



Adolescence et sexualité

Rev Med Suisse 2006; 2: 792-6

G. Kjellberg

Dr Göran Kjellberg
38, ch. de la Petite-Boissière
1208 Genève
goran.kjellberg@spray.se

Adolescence and sexuality

Different pathological states occurring during adolescence, such as anorexia, bulimia and suicidal attempts are seen as possible manifestations of psychological defence mechanisms against the anxiety-provoking bodily changes of puberty and the necessary psychological transformations inherent to adolescence and sexual maturation. The changes of object of desire and some sexual risk behaviours are illustrated by clinical vignettes. Music is suggested to play a role in the mobilisation of emotions, bodily sensations and in the construction of an imaginary world and thus to be a factor – a part from biological and psycho-social ones – influencing the sexual behaviour of adolescents. Some communication techniques are suggested enabling access to adolescents on sexual matters – a domain of increasing public health importance.

Certains états pathologiques présents à l'adolescence – tels que l'anorexie, la boulimie et les tentatives de suicide – peuvent être vus comme des stratégies de défense psychologiques contre les changements corporels anxiogènes de la puberté et les transformations psychologiques inhérentes à l'adolescence et à la maturation sexuelle.

La musique est proposée comme jouant un rôle dans la mobilisation des émotions, des sensations corporelles et dans la construction des fantasmes ce qui lui permet ainsi – à côté des facteurs biologiques et psychosociaux – d'influencer le comportement sexuel à l'adolescence.

Quelques techniques de communication sont par ailleurs présentées permettant un meilleur accès au domaine de la sexualité des adolescents – un champ important de la santé publique.

Une des tâches essentielles à l'adolescence est l'acquisition d'une sexualité génitale adulte, ce qui implique l'évolution et l'élaboration de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

LA PUBERTÉ – POINT DE DÉPART D'UNE SEXUALITÉ ADULTE

Le début de la sexualité adulte est marqué par la puberté biologique,¹ qui intervient trois mois plus précocement tous les dix ans chez les jeunes depuis les années 1830 jusqu'en 1960.² Des changements hormonaux transforment le corps du point de vue morphologique et fonctionnel, ce qui influencera et transformera d'une façon décisive la sexualité infantile déjà présente.³

L'ÉROTISATION GÉNITALE ET LA RELATION AU CORPS

Si l'enfant impubère est d'abord entièrement sexualité et sensualité dans l'entier de son corps – il suffit d'observer un bébé en train d'être allaité au sein pour s'en convaincre – l'adolescent centre sa vie sexuelle sur les zones érogènes, en particulier les organes génitaux.

En parallèle de cet éveil des sensations, surviendront l'apparition de fantasmes⁴ dans l'appareil psychique et un investissement émotionnel des parties génitales.

La relation au corps est au cœur de la sexualité à l'adolescence. Ce corps transformé par la puberté est plus ou moins accepté par l'adolescent. Soit il est source de plaisir et de stimulations, soit il devient source d'angoisse et de rejet. L'adolescent peut dans certains cas développer des réactions de résistance afin de contre-carrer cette angoisse et ainsi exprimer un désir, tout vague soit-il, de rebrousser chemin dans son développement, ce qui ferait partie de son travail de deuil de l'enfance.

LE CORPS ATTAQUÉ

Pour certains adolescents, la puberté semble être perçue comme une violence subie par l'intérieur.⁵ Certains comportements pathologiques à l'adolescence pou-

raient être vus comme une vengeance contre cette violence.

Les messages publicitaires et commerciaux valorisant l'esthétique et la sveltesse du corps, surtout pour les filles, et soulignant l'importance d'un corps bien entraîné chez les garçons, se trouvent en contradiction avec les tendances vers la sédentarité et avec l'augmentation importante de l'obésité dans notre société. Ces tendances, ainsi qu'un soutien familial parfois défaillant, rendent difficile pour le jeune la transition corporelle vers un corps adulte.

Ceci d'autant plus que l'aspect corporel adolescent est souvent valorisé par les adultes. Ainsi, l'adolescence peut obtenir un statut de permanence au lieu d'être vue comme une phase de transition vers le stade adulte. L'arène du corps devient ainsi un lieu de concurrence entre les générations – rendant encore moins évidente la différenciation générationnelle, laquelle aussi est un objectif à atteindre à l'adolescence.

TROUBLES ALIMENTAIRES

Une manière d'essayer de contrôler le corps peut être représentée par l'apparition d'un trouble alimentaire. L'anorexie mentale se manifeste en outre par la disparition temporaire des menstruations. Ainsi, même si les troubles alimentaires constituent souvent une mise en acte de conflits relationnels, l'anorexie mentale peut aussi être vue comme une manière de vouloir renverser le développement et de revenir à un stade prépubère. Elle présente un étrange paradoxe : à côté d'une perte de poids considérable qu'elle peut entraîner se manifeste la capacité de déployer une activité physique parfois forcenée.

Un autre trouble alimentaire, à certains égards opposé à l'anorexie, est la boulimie. Ici, au lieu du refus permanent d'une nourriture juste suffisante pour la survie, il y a au contraire excès d'alimentation, excès qui se manifeste le plus souvent par crises et qui est en général compensé par le vomissement.

SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE

L'anorexie mentale comporte un risque de mortalité non négligeable, mais c'est au niveau des tentatives de suicide que le risque *quod vitam* est le plus marqué. Notons aussi que les adolescentes boulimiques présentent d'importantes tendances suicidaires.

Rappelons qu'en moyenne deux jeunes de quinze à vingt-quatre ans se suicident chaque semaine en Suisse, le nombre exact des tentatives de suicide étant mal connu par manque de consensus au niveau de la définition de ce geste. Rappelons aussi que la mortalité chez les garçons est quatre fois supérieure à celle des filles⁶ et que celles-ci effectuent la majeure partie des tentatives de suicide. Ces attaques mortifères au corps laissent supposer que celui-ci n'est plus investi émotionnellement, et qu'il est aussi érotiquement désinvesti. Ce ne sont donc pas seulement les parties génitales, mais le corps en entier qui à ce moment sera désérotisé.

A côté des troubles alimentaires, il faut encore mentionner comme attaques au corps la dysmorphophobie et les automutilations.

L'OBJET DE DÉSIR ET SES VICISSITUDES

L'objet de désir de la sexualité naissante chez l'enfant est souvent le parent du sexe opposé.

Vignette 1

Michel, 5 ans, accompagné par sa mère, est vu dans le cadre d'une consultation pédiatrique. A la question s'il va se marier et avoir une famille quand il sera grand, il répond que oui. Face à la question qui pourra devenir sa femme, il déclare fièrement que pour lui c'est déjà décidé : «Evidemment, ce sera Maman !».

A l'adolescence, l'objet du désir sera recruté parmi les pairs, tandis que le parent du sexe opposé sera barré par l'interdit incestueux, une pierre angulaire dans la différenciation générationnelle.

Lorsque le changement d'objet du désir est entravé, un développement pathologique parfois grave peut survenir.

Vignette 2

Pierre, 17 ans, vit seul avec sa mère, 50 ans, veuve depuis quelques mois. Il s'isole, son développement psychologique se bloque et il entre successivement dans un état psychotique. Lors d'un entretien dans le cadre d'une hospitalisation, il avoue penser que sa mère – depuis plusieurs années ménopausée – est enceinte et qu'il est lui-même à l'origine de cette grossesse. Après des soins appropriés de son état et une longue psychothérapie, Pierre pourra se libérer de cette pensée persécutrice, sortir de cette expérience éprouvante et, par la suite, reprendre son développement personnel.

LES INFLUENCES SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL

Facteurs sociaux

Les changements au niveau de la socialisation des jeunes avec une prolongation de la situation de dépendance envers les parents et une insertion professionnelle plus tardive ne facilitent pas le processus de construction de la personnalité adulte.⁷

Des facteurs influençant l'âge des premiers rapports sexuels sont surtout liés à l'âge de la puberté et aux caractéristiques de la famille de l'adolescent.⁸ Une transformation pubertaire précoce, le fait de vivre dans une famille monoparentale avec un encadrement d'adultes défaillant par ailleurs, et un niveau socio-économique modeste sont des facteurs qui sont en covariance avec un début précoce des rapports sexuels. Un contexte social avec un encadrement scolaire précaire, une absence d'activités extrascolaires et une ambition plutôt modeste du point de vue de l'éducation semblent davantage prévaloir pour les adolescents présentant un comportement sexuel à risque. Soulignons aussi l'influence importante du groupe des pairs sur les attitudes et le comportement sexuel des garçons à l'adolescence.⁹

Les attouchements et abus sexuels sont rapportés à une fréquence non négligeable chez les adolescents genevois¹⁰ et suisses.¹¹ La maltraitance et les abus sexuels dans l'en-



fance¹² sont potentiellement à l'origine, plus tard, de bien des difficultés sur le plan sexuel.

Facteurs biologiques

Des études démontrent que le corps atteint une maturité sexuelle bien avant la maturité cognitive et émotionnelle. Rappelons à ce propos que le développement du cortex préfrontal du cerveau, siège du contrôle de l'impulsivité, ne s'accomplit pas avant l'âge de vingt ans.¹³ Des études sur les interactions entre les hormones, le comportement et les affects laisse supposer qu'un comportement à risque serait ubiquitaire à l'adolescence.¹⁴

Facteurs psychologiques

Cependant, une étude suisse sur la sexualité des adolescents et le sida, portant sur un échantillon de plus de 4000 adolescents recrutés dans les trois régions linguistiques, arrive à la conclusion que le comportement à risque ne semble pas être généralisé parmi les adolescents et que les prises de risque systématiques sont rares parmi eux.¹⁵ Cette étude démontre qu'aussi bien les garçons que les filles trouvent particulièrement importants les sentiments, les émotions et la tendresse dans les relations sexuelles. Aussi, tire-t-on dans l'étude la conclusion que les jeunes qui valorisent la recherche du plaisir au détriment du partage et de l'émotion ont davantage que les autres tendance à un comportement à risque.

Le rôle possible de la musique

Si une source d'éveil du désir sexuel chez l'adolescent se trouve dans la découverte de son propre corps et de celui de l'autre – nous pensons qu'une troisième source d'éveil se trouve dans la musique.¹⁶ Que la musique retient un rôle important chez les adolescents, aussi bien dans leur développement que dans leur vie en groupe, est démontré par leur comportement branché en partie dû aux technologies nouvelles largement accessibles. Rappelons aussi qu'Aristote – soucieux de quelle place accorder à la musique dans l'éducation – a souligné l'influence de la musique sur les jeunes.¹⁷

Nous pouvons schématiquement différencier trois niveaux d'approche : les sensations corporelles, les émotions et les représentations mentales, qui ont tous leur équivalence en musique.

Le rythme s'inscrit au niveau des *sensations corporelles*, les mouvements rythmiques du corps étant déjà présents dans l'enfance et profondément influencés, justement, par le rythme musical.¹⁸ Notons aussi que ce sont des musiques très rythmées telles que le jazz et plus récemment le *hip-hop* et le *hardcore* parmi d'autres qui ont gagné une grande popularité chez les adolescents. Le choix de musique peut parfois aussi être une manière pour les adolescents de se démarquer du monde des adultes. Une dynamique prédominante très puissante (*fortissimo*) dans plusieurs de ces musiques génère les sensations fortes souvent recherchées par les adolescents.

Les harmonies modèrent les *émotions*.¹⁹ Il suffit de penser au schéma de base, les gammes majeures et mineures qui marquent un penchant vers la joie ou la tristesse.

Une musique avec une harmonisation variée pourrait

ainsi dynamiser une vie émotionnelle figée que l'on retrouve parfois chez des adolescents en crise. Pour quelques adolescents certaines musiques (par exemple : le Metal) peut constituer l'accompagnement dans une recherche d'émotions intenses souvent dans une logique dépressive – dont le risque serait à évaluer.²⁰ Citons aussi le témoignage remarquable concernant un adolescent qui dans une période difficile de sa vie est confronté à la musique de Mozart, ce qui lui donne accès à des horizons nouveaux et semble le sauver d'une crise suicidaire.²¹

Les mélodies et les textes des chansons, sans oublier les images qui les accompagnent, fécondent les *représentations mentales*.

Rappelons l'essor de la chaîne de télévision MTV, qui connaît un succès important parmi les jeunes depuis son arrivée en 1981. Les messages médiatiques reliés plus particulièrement à la musique rap, laquelle retrouve ses racines parmi les Afro-américains peuplant les bidonvilles, comportent le plus souvent une forte composante sexuelle très sexiste. Les messages de ces chansons prônent l'idéalisation des filles afro-américaines prostituées qui, par leur attraction sexuelle, ont accès aux Blancs, ainsi que leurs proxénètes qui en construisent leur prospérité.²² Dans une analyse détaillée des textes de chants populaires de 1945 à 1976, par contre, les femmes sont moins décrites comme soumises et davantage comme des femmes de pouvoir.²³

Drogues et médicaments

La musique *heavy metal* s'accompagne souvent de prises de drogues stimulantes pour la sexualité, telles que les amphétamines, l'ecstasy ou le cannabis.²⁴ Rappelons, par la même occasion, les effets secondaires sur le fonctionnement sexuel des antidépresseurs SSRI, avec éjaculation tardive chez l'homme et un orgasme diminué chez la femme.

LE COMPORTEMENT SEXUEL À L'ADOLESCENCE

Il n'existe pas un consensus concernant le développement sexuel normal. Dans une étude américaine, on note, en ce qui concerne la masturbation, des différences entre garçons et filles.²⁵ Environ 25-40% des filles et 45-60% des garçons la pratiqueraient. La plupart commenceraient une telle pratique avant l'âge de treize ans et découvriraient le mécanisme par eux-mêmes.

Dans une étude américaine d'interviews portant sur 894 adolescents de quatorze à dix-sept ans, on a procédé à un classement des jeunes en cinq groupes selon leur comportement sexuel.²⁶ Les *retardataires* étaient caractérisés par le fait de ne jamais avoir eu de rapport sexuel et exprimaient la pensée qu'il était moins de 50% probable qu'un rapport puisse intervenir dans l'année à venir. Les *anticipateurs* étaient identiques aux précédents, avec l'exception de penser qu'il y aurait plus de 50% de probabilité d'avoir un rapport durant l'année à venir. Les *uniques* étaient ceux qui avaient eu un seul rapport sexuel dans leur vie. Les *stables* étaient ceux qui maintenaient des rapports sexuels répétitifs avec un seul partenaire. Les *multiples* étaient ceux qui avaient plusieurs rapports avec des partenaires différents.



Un comportement à risque peut se présenter sous différentes formes, dont une serait une impulsivité difficile à contrôler.

Vignette 3

Jean-Baptiste, 16 ans, vit seul avec sa mère. Le soir, il sort dans les bars et s'alcoolise. La soirée se termine avec une jeune fille rencontrée fortuitement et avec laquelle il a un rapport non protégé. «Ah oui, j'ai oublié le préservatif!». La crainte d'avoir attrapé le sida le pousse à consulter, des tests sont effectués et une trithérapie instaurée en attendant le résultat des tests, qui s'avèrent négatifs. Un autre soir, le comportement se répète avec une nouvelle femme rencontrée fortuitement, etc. Le scénario se répète trois fois avec des trithérapies instaurées en vain. L'impulsivité était difficile à contrôler pour Jean-Baptiste avant qu'il n'entame une psychothérapie.

Un autre comportement à risque peut être dû à l'incertitude concernant le bon fonctionnement de l'appareil reproductif.

Vignette 4

Marie, 27 ans, a voulu essayer la sexualité à l'âge de seize ans pour voir si «cela» fonctionnait. Tombée enceinte lors de son premier rapport, une interruption volontaire de grossesse (IVG) s'impose. Suivra la crainte qu'après cette IVG «cela» ne fonctionne plus. Nouvelle grossesse, nouvelle IVG, les événements se sont répétés trois fois afin de s'assurer du bon fonctionnement de son appareil de reproduction.

Une étude sur le comportement sexuel rapporté des jeunes en Suède,²⁷ qui s'inscrit dans une série répétée sur plusieurs années, démontre que dans les années 1960, les relations sexuelles avaient leur droit de cité surtout entre personnes mariées. Il faut cependant exprimer la réserve entre ce qui est rapporté dans une investigation et qui reflète souvent le normatif et ce qui se passe en pratique et qui peu être différent. Depuis les années 1980, la relation sexuelle serait admise aussi dans des relations durables entre personnes non mariées. Mais des relations fortuites étaient mal acceptées. Entre les années 1987 et 1997 on a constaté un changement important plus libéral dans les attitudes chez les jeunes en dessous de 24 ans. Les garçons semblent jouir d'une liberté de comportement plus grande tandis que les filles expriment qu'elles se sentent obligées d'être séduisante et désirable sans pour autant devenir «facile» et ainsi obtenir une mauvaise réputation. Actuellement une égalisation des attitudes s'est effectuée parmi garçons et filles et une prise de position plus permissive quant aux relations sexuelles semble s'être généralisée. On constate cependant que parmi les jeunes immigrés en Suède, le premier rapport sexuel a lieu plus tôt pour les garçons que pour les filles, ce qui s'inscrirait dans une tradition plus conservatrice prônant une plus grande restriction sexuelle pour les filles que pour les garçons. Cela est donc une observation nouvelle liée aux adolescents des familles venant de pays étrangers.

Dans le comportement sexuel plus précis – qui semble important à noter pour le médecin praticien – signalons l'augmentation des pratiques sexuelles orales, qui sont rapportées avec une haute fréquence dans des études américaines et suédoises. Il semblerait que la sexualité orale fasse partie soit d'une possible mesure de précaution antistida, soit du fait qu'elle implique davantage la sensibilité génitale.

INFORMATIONS SUR LA SEXUALITÉ

Les jeunes ont toujours besoin d'informations sur la sexualité. Ils les puisent à différentes sources, telles que la famille, les pairs, les mass media, et aussi sur l'internet qui, par son anonymat, est devenu particulièrement prisé. Une équipe de spécialistes dans le domaine de la santé des adolescents à Lausanne gère un site web : www.ciao.ch.²⁸ La base de données, avec des questions posées anonymement par des adolescents et les réponses des spécialistes, est accessible sur l'internet. Ainsi, le praticien peut obtenir des informations précieuses sur les questions que se posent les adolescent(e)s, et aussi sur des réponses données par l'équipe.

L'invocation est claire par la métaphore musicale du groupe Salt'N Pepper *Let's Talk About Sex!* Mais comment aborder le thème et comment trouver le langage adéquat accessible aux adolescents ? Le but serait d'éviter de tomber dans l'un des deux pièges : d'une part dans le discours paternaliste et normatif qui, dans l'imaginaire de l'adolescent, placerait le médecin dans la même catégorie que les parents – et donc souvent difficile d'accès pour les adolescents ; d'autre part dans un dialogue caractérisé par un copinage déplacé qui n'aiderait pas à une structuration des faits donnant accès à un savoir médical auquel le jeune s'attend.

Une des techniques serait d'utiliser un discours indirect : «D'autres me disent... qu'en dites-vous ?». Ainsi, le jeune se trouvera à une distance plus confortable du sujet et pourra se sentir moins visé. Il pourra s'exprimer en tant que l'expert en sa propre opinion qu'il est incontestablement, tout en gardant la sortie de secours qu'il n'a pas d'opinion à ce sujet.

Un autre moyen d'accès dans l'entretien – même chez le médecin somaticien – est de demander à l'adolescent de raconter un rêve : par ce biais, l'adolescent semble souvent retrouver une assurance, son rêve étant bien son domaine auquel aucun expert n'a accès. Cela devient pour lui un moyen d'affirmer sa personnalité car, en obtenant un tel sujet de dialogue, il pourra se sentir respecté et pris en compte dans la subjectivité de son vécu et des éléments anamnestiques importants et imprévus peuvent en découler. L'objectif du praticien ne sera certainement pas de produire une interprétation du rêve, mais d'ouvrir une piste pour une prise en charge personnalisée à laquelle chaque patient aspire.

L'objectif serait de se positionner psychologiquement près du Moi du patient et – tout en restant l'expert médical – réfléchir avec lui en respectant l'intimité et la vie personnelle du patient, ce qui exige une écoute et un tact faisant partie de toute relation de qualité entre un patient et son médecin.



PARAPHILIES NAISSANTES

S'il est parfois possible de traiter avec succès des perversions sexuelles²⁹ avant qu'elles ne se solidifient dans une logique implacable difficilement accessible par un traitement psychothérapique, c'est à l'adolescence qu'il serait important de les dépister et d'orienter ces jeunes vers un thérapeute possédant une expérience spécifique.

Une thérapie préventive pourrait s'étayer sur la flexibilité psychique du jeune – manifestée dans la capacité de rêver la nuit et de rêvasser le jour propre à l'adolescent – capacité qui n'est plus présente lorsque ce trouble de la sexualité est instauré et solidifié.

Une telle thérapie pourrait constituer un travail justement préventif, travail qui devrait ainsi être centré sur l'imaginaire plus que sur la réalité et affronté par le biais des émotions plutôt que par le raisonnement. Enfin, il pourrait se révéler important de souligner en particulier tout ce qui a trait tout autant au désir qu'à la jouissance proprement dite.

CONCLUSION

Si l'acquisition d'une sexualité génitale passe par le travail de deuil de l'enfance, nous avons vu que différents mécanismes de résistance peuvent être mis en place pour se protéger contre ce travail douloureux (troubles alimentaires, dysmorphophobies, réactions psychotiques, abus de drogues, tentatives de suicide, etc.).

Même si ces états requièrent certes une prise en charge professionnelle et compétente, des médiateurs non négligeables (familles, pairs, tiers adultes) entrent souvent en ligne de compte. Parmi ceux-ci, nous avons voulu introduire la musique dont la capacité entre autre de dynamiser la vie émotionnelle nous semble être une nouvelle piste à explorer.

Avec ce survol de la sexualité adolescente, nous devrions néanmoins conclure que nous nous trouvons en face d'un domaine mal définissable, susceptible de constantes transformations, mais riche de perspectives, ces dernières à leur tour aptes à nous faire mieux comprendre la sexualité de l'adulte. ■

Bibliographie

- 1 Sisk CL, Foster DL. The neural basis of puberty and adolescence. *Nat Neurosci* 2004;10:1040-7.
- 2 ** Blythe MJ, Rosenthal SL. Female adolescent sexuality. Promoting healthy sexual development. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000;27:125-41.
- 3 Freud S. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt am Main: Fischer Verlag GmbH, 1999.
- 4 Laufer M. Adolescence. Fantôme masturbatoire central et organisation sexuelle définitive. (In: Perret-Catipovic M, Ladame F. Adolescence et psychanalyse: une histoire). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1997.
- 5 Gutton P. Violence et adolescence. Collection Adolescence et Psychanalyse. Paris: In Press Edition, 2002.
- 6 Junker C, et al. Statistiques des causes de décès. Neuchâtel: Ed. Office fédéral de la statistique, 2004;62.
- 7 Guignard F. Au vif de l'infantile. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1996.
- 8 Teitelman AM. Adolescent girl's perspectives of family interactions related to menarche and sexual health. *Qual Health Res* 2004;14:1292-308.
- 9 * Barker G. What about Boys? A literature review on the health & development of adolescent boys. WHO 2000; WHO/FCH/CAH/00.7.
- 10 Halpérin DS, et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996;312:1326-9.
- 11 Tschumper A, et al. Sexual victimization in adolescent girls (age 15-20 years) enrolled in post-mandatory schools or professional training programmes in Switzerland. *Acta Paediatr* 1998;87:212-7.
- 12 * Halpérin DS, et al. A contre-cœur; à contre-corps. Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfants. Genève: Ed. Médecine & Hygiène, 1997.
- 13 Giedd J. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. In: Dahl RE, Spear LP: Adolescent brain development. *Ann NY Acad Sci* 2004;1021:77-85.
- 14 Cameron JL. Interrelationships between hormones, behavior and affect during adolescence. In: Dahl RE, Spear LP: Adolescent brain development. *Ann NY Acad Sci* 2004;1021:134-42.
- 15 Narring F, et al. Sexualité des adolescents et sida: processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne: IUMSP (Raison de Santé 1997;4).
- 16 * Arnett JJ. The Sounds of Sex: Sex in teen's music and music videos. In: Brown JD, et al. Sexual teens, sexual medias. London: Lawrence Erlbaum Assoc Publ, 2002.
- 17 Aristote: Politique. Livre V. De l'éducation dans la cité parfaite. Traduction française de Barthelemy-Saint-Hilaire. Paris: Ladrance, 1974.
- 18 Philips-Silver J, Trainor LJ. Feeling the Beat: Movement influences infant rhythm perception. *Science* 2005; 308:1430.
- 19 Rameau JP. Traité de l'harmonie réduite à ses principes naturels. 1722. Paris: Ballard, 1722 e 6.
- 20 Scheel KR, Westfeld JS. Heavy metal music and adolescent suicidality. An empirical investigation. *Adolescence* 1999;34:253-73.
- 21 Schmitt E. Emanuel: ma vie avec Mozart. Paris: Albin Michel, 2005.
- 22 Béthune C. Obscénité et misogynie. In: Béthune C. Le Rap – une esthétique hors la loi. Paris: Ed. Autrement, 2003;133-57.
- 23 Cooper V. Women in popular music. *Sex Roles* 1985; 13:499-506.
- 24 King P. Heavy metal music and drug abuse in adolescents. *Postgrad Med* 1988;83:295-304.
- 25 Sorensen AC. Adolescent sexuality in contemporary America. New York: World Press, 1973.
- 26 Miller KS, Clark LF, Wendell DA, et al. Adolescent heterosexual experience: New typology. *J Adolesc Health* 1997;20:179.
- 27 «Les adolescents et la sexualité – une présentation des connaissances actuelles en Suède». (Texte en suédois: Ungdomar och sexualitet – presentation av aktuell svensk kunskap). Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 2000.
- 28 Un site germanophone correspondant géré par une équipe à Zurich s'intitule: www.durchblick.ch
- 29 ** Bonnet G. Les perversions sexuelles. Que sais-je? Paris: PUF, 2001; N° 2144.

* à lire

** à lire absolument