

# Excroissance génitale chez l'adolescente

Éliane Josset-Raffet, Élisabeth Carricaburu, Annabel Paye-Jaouen

DANS **ADOLESCENCE** 2020/2 T.38 n° 2 , PAGES 477 À 491

ÉDITIONS **ÉDITIONS GREUPP**

ISSN 0751-7696

ISBN 9782906323308

DOI 10.3917/ado.106.0477

Date de mise en ligne : 08/10/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-adolescence-2020-2-page-477?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Éditions GREUPP.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# EXCROISSANCE GÉNITALE CHEZ L'ADOLESCENTE

ÉLIANE JOSSET-RAFFET,  
ÉLISABETH CARRICABURU, ANNABEL PAYE-JAOUEN

Les enfants suivis en chirurgie viscérale et urologie pédiatrique sont pris en charge pour des malformations digestives ou uro-génitales de leur naissance à leur majorité. La psychologue est sollicitée pour accompagner le vécu de la malformation et des soins, tout au long du suivi hospitalier. Cette clinique sollicite particulièrement le voir et les théories sexuelles infantiles, puisque le corps de l'enfant et ses orifices (bouche, anus, urètre, vagin) font l'objet d'une attention constante de la part des parents et du personnel médical. Les soins chirurgicaux que sont les sondages urinaires, les lavements rétrogrades ou encore les opérations, peuvent être vécus comme intrusifs par l'enfant, en particulier à l'adolescence. Ils interviennent parfois dès le plus jeune âge, venant exciter son corps et tout particulièrement ses zones érogènes. La construction de l'image du corps et son investissement érogène sont alors enchevêtrés au vécu des hospitalisations, des soins, de la maladie et de la douleur.

Si les interventions chirurgicales sont perçues par les chirurgien.ne.s comme une reconstruction du corps, et comme une réparation par les familles, elles peuvent susciter des angoisses majeures chez l'enfant et l'adolescent.e, les chirurgies étant souvent des moments critiques dans leur vie. Il apparaît à l'équipe chirurgicale comme une relative évidence qu'un accompagnement psychologique doit être proposé, d'autant qu'il est fréquent de lire que la chirurgie suscite des « angoisses de castration », *a fortiori* lorsque celle-ci concerne les organes uro-génitaux (De Gheest, Lambotte et coll., 2006). Le discours des psychologues suscite un intérêt chez les chirurgien.ne.s, qui assimilent certaines théories pour les inclure aux protocoles opératoires, et porter ainsi une vigilance particulière aux

périodes jugées sensibles psychiquement. Ainsi est-il commun d'entendre qu'une intervention peut être vécue comme une « castration », lorsqu'elle est pratiquée pendant la période œdipienne...

La chirurgie mini-invasive est privilégiée afin que les gestes soient aussi peu intrusifs que possible et que les cicatrices soient minimales ; cette pratique répond tant à des exigences médicales qu'à la préoccupation de préserver l'intégrité somato-psychique de l'enfant. Ainsi, la chirurgie des organes uro-génitaux est évitée au cours de la « période œdipienne », sauf en cas de danger vital pour l'enfant, afin d'éviter que « l'angoisse de castration » ne prenne corps dans le réel. La reviviscence des conflits œdipiens, liée à la poussée pubertaire, fait de l'adolescence une période particulièrement sensible aux interventions chirurgicales qui peuvent réactiver des fantasmes et des angoisses irreprésentables d'intrusion, de mutilation ou de mort, voire de morcellement. Dans les parcours de soins, l'adolescent.e est considéré.e comme acteur ou actrice à part entière de sa prise en charge, et il lui est demandé d'exprimer son refus ou son consentement.

La psychologue est sollicitée pour accompagner les adolescent.e.s par des entretiens préalables aux interventions. Mais quels sont les enjeux de ces entretiens ? S'agit-il de donner un avis ? D'évaluer l'état psychique ? Ou encore de dire si l'enfant est prêt.e pour l'intervention ? Qu'est-il donné à entendre et à voir dans ce temps du pré ou péri-opératoire ? Quelles angoisses les chirurgies suscitent-elles ? Comment travailler avec les chirurgien.ne.s à partir de ce qui se joue dans l'inconscient sexuel infantile ? Pour illustrer ces questions, nous proposons deux situations cliniques d'adolescentes venues consulter pour une excroissance des parties génitales (nymphomégalie pour l'une, masse clitoridienne pour l'autre), et qui ont interrogé de façon tout à fait différente la question du désir, de la filiation et de la construction identitaire féminine, mais aussi les enjeux du travail conjoint psychologue-chirurgien.ne.

#### OUVRIER UN ESPACE PSYCHIQUE LORS DES ENTRETIENS PRÉ-OPÉRATOIRES

À l'hôpital, la figure du psychologue n'est souvent pas celle attendue en première ligne, contrairement à celle du médecin ou de

l'infirmière (Schwering, 2014). Les entretiens pré-opératoires sont demandés par les chirurgien.ne.s de façon plutôt injonctive aux familles et à la psychologue – mais cet espace propice à l'écoute doit se construire. Lors de la première rencontre avec la psychologue, certain.e.s patient.e.s abordent d'emblée leurs angoisses ou le vécu de leur histoire médicale ; les plus jeunes jouent spontanément, d'autres se taisent ou ne comprennent pas ce qui leur est proposé. L'interrogation chirurgicale se formule souvent ainsi : l'adolescent.e est-il/elle prêt.e pour cette intervention ? S'il est difficile, voire impossible, de répondre à cette question sauf à être dans un discours prédictif, ces entretiens préalables permettent un cheminement des patient.e.s et de leurs parents, et l'angoisse peut se dire par la mise en mots de fantasmes inquiétants.

L'orientation vers la psychologue a lieu lors de la consultation où la chirurgie est annoncée aux patient.e.s. Un ou plusieurs entretiens sont prévus avant la consultation chirurgicale suivante, qui permettra de répondre aux questions des patient.e.s et de déterminer la date opératoire. Ces entretiens, souvent peu nombreux et limités par la date de l'intervention, proposent un espace d'écoute contenant. Il peut arriver, même si cela est rare, qu'ils dévoilent une incompréhension du discours chirurgical, voire une certaine défiance à l'égard des soins médicaux ; les familles sont alors ré-adressées vers la consultation chirurgicale, afin de maintenir la séparation entre le lieu d'écoute de la vie psychique et celui du savoir médical. Lorsque les enjeux médicaux et les désirs des patient.e.s s'opposent, la fonction de la psychologue hospitalière peut alors se décliner et suivre différentes identifications – de l'émissaire au témoin, en passant par le porte-parole, le médiateur... La règle de l'abstinence semble parfois difficilement tenable.

Dans ces entretiens, les adolescent.e.s sont invité.e.s à évoquer leurs pensées et émotions, et à entreprendre le récit de leur histoire médicale lorsque cela est possible. À l'adolescence, le plus souvent, les éléments d'inquiétude factuels sont au premier plan. De façon plus rare, certain.e.s s'approprient ce temps pour évoquer leur histoire médicale et l'articuler à leur vie fantasmatique. Les questions les plus fréquentes tournent autour de l'absentéisme et de la réussite scolaire, en particulier lors des années d'examen. Les soins tels que les prises de sang, les perfusions ou les sondes urinaires, sont parfois abordés du fait de leur caractère intrusif ou potentiellement douloureux. L'anesthésie générale, perçue comme une perte de contrôle de soi, peut être vécue avec un sentiment de passivité ou d'inquiétante étrangeté. Des adolescent.e.s s'interrogent sur le respect de leur nudité au bloc opératoire ; d'autres imaginent qu'il sera impossible

de les endormir, qu'ils ou qu'elles se réveilleront au cours de l'intervention ou encore ne se réveilleront jamais. Cette angoisse de perdre le contrôle fait entendre explicitement des angoisses de mort. La passivité induite par l'anesthésie accentue également les angoisses d'intrusion.

Une autre spécificité de ces entretiens à l'adolescence, est liée à l'importance du regard des pairs et au désir de normalisation. Ainsi, certain.e.s adolescent.e.s expriment très clairement leurs fortes attentes d'être opéré.e.s pour être enfin « comme les autres », idéalisant l'intervention et leur chirurgien.ne.

Le bureau dans lequel se déroulent les entretiens est situé un peu à l'écart du service, au sein du pôle de chirurgie. Ce lieu dedans et dehors met en scène géographiquement la position de la psychologue dans l'équipe, dans un entre-deux propice à la parole. Le cadre rassurant du bureau, où un espace de jeu est mis à disposition, favorise une certaine familiarité avec l'hôpital et peut réduire l'effet d'inquiétante étrangeté (Freud, 1919) suscité par les soins médicaux. L'orientation opère du fait de la différenciation des espaces – celui de la consultation de chirurgie et celui de l'entretien psychologique. Les fonctions de chaque professionnel.le sont délimitées et circonscrites très clairement, et la psychologue est perçue par l'équipe chirurgicale comme une figure experte des émotions et de la vie psychique. Les entretiens s'inscrivant dans le parcours de soin chirurgical, il lui est demandé, même implicitement, de faire un retour à l'équipe chirurgicale qui pourra s'appuyer sur ce qui est restitué pour déterminer les meilleures conditions médicales possibles (délai opératoire, prise en charge spécifique). Ces transmissions, en attirant l'attention sur un point particulier de l'histoire des patient.e.s ou sur certaines angoisses, permettront aussi à l'équipe soignante de mieux les soutenir au cours de l'hospitalisation. Dans ce dispositif, la confidentialité des entretiens risque d'être menacée par le dialogue entre chirurgien.ne et psychologue. Afin de préserver l'espace de la rencontre et la confidentialité de ce qui y est dit, les éléments susceptibles d'être transmis à l'équipe sont évoqués explicitement et choisis en concertation avec l'adolescent.e.

Dans un service somatique, l'écoute de la réalité psychique est imbriquée au réel du corps et des soins. Les enjeux médicaux sont au premier plan, tant pour les patient.e.s que pour l'équipe, l'inconscient infantile risque donc de ne pas être entendu. Le rythme hospitalier est soumis à une charge de travail importante, variable et souvent imprévisible, produisant des effets de condensation temporelle. Dialoguer avec les chirurgien.ne.s requiert de s'exprimer brièvement et de parvenir à capter l'attention, ce qui peut abraser la complexité des enjeux psychiques. Il s'agit de créer un espace de dialogue, un espace

transitionnel, permettant aux univers (linguistiques et conceptuels) de la chirurgie et de la psychologie, ou de la psychanalyse, de se rencontrer. Dans la réalité de l'hôpital, cette rencontre repose sur le désir – et la possibilité pour chaque protagoniste – de faire un pas dans le champ de l'autre. D'une part, l'équipe chirurgicale doit pouvoir entendre des éléments de la réalité psychique des enfants et de leur famille ; d'autre part, le langage de la psychologie doit se rendre audible sans s'éroder excessivement, ce qui tient souvent d'une véritable gageure. L'effort pour saisir les termes et enjeux médico-chirurgicaux favorise l'écoute de part et d'autre. L'appropriation de la sémantique psychologique ou psychanalytique, par l'équipe chirurgicale peut être un signe de la fécondité de ce dialogue, avec sa part d'énigme, même si cette acculturation fait souvent l'objet de plaisanteries.

Il faudrait donc traduire ou interpréter la parole des patient.e.s, au risque que cette traduction frôle la trahison. Dans les entretiens se font entendre des représentations fantasmatiques inconscientes qui n'ont pas à être livrées telles quelles à l'équipe – ces éléments sont à trier ou métaboliser. L'exemple des consultations conjointes chirurgien.ne-psychologue illustre ce désir de travailler ensemble et favorisent les échanges interprofessionnels. Deux lieux d'adresse sont proposés aux patient.e.s, afin d'aborder les questions chirurgicales et d'offrir un espace d'écoute des processus psychiques mobilisés. La psychologue est présente pendant toute la consultation, excepté au moment de l'examen clinique. Si ce dispositif ouvre sur un espace de travail commun, source de satisfaction professionnelle, la place de la psychologue dans le dispositif est à construire et à interroger sans cesse.

AISSATA, « LA VÉNUS HOTTENTOTE »

En consultation de chirurgie, il arrive de plus en plus fréquemment que des jeunes adolescentes se présentent avec une demande de réduction des petites lèvres, appelée nymphoplastie, le plus souvent non justifiée médicalement. La vulve de ces jeunes filles n'est en réalité pas « hors norme », si l'on définit la norme comme une variation anatomique fréquente dans la population générale (1/3) – comme l'illustre *The Great Wall of Vagina* de Jamie McCartney. Chez l'adulte, ces demandes

s'appuient sur le désir d'avoir une vulve de petite fille, « sans rien qui ne dépasse »<sup>1</sup>, une pure fente. Elles ne relèvent pas souvent d'une nymphomégalie au sens médical – on considère qu'il existe une nymphomégalie à partir de quatre centimètres.

*Aissata* est âgée de quinze ans lorsqu'elle se présente avec sa mère en consultation de chirurgie où je suis présente. La mère s'exprime pour sa fille et évoque la gêne « douloureuse » de celle-ci lorsqu'elle est assise, ainsi que les démangeaisons importantes liées aux frottements exercés par les vêtements. À l'examen clinique, une nymphomégalie est constatée. La longueur des petites lèvres est estimée entre huit et dix centimètres. La mère, originaire d'Afrique de l'Ouest, raconte brièvement qu'elle a été excisée dans l'enfance. La chirurgienne les adresse vers ma consultation. Il me semble saisir deux questions dans cette demande : *Aissata* est-elle réellement gênée par cette nymphomégalie et demande-t-elle cette intervention ? Sa mère met-elle en acte une répétition de sa propre excision sur le corps de sa fille ?

Lorsque je les reçois toutes les deux, *Aissata* dit d'emblée qu'elle a peur d'être opérée. Elle ne parvient pas à m'expliquer ce qui la gêne, ni pourquoi elle est là. *Aissata* a un retard cognitif important, séquellaire d'un accouchement difficile à la suite duquel la mère est restée dans le coma pendant trois jours. La mère décrit sa fille comme vivant « au jour le jour », ne pouvant pas restituer des événements passés, même de quelques heures. Elle se présente comme le porte-parole de sa fille, et rapporte à nouveau plus en détails les gênes et les douleurs de cette dernière.

La mère est une femme diplômée, fille de fonctionnaires : elle a beaucoup voyagé et parle plusieurs langues. Elle a été excisée à l'âge de six mois, alors que ses parents l'avaient confiée à une grand-mère au cours d'un déplacement professionnel ; sa mère aurait retrouvé son bébé excisé malgré son désaccord. Nul souvenir ne marque cet événement, nulle émotion ne surgit dans son discours. L'insistance du pédiatre d'*Aissata* pour faire pratiquer une nymphoplastie a, dit-elle, été très violente. Au fil des mois et des plaintes répétées de sa fille, cette intervention a cessé d'être une répétition des événements traumatiques qu'elle avait vécus, pour devenir au contraire une façon de soulager la gêne de sa fille. Son discours semble authentique, je n'y entends pas de dénégation. Mon hypothèse est que le handicap de la jeune fille a induit un mode de communication fusionnelle entre mère et fille.

La mère exprime ses peurs quant à l'intervention. Elle dit être effrayée à l'idée que sa fille ait mal, et s'inquiète de sa capacité à assurer des soins. Une

---

1. Piazza, 2014, p. 31.

autre inquiétude surgit en elle : l'intervention sera-t-elle « définitive » ? Les petites lèvres de sa fille ne vont-elles pas « continuer à pousser » ? J'entends dans cette question, la représentation fantasmatique d'un organe génital féminin excessif et débordant.

Quelques mois plus tard, une nouvelle consultation de chirurgie est organisée en ma présence. Aissata ne parvient pas à s'exprimer malgré le temps consacré à l'entretien. La position de la chirurgienne est claire : il faut son consentement. Le désir de la mère ne peut tenir lieu d'indication chirurgicale. J'explique qu'Aissata n'est en mesure de verbaliser ni un avis ni ses ressentis mais qu'elle fait fréquemment entendre une plainte à sa mère. Je me fais à mon tour porte-parole de la fille, mais surtout de la mère. Je raconte le cheminement de la mère, qui lui a permis de faire la part des choses entre son excision et l'intervention chirurgicale de sa fille. Une intervention en ambulatoire est décidée : l'objectif sera de conserver la sensibilité génitale de la jeune fille tout en soulageant la gêne ressentie. Un mois après, lors de la consultation post-opératoire, Aissata peut exprimer sa satisfaction auprès de la chirurgienne, sa mère aussi.

Lors de la première consultation conjointe, deux événements inattendus se produisent : l'examen clinique d'Aissata dévoile une nymphomégalie, et la mère fait part de l'excision qu'elle a subie. La succession entre la découverte de la nymphomégalie et celle de l'excision maternelle les lie dans une même chaîne associative. L'entretien psychologique est demandé pour interroger cette possible répétition de l'excision. La question du trauma est en effet présente dans le discours de la mère au cours de l'entretien. Le blanc de pensée et l'impossibilité d'exprimer des affects au sujet de l'excision, sont des marques de la sidération de la mère et en signent l'aspect traumatique. Ce que j'entends de la demande maternelle, c'est que l'intervention doit faire œuvre de reconstruction pour elle-même, à travers le corps de sa fille. L'accouchement et le coma sont présentés également comme des événements traumatogènes ayant induit un état de passivité chez la mère. En reconstruisant hypothétiquement les relations précoces entre la mère et la fille, on ne peut qu'imaginer le regard maternel sur l'enfant dépendant. L'état de désaide (Freud, 1926) de l'adolescente, maintient le lien précoce autour d'une impossible séparation : comment mère et fille pourraient se séparer alors que la rencontre n'a pas eu lieu à la naissance ? Le trauma est traité par le blanc et l'impossibilité à dire, mais son caractère d'excès

résonne avec l'excès du génital anatomique d'Aissata. Le transfert de la mère sur la chirurgienne est empreint d'ambivalence, manifestant à la fois une demande de réparation et une certaine agressivité. Mon écoute non-jugeante est en revanche perçue comme un appui qui me place en porte-parole de son désir. Le défaut de parole chez Aissata laisse une entière place au discours de la mère. Un des points d'angoisse ressenti dans le contre-transfert a probablement à voir avec ce « sentiment inéluctable » que « de la mère à la fille, il n'y aura jamais d'histoire, seulement un retour du même »<sup>2</sup>. Toutes les paroles pourraient occuper une place équivalente. Ainsi, il ne s'agirait pas de reproduire l'excision maternelle dans le corps de l'enfant, mais plutôt de répéter l'impossible énonciation, pour Aissata et pour l'*infans* qu'était sa mère. L'enjeu des entretiens avec Aissata et sa mère est de dégager un espace d'altérité. La « menace de l'identique » dans la relation mère-fille, accentuée par le handicap de l'adolescente, s'est muée en réaction contre-transférentielle : faire entendre le discours de la mère. La fonction phorique que j'ai occupée a, semble-t-il, fait pression sur la chirurgienne. Ce jeu d'emboitements dans la fonction phorique (la mère parle pour sa fille, la psychologue parle pour la mère) pourrait mettre en scène une redondance symbolique de la mutilation, de la parole excisée. Finalement, était-ce permettre que la souffrance de cette jeune fille soit entendue ou était-ce empêcher qu'elle se dise ?

La tension avec la chirurgienne m'a interrogée avec malaise sur la position que j'avais occupée dans cette situation, comme si je l'avais poussée à opérer. En effet, l'équipe chirurgicale s'appuie sur des indications médicales strictes et s'oppose à des interventions qui ne seraient qu'à visée esthétique, ce qui « représente une évolution positive »<sup>3</sup> du regard médical sur le corps des femmes. L'avis de la psychologue ne peut constituer une indication chirurgicale, sauf à considérer une équivalence entre les discours et les savoirs de chaque champ. Rappporter la réalité psychique de la mère et de la fille aurait induit fantasmatiquement une confusion des places entre la psychologue et la chirurgienne, l'une et l'autre devenant également détentrices d'un savoir

---

2. André, 2003, p. 11.

3. Marry, 2019, p. 178.

phallique. Ou pour le formuler autrement, l'identique entre mère et fille, a agi transférentiellement dans l'équipe. Le conflit entre psychologue et chirurgienne semble aussi avoir rejoué un conflit ancien, déplaçant dans le milieu médical le reproche jamais formulé de la grand-mère d'Aissata à l'égard de sa propre mère.

Ce malaise a fait surgir en association l'histoire de cette femme que l'on a surnommée « la Vénus Hottentote » ou la « Vénus noire ». Saartje Baartman (1788-1815), née en Afrique du Sud, fut une esclave vendue en Europe et exhibée dans des « zoos humains » pour son postérieur et ses petites lèvres proéminents. Elle fut traitée comme un objet d'étude par Geoffroy Saint-Hilaire et surtout Georges Cuvier, pour démontrer l'infériorité de certaines races. Elle fut étudiée, exhibée et violée, puis à son décès, disséquée et ses organes génitaux conservés dans du formol. Son corps fut restitué en 2002 à l'Afrique du Sud. L'histoire de cette femme est exemplaire de la façon dont le corps féminin peut être mis à mal en concentrant la fascination érotique et l'horreur de l'étrangeté. Cette association tient lieu de tentative de mise en forme du fantasme d'un organe génital féminin débordant, de la représentation du corps féminin sujet à un « débordement toujours possible » suscitant une « angoisse de l'informe »<sup>4</sup> qui fait trace dans les discours médicaux jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle. En ce sens, le conflit, l'expression du désaccord et la rivalité phallique au sein de l'équipe, ont offert un espace de dégageant possible pour penser le corps féminin.

Le traitement des traumatismes maternels ne pouvait se réaliser dans le cadre de ces rencontres mais la prise en considération de l'histoire familiale a permis que les soins chirurgicaux d'Aissata préservent au mieux son intégrité somatique et psychique.

#### ALEXANDRA, DEVENIR FEMME

*Alexandra*, âgée de quatorze ans, consulte pour une excroissance clitoridienne importante existant depuis plusieurs années. Elle est très gênée par l'aspect inesthétique de son clitoris mais aussi lors de ses mouvements et de l'habillement. Les examens hormonaux, génétiques et radiologiques sont normaux. Une chirurgie est prévue quelques mois plus tard, et des consultations avec la psychologue sont proposées afin de préparer cette intervention. Alexandra s'en saisit aussitôt mettant sur le même plan les enjeux chirurgicaux et psychologiques de cette intervention. Il s'agit de préserver la sensibilité clitoridienne de la jeune

---

4. Parat, 2006, p. 40.

filles, d'établir un diagnostic de cette tumeur bénigne mais aussi d'accompagner psychiquement ce geste qui pourrait être vécu comme un équivalent réel de castration. Alexandra vient accompagnée de sa mère qui propose spontanément de rester dans la salle d'attente mais tient à me faire part de ses inquiétudes au sujet de sa fille qu'elle décrit comme anxieuse et déprimée.

Au fil des rendez-vous, Alexandra déploie les subtils vacillements à l'œuvre dans son roman familial et dans sa construction psychosexuelle. Elle s'est crue adoptée, dit-elle, parce que les adultes de l'école élémentaire soulignaient qu'elle n'avait pas la même couleur de peau que sa mère. Alexandra est métisse, sa mère est blanche. Leur relation est teintée des conflits habituels de l'adolescence autour des résultats scolaires. Le point de rencontre entre mère et fille se produit au cours des voyages annuels, toujours loin, que la mère prend grand soin d'organiser. Ces voyages dans des terres étrangères, souvent reculées et peu accessibles, sont des moments où elles semblent solidement liées et seules au monde. Alexandra raconte qu'elle s'est rendu compte vers l'âge de six ou sept ans qu'elle avait « un chapeau au-dessus du clitoris ». À la piscine, les moqueries des camarades au sujet de son « zizi » redoublent son sentiment d'être différente des autres, d'être une étrangère. Ce n'est pas sur le genre que la question se pose pour Alexandra, mais sur sa filiation à sa mère. Cette excroissance aurait grandi en même temps qu'elle. Six ou sept ans, c'est aussi l'âge auquel elle aurait formulé au Juge qu'elle ne souhaitait plus voir son père. De ce père ainsi évacué, il ne sera plus question au cours des entretiens.

Alors que ses camarades de classe envisagent leurs premières relations sexuelles, Alexandra imagine la rencontre sexuelle comme impossible. Elle demande qu'on lui enlève ce qu'elle a « en plus » pour être « encore plus fille ». La masse clitoridienne ne fait pas d'elle un garçon mais la rend différente. Elle ressent cette excroissance comme une partie d'elle peu sensible, peu érotisée sensoriellement. Malgré la singularité du vécu érogène et des relations à la mère, nul trouble dans le genre n'apparaît dans son discours. Elle évoque l'après-chirurgie : gardera-t-elle une sensibilité clitoridienne ? Comment fera-t-elle avec la sensation « bizarre » de n'avoir plus cette masse ? L'intrication somato-psychique de ses questions lui apparaît assez clairement. Peu de temps avant l'intervention, elle s'étonne d'être aussi sereine, elle qui a si peur des soins dentaires. Elle se souvient de l'extraction traumatique d'une dent, vécue comme l'arrachage d'une partie d'elle-même. L'excroissance semble finalement mener une existence en dehors d'elle, comme un corps étranger à supprimer. Au cours de l'hospitalisation, son angoisse se focalise autour d'autres soins (piqûres, perfusions).

Je revois Alexandra six mois après l'intervention. Elle raconte avoir traversé un moment de régression après l'opération : « J'avais le syndrome de Peter Pan. J'étais une toute petite fille, j'avais beaucoup besoin de ma mère, je n'étais pas du tout autonome. » Pour se réapproprier son corps, elle s'est beaucoup observée. « C'est nouveau, c'est bizarre ; ça, c'est moi ». Elle se sent

maintenant « normale » et s'est autorisée à parler de son intervention à des camarades en colonie de vacances : « Je savais que je ne les reverrai pas. » Elle s'habitue petit à petit à avoir plus de sensations qu'avant. Cette masse c'était « comme un sixième doigt, mais dans une zone dont on ne peut pas parler ». Dans la perte, elle trouve un gain de sensorialité. « Je n'ai pas quelque chose en plus, j'ai tout ce qu'il faut pour être une femme ».

Le récit d'Alexandra fait surgir sa préoccupation pour cette excroissance « ni molle, ni dure » au moment où elle choisit de ne vivre qu'avec sa mère. La figure du père a-t-elle été réduite alors à un ersatz de pénis, incorporé ? Comme si le couple mère-fille avait totémisé le phallus du père, se manifestant, s'incarnant dans la réalité du corps de l'enfant. À cet âge – six ou sept ans – la blessure narcissique liée par le constat du manque du pénis qui fait se détourner de la mère pour se tourner vers le père, n'avait pas eu tout à fait lieu. Dans sa « XXXIII<sup>ème</sup> conférence », Freud écrivait que « la petite fille doit [...] échanger zone érogène et objet, deux choses que le garçon, lui, conserve. [...] Comment la petite fille passe-t-elle de la mère à l'attachement au père, ou, en d'autres termes : de sa tâche masculine à sa tâche féminine qui lui est biologiquement assignée ? »<sup>5</sup>. Alexandra aurait conservé, comme dans le développement psychosexuel masculin décrit par Freud, la zone érogène et l'objet d'amour maternel. L'attachement précœdipien, le lien originaire à la mère, n'aurait pas été suivi d'un détournement, bien que l'« ambivalence des sentiments » à l'égard de la mère (Freud, 1933) soit perceptible dans son discours.

L'angoisse la saisit et empêche toute parole autour de la sexualité avec ses pairs ; parler l'exposerait aux yeux de tous et susciterait trop d'effroi chez l'autre – sa vulve non castrée devenant une incarnation manifeste de la Méduse (Freud, 1922). Alexandra parle de tout aisément, sauf de sexualité ; comme si parler revenait à se montrer. L'aspect phallique du savoir et du langage est très investi jusqu'au point d'arrêt que constitue la sexualité. Pendant les soins, la passivité induite par l'intrusion dans le corps constitue un moment potentiellement traumatique. L'intervention chirurgicale, qui donne chair à la castration dans le réel du corps, est perçue comme un renouveau, un accès à la féminité et à la

---

5. Freud, 1933, p. 159.

jouissance. La jouissance et l'angoisse s'expriment de deux manières différentes. La peur des piqûres est manifeste de l'angoisse d'intrusion – c'est le corps interne qui est ici concerné –, et non de l'angoisse de castration. L'intervention chirurgicale semble avoir octroyé à la jeune fille un gain de féminité. Si l'on considère la maladie comme un « verre grossissant de certains enjeux de la sexualité féminine »<sup>6</sup>, les soins chirurgicaux réalisant la castration dans le réel du corps, permettent ici l'accès à la jouissance féminine.

Alexandra fait figure de patiente idéale pour la psychologue que je suis. Elle parle aisément, associe, est cultivée ; les nombreuses similarités entre son histoire et la mienne favorisent le jeu de miroir dans les identifications. Au cours de l'hospitalisation, la jeune fille et sa mère font part de leurs transferts vis-à-vis de la chirurgienne et de la psychologue. La chirurgienne est idéalisée : « Nous avons vraiment de la chance, dit la mère, c'est la spécialiste, la seule en France. » « Comme c'est une femme, elle va préserver ma sensibilité clitoridienne », dit Alexandra. Puis : « La chirurgienne a très bien travaillé, elle a fait un travail très propre et qui me fait très plaisir. » Le lendemain de l'intervention, elles font toutes deux part à la psychologue de leur hypothèse la concernant : « On s'est dit que vous aviez sûrement des filles, vous avez vraiment un truc pour parler aux jeunes filles. »

La co-existence d'un transfert idéalisé sur la chirurgienne et sur la psychologue est assez rare, les médecins étant habituellement objets de l'idéalisation. Souvent, la psychologue, « comme la maladie [...] est l'intrus »<sup>7</sup>. La figure d'une mère idéalisée et la dimension de séduction potentielle dans le transfert, font écho à l'enjeu autour de la conservation de la sensibilité érogène du clitoris dont il est question lors de toutes les consultations de chirurgie mais aussi lors des entretiens psychologiques. Ici, les soignantes répètent la séduction originaires de la mère qui, à travers ses soins, « a dû provoquer et peut-être même éveiller d'abord des sensations de plaisir sur les organes génitaux »<sup>8</sup>. Le transfert homo-érotique met en scène de façon transparente la séduction originaires. La reviviscence des relations précoces à la mère apparaît aussi dans la régression traversée

---

6. Yi, 2017, p. 87.

7. Schwering, 2014, p. 37.

8. Freud, 1905, p. 162.

par Alexandra après l'intervention, qu'elle nomme « syndrome de Peter Pan ». Cette régression en période pubertaire, ainsi que la nature du transfert, illustrent une forme d'expression de l'homo-érotisme ordinaire de l'adolescent, lié à « une véritable fixation (refus du changement) ou une régression-reviviscence de la précoce dyadique mère-enfant »<sup>9</sup>.

Ces deux situations témoignent de la diversité que l'on peut rencontrer dans le travail clinique à l'hôpital : dans l'une réside une tension ; dans l'autre, tous les désirs convergent. L'une parle, élabore jusqu'à quasi saturation des éléments psychosexuels ; l'autre se tait. Dans la situation d'Aissata, mon travail peut s'apparenter à de la mise en lien, ou de la médiation, permettant que la parole de cette mère (à défaut de celle de l'enfant) soit entendue pour ce qu'elle est. Cependant, faire liant pour les patients peut induire une position conflictuelle avec l'équipe. Le travail de mise en sens, plus apparent dans la situation d'Alexandra, semble avant tout avoir « opéré » pour la jeune fille.

Le délai entre la découverte de l'hypertrophie et l'intervention est de plusieurs années ; le cheminement des patientes et de leur mère peut interroger, mais rencontre finalement l'adhésion de l'équipe. Ce délai a été l'occasion de mobiliser un processus de subjectivation (Richard, 2001) – bien qu'il reste en question pour Aissata – témoignant de la possibilité de formuler une demande concernant son propre corps. La question du consentement et du désir des patient.e.s en pédiatrie reste primordiale, un point central, objet de doute, qui doit sans cesse être interrogé. Pour les deux jeunes filles, la problématique n'est pas traitée du côté de la question du genre mais plutôt de l'accès à une sexualité féminine érogène. Le corps féminin n'est pas « à défaut » mais au contraire « à l'excès ». L'angoisse et la fascination apparues sur les scènes transférentielles sont à mettre en lien avec le fantasme d'un féminin débordant (Parat, 2006). L'intervention semble tenir lieu de rite de passage vers la féminité entre femmes, et l'absence du masculin dans les scènes transférentielles accentue la surestimation du féminin : nuls pères dans ces deux situations, une affaire

---

9. Maïdi, 2007, p. 426.

entre femmes où il n'aura été question d'un homme, le père, que pour l'évacuer. La référence à la théorie de la castration semble organisatrice de l'analyse de la situation puisque, pour les deux adolescentes, la féminité s'acquiert par l'ablation de ce qu'elles jugent avoir en trop. Si toute chirurgie ablative confronte à la castration, elle n'entraîne pas systématiquement, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, une angoisse de castration (ce qui amène à se défaire d'une équivalence trop directe entre réalité et fantasme). Chacune traite, selon des modalités de fonctionnement qui lui sont propres, ce que la chirurgie a éveillé dans sa psychosexualité et son histoire infantile. Cependant, pour les deux jeunes filles, l'angoisse se tient dans l'impossible énonciation : « Pour se signifier et se transmettre, la castration n'a pas forcément besoin de gestes blessants ou de mots menaçants ; il suffit parfois que les mots manquent »<sup>10</sup>. Chez Aissata, la menace de l'identique et l'impossible séparation d'avec la mère, peuvent éclairer la charge d'effroi dans le contre-transfert. Chez Alexandra, le jeu des identifications est labile et la relation à la mère est empreinte d'une ambivalence des affects, ordinaire à l'adolescence.

La chirurgie des organes uro-génitaux fait émerger des fantasmes, tant chez les patientes que les chirurgien.ne.s et la psychologue. Ils nécessitent une mise en forme par un travail de réflexion partagé. Dialoguer avec les équipes, quand le corps de l'enfant ou de l'adolescent.e est passivé par la maladie et les soins, c'est soutenir la position subjective des patient.e.s. Bien que faire entendre les représentations fantasmatiques des patientes opérées suscite parfois de l'effroi ou de la séduction, il est important de transmettre ce qu'il en est de notre travail, même *a minima*, pour favoriser la relation et le dialogue avec les médecins et valoriser la spécificité du travail de psychologue à l'hôpital. Les entretiens préopératoires attisent particulièrement la curiosité sexuelle infantile, ce qui accentue leur intérêt clinique, mais interroge sans cesse la fonction et l'identité de psychologue à l'hôpital.

---

10. Yi, 2019, p. 1638.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ J. Éd. (2003). L'empire du même. In : *Mères et filles. La menace de l'identique*. Paris : PUF, pp. 11-22.
- DE GHEEST F., LAMBOTTE I., DETEMMERMAN D. *et al.* (2006). Le vécu psychologique d'enfants confrontés à une intervention chirurgicale digestive lourde : mise en évidence de leurs ressources internes et relationnelles. *Le Carnet PSY*, 106 : 31-37.
- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorisation de la sexualité*. Paris : Gallimard, 1990.
- FREUD S. (1919). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris : Gallimard, 1985.
- FREUD S. (1922). La tête de Méduse. In : *Résultats, idées, problèmes, II*. Paris : PUF, 1998, pp. 49-50.
- FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF, 1993.
- FREUD S. (1933). XXXIII<sup>ème</sup> conférence : La féminité. In : *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 2002, pp. 150-181.
- MAÏDI H. (2007). Le beau, le laid, le genre. *Adolescence*, 25 : 417-429.
- MARRY C. (2019). Delphine Garday et Marilène Vuille (dir.) : Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences. *Nouvelles questions féministes*, 38 : 176-179.
- PARAT H. (2006). *Sein de femme, sein de mère*. Paris : PUF.
- PIAZZA S. (2014). La nymphoplastie. Nouvelle modalité de l'insupportable du corps féminin. *Recherches en Psychanalyse*, 17 : 27-34.
- RICHARD F. (2001). *Le processus de subjectivation à l'adolescence*. Paris : Dunod.
- SCHWERING K.-L. (2014). La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital. *Champ psy*, 66 : 31-44.
- YI M.-K. (2017). Comment le féminin vient au corps malade ? *Revue Française de Psychosomatique*, 51 : 85-100.
- YI M.-K. (2019). Comment jouer avec l'arbre qui cache la forêt ? *Rev. Fr. Psychanal.*, 83 : 1635-1340.

Éliane Josset-Raffet, Élisabeth Carricaburu  
 Annabel Paye-Jaouen  
 Hôpital Robert Debré  
 Service de chirurgie viscérale  
 et urologie pédiatrique  
 48 bd. Sérurier  
 75019 Paris, France  
 eliane.raffet@aphp.fr  
 elisabeth.carricaburu@aphp.fr  
 annabel.paye-jaouen@aphp.fr