés comme féminins et tous ceux qui présentent le modèle opposé sont considérés comme masculins. Parmi ces individus, il peut y avoir aussi bien des hommes que des femmes. Les hommes masculins et les femmes féminines sont à identité sexuée conforme (*sex-typed individuals*) alors que les hommes efféminés et les femmes masculines sont à identité sexuée inversée (*cross sex-typed individuals*). Les sujets dont le score de féminité et le score de masculinité sont tous les deux supérieurs à la médiane sont androgynes (*androgynous*) et ceux dont les deux scores sont inférieurs à la médiane sont des indifférenciés (*undifferentiated*).

L'on pourrait en déduire qu'un schéma de genre construit vers 2-3 ans permet à l'enfant de catégoriser le monde en termes de masculin et de féminin, d'intégrer les deux (androgynie), ou encore de les ignorer dans une indifférenciation qui permettrait de se référer aux caractéristiques des personnes sans que celles-ci reposent sur la différence des sexes.

L'enfant devient alors capable de discriminer les genres et selon ses dispositions personnelles, il va assimiler les conduites liées à son genre propre, se les approprier et rejeter les caractéristiques qui ne lui correspondent pas. Un tel processus ne se situe pas à un niveau purement cognitif, des facteurs affectifs nés des relations précoces aux parents vont également contribuer à l'élaboration de l'identité de genre.

Des modes de rapports aux « objets » et aux autres dans un contexte

En psychanalyse, la notion d'androgynie psychologique est connue sous le terme de bisexualité psychique ou hermaphrodisme psychique (Golse, 2007) et suppose l'existence d'une bisexualité originelle chez l'être humain à l'exemple de la bisexualité biologique de l'état embryonnaire, laquelle permet de comprendre l'émergence des sexualités homo- et hétérosexuelle.

Les théories actuelles insistent sur le rôle des images primordiales offertes à l'enfant dans la construction de son identité. Au travers des interactions précoces aconflictuelles avec son entourage, l'enfant construit son sentiment d'appartenir à un sexe grâce à l'interprétation (en particulier au plan émotionnel) des messages conscients et inconscients (verbaux et non verbaux) émis par ses deux parents (Zaouche-Gaudron & Rouyer, 2002). Ainsi il va discriminer peu à peu les images masculines et féminines dans son entourage à partir d'une relation d'objet partiel qui évolue graduellement vers une relation d'objet total. Et c'est au travers des différentes oppositions (activité ou passivité au stade anal, avoir ou non un pénis au stade phallique, amour ou hostilité envers le parent de même sexe ou l'autre, au stade œdipien) qu'il intègre les représentations du masculin et du féminin (Golse, 2007).

Le sexe assigné à l'enfant à sa naissance est généralement celui qu'il assume socialement, même s'il est en désaccord avec son sexe biologique. Ceci a déjà été démontré en ce qui concerne la transidentité chez les garçons, lorsque la mère, déçue de n'avoir pas de fille, reporte ses désirs frustrés dans son interaction avec le garçon (Money & Ehrhardt, 1972; Fagot & Leinbach, 1985 ; Dafflon Nouvelle, 2006). Dans le cas des filles par contre, c'est plutôt une relation hostile à la mère associée à la déception à l'égard du père qui concourent à la non-conformité de genre (Golse, 2007, Manga, 2019). A titre d'exemple, ce cas d'une mère camerounaise qui se plaint de sa fille : « Elle joue, elle joue énormément. Si vous la voyez jouer à la maison, c'est comme un garçon, sinon pire » (Tsala Tsala, 2009, p. 28). Ici, le désir affirmé de la mère est : « je veux que ma fille devienne un homme (un monsieur)... qu'elle soit première elle aussi » (idem, p. 28). La masculinité recherchée par la mère pour sa fille ici n'est pas la virilité biologique, mais le prestige que la société attribue au masculin. Cependant, dans le cas énoncé, tout en refusant de satisfaire le désir de la mère de devenir l'homme sur qui elle pourrait s'adosser, la fillette a adopté des comportements jugés masculins : c'est comme un garçon, sinon pire !

Des modes de rapports à soi

L'identité de genre apparaît comme une structure dynamique qui repose sur une certaine conception de soi, construite dans la petite enfance. Fagot & Leinbach (1985, p. 685) la définissent comme : « *a private cognitive construct, the psychological identification or concept of the self as male or female, regardless of whatever else being male or female may mean to its owner* » ; ce qui se traduirait en français par : une construction cognitive intime, l'identification psychologique ou la conception de soi en tant que fille ou garçon, indifféremment de ce qu'être fille ou garçon pourrait signifier pour le concerné.

Cette définition est en continuité des travaux de Stoller qui considère l'identité de genre comme : « un système de croyances que chacun a à son propre sujet : un sentiment de sa masculinité et de sa féminité » (Stoller, 1990, p. 115), reposant sur un noyau de l'identité de

genre : *core gender identity* (Stoller, 1968, p. 42). Pour cet auteur, le noyau de l'identité de genre est une structure psychique de nature cognitive qui se développerait aux environs de 2 ans, et se manifeste par la conviction intime d'être fille ou garçon et l'acquisition du sentiment intime de sa masculinité/féminité. Elle serait le point de départ de la compréhension des genres et de la construction identitaire.

A ce sujet, si la psychologie développementale d'inspiration francophone (Zaouche-Gaudron & Rouyer, 2002 ; Rouyer, 2007 ; Rouyer & Troupel-Cremel, 2013) reconnaît que la conviction intime d'être fille ou garçon constitue le point de départ du processus d'acquisition des rôles de sexe, ces autrices tendent à rejeter l'approche structuraliste en considérant l'identité de genre comme un rapport au genre original et singulier, sans rendre compte des universaux, les structures psychiques qui émergent et évoluent. Or le noyau de l'identité de genre (Stoller, 1968) semble bien être la base à partir de laquelle l'enfant discrimine les informations à propos des genres, les évalue et les charge d'une connotation positive ou négative, et les enrichit de scripts d'actions.

Si ce noyau s'est construit de façon typique, alors l'enfant s'identifie comme fille ou garçon, tend à assimiler les informations propres à son sexe et à s'y conformer. Ceci explique pourquoi dans leur exploration de l'identité de genre chez les enfants, des autrices (Martin & Halverson, 1981, citées par Dafflon Nouvelle, 2006 ; Martin, Eisenbud & Rose, 1995) ont pu mettre en évidence un schéma de genre binaire (fille/garçon) vers 2-3 ans, structure cognitive qui émerge du noyau de l'identité de genre et permet de catégoriser les genres en termes de masculin et féminin. Dans le cas où l'enfant se construit de façon atypique par contre, le schéma de genre prend une forme quaternaire (Bem, 1981). Ainsi, le schéma de genre binaire émerge chez les enfants cisgenres, tandis que chez les enfants transgenres, le schéma quaternaire manifeste clairement l'androgynie psychologique (coexistence du masculin et du féminin ou encore indifférenciation du genre chez les personnes agenes).

Dynamiques de co-construction entre le sujet et son contexte historico-institutionnel

La socialisation de genre, dans sa dialectique d'identification et de personnalisation (Guichard, 2013), ne s'opère pas de façon passive. Au cours de l'apprentissage des normes de genre, l'assimilation des savoirs et savoir-faire passe par un noyau de l'identité de genre; et grâce à cette instance installée précocement, l'enfant remanie les informations qui lui viennent des différents autrui et y imprime sa propre marque. De ce fait, le sentiment intime à propos de son genre prend le pas sur les processus d'apprentissage, mettant l'enfant au centre de sa construction identitaire. Plus tard, l'intégration au sein de sous-groupes affinitaires deviendra le lieu de confirmation et de renforcement de l'identité propre (Manga, 2019).

Ainsi, même vivant au sein d'un contexte répressif, les violences à l'encontre de personnes aux identités atypiques ne suffisent pas à les conformer aux normes de genre (UNESCO, 2013 ; 2016). Au contraire, des revendications identitaires émergent de plus en plus, amenant les politiques à reconsidérer la valeur de ces identités transgressives (Alessandrin 2014). Ceci s'est d'abord fait à travers l'évolution des terminologies : de « Désordres du développement sexuel » à « Différences du développement sexuel » ou DSD (*APA & National Association of School Psychologists*, 2015), puis la « dépathologisation » du transsexualisme et son reclassement sous le vocable de « santé mentale » par l'OMS.

De ce fait, une évolution des perceptions sur le normal et le pathologique se fait jour, avec des répercussions dans le vécu des sujets concernés. De par leur existence, les personnes atypiques modifient le contexte social en y introduisant la non-conformité de genre ; et vice-versa, l'inclusion des personnes non conformes tend à favoriser l'expression de la non-conformité et appelle à la « normalisation » des identités transgressives. Ainsi, les sujets

créent un contexte social qui favorise leur expression non conforme, et l'expression accrue de la non-conformité renforce la diversité sociale et l'institution de politiques intégratives, dans un processus de co-construction entre le sujet, ses pairs et le contexte historico-institutionnel.

CONCLUSION

La suppression du transsexualisme de la liste des pathologies mentales par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2018 et sa réaffectation dans la section consacrée à la « santé sexuelle » marque un tournant dans les définitions du corps sexué en termes de normal/pathologique. Elle montre en effet que la bicatégorisation ou binarité des sexes (homme/femme, fille/garçon) ne se développe pas toujours de façon stricte, et que les corps sexués qui en découlent ont une valeur qui mériterait d'être prise en compte. A ce titre, le présent travail s'inscrit en psychologie du développement et a consisté à mettre en évidence les trajectoires développementales conduisant à une identité transgenre à travers une recension pluridisciplinaire des écrits (médecine, physiologie, sociologie du genre, psychologie clinique et psychologie du développement).

Les résultats indiquent qu'il existe une « bisexualité gonadique » chez l'embryon humain qui le prédispose à développer les caractères sexuels primaires et/ou secondaires d'un sexe ou l'autre et va servir de base à la mise en place au niveau psychique d'une androgynie psychologique (Bem, 1981) aussi appelée bisexualité psychique (Golse, 2007). Pour ce faire, un noyau de l'identité de genre se met progressivement en place dès la naissance grâce aux interactions de l'enfant avec ses parents, aux types de relations établies avec eux, aux identifications et remaniements personnels qui en découlent ; et il va favoriser vers 2-3 ans l'émergence d'une structure de connaissances, un schéma de genre facilitant la discrimination des conduites genrées, l'assimilation des conduites appropriées à son genre, et leur généralisation dans toutes les situations de la vie.

Ainsi, les différences dans le vécu du genre ne peuvent pas être considérées comme de simples différences individuelles tel qu'affirmé par certaines autrices (Rouyer, 2007 ; Rouyer & Troupel-Cremel, 2013). Au contraire, elles reposent sur deux principales trajectoires développementales : la conformité et la non-conformité de genre lesquelles ont des incidences sur les plans individuel et collectif. La non-conformité de genre, du fait qu'elle résiste au changement même dans les situations répressives, suggère que l'identité de genre s'élabore à partir d'une structure psychique très ancrée qui n'est pas modulable à volonté par l'enfant.

Ces résultats réaffirment l'intérêt de l'approche structurale dans la compréhension du développement socio-affectif de l'enfant et questionnent sur l'efficacité des efforts de « normalisation » appliqués aux enfants de genre atypique par les sociétés répressives.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Alessandrin, A. (2014, 29 avril). Du « transsexualisme » à la « dysphorie de genre » : ce que le DSM fait des variances de genre ». *Socio-logos* [En ligne]. Consulté le 27 juin 2018. URL: <http://journals.OpenEdition.org/socio-logos/2837>.
2. Alessandrin, A. (2017). Au-delà du troisième sexe: expériences de genre, classifications et débordements. *Socio*. [En ligne]. Consulté le 27 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/socio/3049>; DOI:10.4000/socio.3049.
3. American Psychiatric Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association. 2nd Ed.
4. American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (P. Boyer, M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, C.-B. Pull et M.-C. Pull-

- Erpelding, traducteurs.). (Ouvrage original publié en 2013 par l'American Psychiatric Association Publishing). Elsevier Masson SAS. 5^{ème} édition.
5. APA et National Association of School Psychologists. (2015). *Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools*. [En ligne]. Consulté le 26 juin 2018. URL : <http://www.apa.org/about/policy/orientation-diversity.aspx>.
 6. Balthazart, J. (2010). *Biologie de l'homosexualité. On naît homosexuel, on ne choisit pas de l'être*. Editions Margada.
 7. Beaubatie, E. (2016). Trans'. Dans J. Rennes (dir.). *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 640-648). La Découverte.
 8. Bem, S. L. (1981). Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing. *Psychological Review*. 88 (4), 354-364.
 9. Bloch, H. ; Chemama, R. ; Dépret, E. ; Gallo, A. ; Laconie, P. ; Le Ny, J.-F. ; Postel, J. ; Reuchlin, M. (2007). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
 10. Chiland, C. (2000). Identité masculine et transsexualisme. *Andrologie*. 10 (1), 66-74.
 11. Cloutier, R. (2005). Développement prénatal et naissance. Dans R. Cloutier, P. Gosselin, et P. Tap (dir.). *Psychologie de l'enfant* (pp. 63-101). Gaétan morin editeur. 2^{ème} édition
 12. Cloutier, R., Gosselin, P. (2005). Fondements biologiques du comportement. Dans R. Cloutier, P. Gosselin, et P. Tap (dir.). *Psychologie de l'enfant* (pp. 35-60). Gaétan morin editeur. 2^{ème} édition
 13. Dafflon Nouvelle, A. (dir.) (2006). *Filles-Garçons. Socialisation différenciée ?* Presses Universitaires de Grenoble.
 14. Delay, J. et Boujard, D. (2001). *Biologie pour psychologues. Cours et exercices*. Dunod. 2^{ème} édition entièrement revue et actualisée.
 15. Drapeau, A. (2012, novembre): *Violence au travail: les différences hommes vs. Femmes*. Webinaire Centre d'Etude sur le Trauma. [En ligne]. Consulté le 26 septembre 2019. URL : <http://www.aline.Drapeau@umontreal.ca>.
 16. Fagot, B. I. et Leinbach, M. D. (1985). Gender Identity: Some Thoughts on an Old Concept. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 24(6), 684-688.
 17. Free & Equal. (non daté). *Intersex*. The United Nations for LGBT Equality. United Nations Human Rights Office of the Commissioner.
 18. Fröhlich, W. D. (1997). *Dictionnaire de la psychologie*. (I. Blind, E. Laporte, C. Métais, M. Géraud et D. Tasse, traducteurs. Ouvrage paru sous le titre original : *Wörterbuch zur psychologie*). Munich: Deutscher TaschenbuchVerlag GmbH & Co. K.G.
 19. Golse, B (dir.). (2007). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Elsevier Masson S.A.S. 3^{ème} édition
 20. Guichard, J. (2013). Identifications, personnalisation et construction de soi. Dans A. Baubion-Broye, R. Dupuy et Y. Prêteur. *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu* (pp. 205-219). Editions érès.
 21. Le Maner-Idrissi, G. et Renault, L. (2006). Développement du " schéma de genre" : une asymétrie entre filles et garçons ? *Enfance*. 58, 251-265.
 22. Malrieu, P. (2013). Psychologies génétiques et psychologie historique. Dans A. Baubion-Broye, R. Dupuy et Y. Prêteur. *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu* (pp. 71-83). Editions érès. Article paru dans *Journal de psychologie*, n°3, 1978, p. 261-277.
 23. Martin, C. L., Eisenbud, L. et Rose H. (1995). Children's Gender-Based Reasoning about

- Toys. *Child Development*. 66, 1453-1471.
24. Mieyaa, Y. (2012). *Socialisation des genres, identité sexuée et expérience scolaire. Dynamiques d'acculturation et de personnalisation chez le jeune enfant scolarisé en grande section de maternelle*. Thèse de doctorat en psychologie du développement. Université de Toulouse II-Le Mirail.
25. Money, J. et Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. John Hopkins Press.
26. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (UNESCO, 2013). *Politiques et bonnes pratiques en matière d'éducation au VIH et à la santé. Brochure 8. Réponse du secteur de l'éducation au harcèlement homophobe*.
27. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (UNESCO, 2016). *Au grand jour. Réponses du secteur de l'éducation à la violence fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité ou l'expression de genre*.
28. Ostrer, H. (2014). Disorders of Sex Development (DSDs): An Update. *J Clin Endocrinol Metab*. 99(5), 1503–1509. [En ligne]. Consulté le 10 juin 2018. URL: <https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/99/5/1503/2537227>. Doi:10.1210/jc. 2013-3690.
29. Raz, M. (2016). Bicatégorisation. Dans J. Rennes (dir.). *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 87-95). La Découverte.
30. Rouyer, V. (2007). *La construction de l'identité sexuée*. Armand Colin.
31. Rouyer, V. et Troupel-Cremel, O. (2013). Socialisation et construction de l'identité sexuée : dialectique des processus d'acculturation et de personnalisation. Dans A. Baubion-Broye, R. Dupuy et Y. Prêteur. *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu* (pp. 99-112). Editions érès.
32. Stoller, R. J. (1968). The sense of Femaleness. *The Psychoanalytic Quarterly*. 37, 42-55.
33. Stoller, R. J. (1990). Identité de genre: développement et pronostic. Une vue d'ensemble (115-127). Dans C. Chiland et J. G. Jung (dir.). *L'enfant dans sa famille. Nouvelles approches de la santé mentale, de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille*. Presses Universitaires de France.
34. Strickland, B. R. (dir.). (2001). *The Gale Encyclopedia of Psychology*. Gale Groups. 2nd édition.
35. Touraille, P. (2016). Mâle /femelle. Dans J. Rennes (dir.). *Encyclopédie critique du genre. Corps, sexualité, rapports sociaux* (pp. 369-379). La Découverte.
36. Tsala Tsala, J.-Ph. (2009). Processus identificatoires et scolarité. A propos du discours d'une mère africaine sur sa fille. Dans J.-Ph. Tsala Tsala. *Familles africaines en thérapie. Clinique de la famille africaine* (pp. 25-40). L'Harmattan. Article paru dans *Psychopathologie Africaine, Sciences sociales et psychiatrie en Afrique*. 1984-1985, 20 (2), 143-163.
37. Vincent, C. (2009, 09 août). Ni lui ni elle... alors qui? *Le Monde* [En ligne]. Consulté le 27 septembre 2019. URL: https://www.lemonde.fr/vous/article/2009/08/08/ni-lui-ni-elle-alors-qui1226800_3238.html.
38. Zaouche-Gaudron, C. et Rouyer, V. (2002, 31 avril). L'identité sexuée du jeune enfant : actualisation des modèles théoriques et analyse de la contribution paternelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*. Consulté le 13 janvier 2013 sur <http://osp.revues.org/index3400.html>.