

## LA FABRIQUE PSYCHIATRIQUE (DES TROUBLES) DU GENRE

[Alice Feyeux](#)

Presses de Sciences Po | « Sociétés contemporaines »

2021/1 N° 121 | pages 111 à 138

ISSN 1150-1944

ISBN 9782724637052

DOI 10.3917/soco.121.0111

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2021-1-page-111.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

© Presses de Sciences Po. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# La fabrique psychiatrique (des troubles) du genre

Alice Feyeux<sup>1</sup>

Cet article s'intéresse aux prises en charge au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescent·e·s présentant de l'anorexie, de la dépression ou des troubles « borderline », pour montrer qu'elles sont des prises en charge du genre de ces patient·e·s. Il revient d'abord sur les grilles de lecture, *via* lesquelles les professionnel·le·s de l'institution étudiée identifient derrière les troubles mentaux, des troubles du genre et de la sexualité, en référence à des normes de genre socialement situées. Il examine ensuite les pratiques thérapeutiques, variables selon les pathologies et le genre assigné de celles et ceux hospitalisé·e·s, que conditionnent ces grilles de lecture. Enfin, il dévoile le caractère genré de ces prises en charge jusque dans leur réception : les adolescent·e·s hospitalisé·e·s réagissent aux discours et pratiques médicales en fonction de leur socialisation de genre antérieure, et de ce que leur trouble signifie pour elles et eux en termes de genre.

**Mots-clés :** Psychiatrie – Adolescence – Études de genre – Socialisation

## The Psychiatric Making of Gender (Dis)order(s)

This article offers an analysis of therapeutic practices within a psychiatric unit dedicated to adolescents treated for anorexia, depression or borderline disorder, in order to show that these therapeutic practices are gender-oriented. It focuses first on the interpretive framework through which the care practitioners of the hospital under investigation identify behind mental disorders some gender and sexual disorders, referring themselves to situated gender norms. It then examines the therapeutic practices based on this interpretive framework. These practices vary according to the disorder and the assigned gender of the patients. Finally, it reveals that even the patients' responses to their therapies are gender-oriented: the adolescents react to medical practices and discourse in accordance with their former gender socialization, which determines the way they understand their disorder in terms of gender.

**Keywords:** Psychiatry – Adolescence – Gender studies – Socialization

L'inegale distribution des troubles mentaux selon les sexes est un phénomène bien établi par l'épidémiologie. Les chiffres fournis par l'Inserm en 2003 et par la Dress en 2017 pour les jeunes âgé·e·s de 3 à 18 ans indiquent que l'autisme et les troubles déficitaires de l'attention touchent 4 garçons pour 1 fille. La schizophrénie concerne davantage, et plus précocement, les hommes. À l'inverse, l'anorexie affecterait 8 filles pour 1 garçon et les troubles de l'humeur, dont la dépression, 2 filles pour 1 garçon.

Ces disparités, et plus largement la question du « sexe » des troubles psychiatriques, se prêtent à deux cadrages sociologiques.

1. Doctorante en sociologie, sous la direction de Céline Bessière (IRISSO) et Nicolas Henckès (Cermès3), [alice.feyeux@gmail.com](mailto:alice.feyeux@gmail.com)

Un premier porte sur la fabrique sociale du trouble mental. Le sexe assigné et le milieu social d'origine détermineraient des réponses aux pressions exercées par l'environnement et des formes de « mal-être » différenciées (Cousteaux et Pan Ké Shon, 2008), qui peuvent faire l'objet d'un étiquetage psychiatrique. Les garçons, moins conditionnés à pleurer ou témoigner d'une inquiétude que les filles au cours de leur socialisation, seraient par exemple moins diagnostiqués pour « dépression ». Réciproquement, les diagnostics psychiatriques façonneraient nos représentations ordinaires et fourniraient des répertoires d'expression du mal-être dans lesquels puisent différemment hommes et femmes (Hacking, 1999, Béliard *et al.*, 2019).

Un second cadrage s'intéresse aux ressorts genrés du regard médical. Les chiffres fournis par l'épidémiologie résulteraient des normes et représentations de genre qui imprègnent la psychopathologie – qui elle-même concourt à la production du système de genre. Au XIX<sup>e</sup> siècle, la psychiatrie émergente dépeint la folie au féminin (Showalter, 1985), alors que s'impose en médecine le postulat d'une « incommensurabilité entre les sexes » (Laqueur, 2013 [1990]) : l'instabilité du système reproductif féminin est au cœur de l'étiologie des troubles de l'époque – anorexie, hystérie, mélancolie. Le sexe des troubles évolue cependant au gré des contextes. La schizophrénie, décrite au féminin dans les années 1920, devient masculine dès 1950 (Guillemain, 2018). Parallèlement, un même trouble peut s'accompagner de symptomatologies et d'étiologies différenciées selon les sexes : des symptômes identiques conduisent à des interprétations divergentes en fonction du sexe des individus. L'hystérie et la dépression masculines ne sont acceptables qu'adossées à des mises en récit distinctes de leur version typique (Micale, 2008, Kitanaka, 2011). Le traitement différencié des violences féminine et masculine alimente ces dynamiques. La psychiatrisation de la première (Cardi et Pruvost, 2012) contraste avec la banalisation et la pénalisation de la seconde (Coutant, 2012).

Les pathologies ont un sexe, historiquement constitué. Elles mettent en jeu des comportements perçus comme féminins ou masculins. Dans le même temps, elles sont construites comme des « maladies du genre » : les diagnostics reposent sur l'identification de déviations de genre et de déviations sexuelles. Les maladies mentales caractérisent à cet égard des milieux sociaux, s'écartant par défaut ou excès, des normes de genre et de sexualité dominantes (Showalter, 1985). L'hystérie renvoie aux « excès » sexuels des femmes de classes populaires ; les jeunes anorexiques, issues de la bourgeoisie, incarnent pour les psychiatres victoriens des « héroïnes » en quête de pureté. L'identification des maladies mentales repose donc aussi sur des logiques de classe.

Je reprends à ce second ensemble de travaux l'idée que les diagnostics assignent un genre aux pathologies et les identifient à des troubles du genre et de la sexualité, typiques de certains milieux sociaux. Mais au lieu de les appréhender comme des objets préconstitués par la littérature médicale, je les envisagerai comme des grilles de lecture ordinaires, dont l'analyse est indissociable des pratiques thérapeutiques qu'elles sous-tendent et qui en retour les alimentent. Toute prise en charge s'apparente ainsi à une prise en charge « du » genre, à laquelle se prêtent diversement les malades.

Toute prise en charge s'apparente ainsi à une prise en charge « du » genre, à laquelle se prêtent diversement les malades.

Dans cet article, je me concentrerai sur les prises en charge du genre d'adolescent·e·s accueilli·e·s au sein d'une unité d'hospitalisation temps-plein. Je m'intéresserai d'abord à la manière dont les professionnel·le·s de l'unité étudiée tendent à assimiler les pathologies prises en charge à des maladies du genre et de la sexualité. Dans un deuxième et un troisième temps, je montrerai que l'identification de ces troubles du genre détermine des pratiques de soin différenciées selon le genre et la pathologie des adolescent·e·s. Je m'attarderai sur deux types de prises en charge du genre : les socialisations au *care* des patientes hospitalisées pour anorexie ou trouble « borderline » ; l'assignation à un entre-soi masculin des patients diagnostiqués pour anorexie ou dépression. Enfin, je m'intéresserai aux réceptions des pratiques médicales. Les socialisations de genre des jeunes hospitalisé·e·s, situées en termes de classes, infléchissent les manières dont ils et elles réagissent aux pratiques de soins. Ce travail sera ainsi l'occasion de dégager une troisième voie d'analyse du « sexe » des troubles mentaux. Prolongeant les deux cadrages précédents, il cherche à comprendre comment professionnel·le·s et jeunes hospitalisé·e·s concourent, *in situ*, à négocier ce que les troubles mentaux manifestent sur le plan du genre.

Ce travail sera ainsi l'occasion de dégager une troisième voie d'analyse du « sexe » des troubles mentaux.

### Encadré méthodologique

Mon propos se fonde sur une ethnographie conduite de novembre 2017 à mai 2018 au sein d'une unité parisienne d'orientation psychanalytique. Pourvue de 30 lits, l'institution accueille pour quelques mois des jeunes âgé·e·s de 11 à 18 ans. La moitié est hospitalisée pour anorexie, plus du quart pour dépression ; les autres sont généralement traités pour trouble borderline ou psychose. Ce public, à moitié parisien, est très majoritairement féminin et issu des classes moyennes et supérieures. Les adolescentes borderline, presque toutes issues de classes populaires, font exception. L'origine sociale des patient·e·s a été obtenue via les comptes-rendus d'entretiens familiaux et les bilans d'hospitalisation d'une trentaine de dossiers médicaux. À ces observations, s'ajoutent des entretiens conduits auprès de 10 jeunes représentatifs/ves de la population hospitalisée en termes de diagnostics, 8 soignant·e·s de l'unité et 18 professionnel·le·s d'autres horizons théoriques. Un questionnaire portant sur les trajectoires sociales et professionnelles a été diffusé en 2020 auprès de 26 soignant·e·s, dont 24 étaient déjà en poste en 2018.

L'équipe de soins se compose de 4 psychiatres, 4 internes, 1 psychologue, 4 stagiaires psychologues, 3 art-thérapeutes, 1 socio-esthéticienne et une quinzaine d'infirmier-e-s. Introduite dans l'unité en tant que stagiaire, j'étais moi-même considérée comme une soignante. Je pouvais à ce titre prendre part aux ateliers animés par les art-thérapeutes et le psychologue ; aux entretiens individuels, conduits par un psychiatre ou un-e interne ; ainsi qu'aux synthèses et aux transmissions, qui rassemblent l'équipe autour de la discussion des cas. Observatrice extérieure, mon rôle thérapeutique était toutefois peu défini. Je n'intervenais jamais lors des entretiens. Ma participation en atelier relevait moins de l'encadrement des patient-e-s que de la réalisation, à leurs côtés, des tâches prescrites. Cette ambiguïté a présenté plusieurs avantages : les soignant-e-s, me considérant comme l'une des leurs, se confiaient assez librement sur leurs pratiques ; les jeunes hospitalisé-e-s, pour qui j'étais une « soignante pas comme les autres », cherchaient moins à se conformer aux attentes de l'institution lors de nos échanges qu'auprès de leurs soignant-e-s.

Le genre et la sexualité ont aussi constitué des « paramètres de la situation d'enquête » (Clair, 2016). Ma performance de genre, vue comme masculine, était associée à une sexualité déviante. Des tenues androgynes, assorties d'une coupe courte, contrastaient avec la féminité plus classique des soignantes – cheveux longs, jupes, maquillage et bijoux. Ma connaissance de références partagées par le milieu LGBT et mon intérêt pour les études de genre attestaient, pour certain-e-s enquêté-e-s, de mon rejet des rôles sexués établis, et possiblement de l'hétérosexualité.

Mon rapport à la féminité m'a valu, lors des ateliers de socio-esthétique, des injonctions à « prendre soin de [m]oi », à être moins dans le « dur » – remarques qui s'appliquaient à mes camarades « anorexiques ». Mes prestations en théâtre se prêtaient à une pathologisation plus explicite encore. J'incarnais des personnages « phalliques » aux dires du psychologue : « Cette mère que tu nous fais, avec ses mouvements secs, c'est typiquement anorexique. » Ma sexualité supposée constituait par ailleurs un postulat implicite de nombreux échanges. Le directeur de l'institution tenta ainsi de réorienter ma recherche : « Dans votre cas il faut travailler sur l'homosexualité féminine et l'anorexie [...] une psychanalyse serait utile » – propos qui là encore me rapprochait d'une catégorie de patientes, tout en réinscrivant ma démarche dans l'espace du psychologique (Darmon, 2007).

Ma performance de genre formait également la toile de fond de mes relations avec les patient-e-s. Au-delà de mon passage par une grande école, mon rapport jugé distancié à la féminité favorisait une connivence avec les patientes de classes moyennes et supérieures. Enfin, en entretien, les *coming-out* de 4 des patientes sur les 6 interrogées furent sans doute en partie provoqués par cette situation d'enquête. Formes « d'aveu », ils relevaient tant des injonctions de l'institution à dire sa sexualité (Foucault, 1976) que de résistances à la normalisation de l'identité de genre visée par l'hospitalisation – résistances que mon écoute, du fait des assignations dont j'avais fait l'objet, semblait valider.

## ■ Du sexe des troubles aux troubles du genre

L'équipe de soins s'accorde pour déceler des troubles du genre chez les patient-e-s. Ses membres ne l'investissent cependant pas des mêmes significations, selon leurs trajectoires sociales et professionnelles ou leur position dans les soins (Paillet, 2007). Les grilles de

lecture des troubles en matière de genre et de sexualité sont donc en partie « négociées » (Strauss, 1963).

### Une adhésion partagée aux grilles de lecture psychanalytiques

Quand les professionnel-le-s évoquent les variables déterminantes dans la genèse des troubles, peu mentionnent le milieu social d'origine. En revanche, tou-te-s convoquent le sexe, puis l'âge. L'anorexie et la dépression toucheraient majoritairement – et les troubles borderline, exclusivement – des filles. Cette surdétermination du sexe est à rapporter à une culture statistique partagée tant par les professionnel-le-s de l'unité que par les autres soignant-e-s interrogé-e-s. Les rapports nationaux (Inserm, 2003) et, à l'échelle du service, les données épidémiologiques produites annuellement à partir de fiches de renseignement, ne recensent que le sexe et le lieu d'habitation des jeunes pris-e-s en charge – au détriment de la CSP des parents. Les internes assimilent ces résultats *via* leurs cours et leurs manuels<sup>2</sup>. Infirmier-e-s, psychologues et art-thérapeutes les intègrent, quant à eux, lors de séminaires dispensés par les psychiatres de l'unité.

Souvent, néanmoins, la référence aux statistiques ne sert qu'à conforter des grilles de lecture déjà opérantes. Toutes orientations confondues, les professionnel-le-s interrogé-e-s opèrent une bipartition entre troubles internalisés et externalisés. Une pathologie est dite « internalisée » si les comportements qu'elle recouvre expriment une violence retournée contre soi, impliquant inhibition et passivité ; « externalisée », si elle met en jeu des comportements violents dirigés vers autrui et de la désinhibition. Les comportements associés aux troubles internalisés sont perçus comme typiquement féminins, ceux associés aux troubles externalisés, comme typiquement masculins. Les tableaux cliniques de l'anorexie, de la dépression et des troubles borderline sont dès lors interprétés par les soignant-e-s comme autant de formes d'internalisation du trouble – ce qui ne fait que renforcer leur connotation féminine. Les borderline se « mettent en danger » sur le plan sexuel (Fabien, psychiatre) ; les dépressives « se culpabilise[nt] » en ressassant leurs idées noires (Marlène, infirmière) ; les anorexiques cherchent à « s'anesthésier d'une tristesse intense » (Marianne, psychiatre).

Lorsqu'ils sont manifestés par des garçons, des symptômes identiques peuvent donner lieu à des diagnostics différents. La privation alimentaire dans le cas des garçons laisse d'abord supposer un

2. Le *Référentiel de Psychiatrie* (Geoffroy et al., 2016) érige le sexe en facteur de risque des troubles étudiés.

« délire » d’empoisonnement ou une psychose émergente, plutôt que de l’anorexie. Et lorsque les diagnostics de dépression ou d’anorexie portent sur des garçons, les mêmes tableaux cliniques sont interprétés différemment, donnant lieu à des versions masculines de ces troubles. La dépression masculine s’apparenterait à de la phobie scolaire – le désinvestissement scolaire serait plus masculin – ou à un syndrome Hikimori<sup>3</sup>, tandis que l’anorexie masculine se manifesterait par de « l’hyperactivité ».

Cette première grille de lecture se combine, avec plus ou moins de cohérence, à une seconde, selon laquelle chacune de ces pathologies témoignerait d’un rapport problématique des adolescent·e·s à leur genre. L’anorexie trahirait un « refus » du féminin ou du masculin ; la dépression, un « excès » de féminité – comme les troubles borderline – ou un « échec » du masculin. Pour les psychiatres et le psychologue de l’unité, psychanalystes d’obédience freudienne, ces grilles de lecture découlent de postulats théoriques<sup>4</sup>.

Ces professionnel·le·s appréhendent la dépression à partir de la littérature sur la mélancolie et les angoisses de perte d’objet. Les auto-reproches et la dévalorisation de soi s’accompagneraient chez le sujet d’un repli sur soi. Or ce profil clinique est vu comme à la fois typiquement et excessivement féminin. La dépression masculine donne lieu à des lectures différentes mais impliquant également l’identification d’une problématique de genre : « couvés par leurs mères », ils seraient aux dires d’Antoine, le psychologue de l’unité, « pris dans une sexualité infantile », affectés d’un « complexe de castration » et donc incapables d’investir une identité masculine. Concernant l’anorexie, les patientes, du fait d’un rapport ambivalent à des mères toutes-puissantes, effaçant l’autorité du père, « refuseraient » le féminin. Elles seraient piégées dans « une homosexualité primaire », traduisant une incapacité à se projeter dans l’hétérosexualité. Les garçons anorexiques refuseraient également les transformations pubertaires – d’où un « manque de testostérone et de l’impuissance » (Marianne, psychiatre) – et refouleraient des tendances homosexuelles. Enfin, les troubles borderline résulteraient de traumatismes, notamment sexuels, qui engendreraient des mises en danger. On le voit, les déviations de genre sont ici inséparables d’une sexualité déviante selon au moins trois registres possibles : la sexualité dangereuse, qui exposerait aux agressions et aux MST ; le refus de

3. Qui touche des jeunes absorbés par les jeux vidéo.

4. Je ne me prononce pas, dans cet article, pour ou contre la psychanalyse. Le féminisme matérialiste français a été résolument critique à son égard (Laufer, 2016), l’identifiant à une idéologie et une pratique oppressives. La discipline n’en suscite moins des réceptions dissidentes par les théoricien·ne·s *queer* (Butler, 2005 [1990]) ou par des sociologues (Connell, 2014). Pour ma part, je tente de montrer que les appropriations dont elle fait ici l’objet participent à la reproduction du système de genre.

la sexualité reproductive ; l'identification à des orientations sexuelles dites minoritaires.

À l'aide d'un questionnaire, j'ai tenté de saisir le degré d'adhésion des professionnel·le·s aux grilles de lecture évoquées. Avant leur arrivée dans l'unité certain·e·s avaient été formé·e·s à la psychanalyse : les psychiatres, le psychologue, les stagiaires psychologues et les art-thérapeutes. Pour d'autres, un précédent passage en pédopsychiatrie – champ encore imprégné de psychanalyse (Fansten, 2018) – a cependant pu constituer l'occasion d'une socialisation informelle. Même au sein d'équipes hostiles à la psychanalyse, l'identification de déviations de genre et de sexualité intervient souvent dans les lectures des troubles adolescents, bien qu'elles reçoivent des explications divergentes. D'après les internes interrogé·e·s, les approches comportementalistes relient par exemple l'anorexie au refus d'endosser un « rôle adolescent » ou à une « dysphorie de genre »<sup>5</sup>.

En outre, l'orientation analytique de l'unité est un facteur de motivation spontanément invoqué par 7 des 10 infirmier·e·s ayant répondu au questionnaire et par 3 internes sur 4. La structure étudiée, semi-privée, opère de surcroît son recrutement en interne et l'ouverture à la psychanalyse constitue un critère décisif de sélection. La moitié des infirmier·e·s, jouissant de plus de 5 ans d'ancienneté, reçoit par ailleurs une rémunération plus faible que dans le public. L'attrait pour la psychanalyse semble compenser ce désavantage financier, pour des professionnel·le·s qui bénéficient de réelles marges de manœuvre sur le marché du travail (Mougeot, 2019).

Une fois en poste dans l'unité, les soignant·e·s suivent des formations psychanalytiques : séminaires de psychopathologie, séances d'analyse institutionnelle. Mais ce sont surtout les temps de discussion en équipe, comme les synthèses, qui favorisent l'intériorisation collective de grilles de lecture. Ces temps-clé du quotidien psychiatrique instaurent une « idéologie de collégialité » : après les présentations des cas par les stagiaires, internes, infirmier·e·s et art-thérapeutes participent à l'analyse – exercice délicat, qui consiste à « parler comme » les psychiatres ou le psychologue. Se forge ainsi un consensus, nourri du désir de reconnaissance des différent·e·s professionnel·le·s en présence (Ogien, 1987).

5. L'anorexie serait un « moyen » de faire face à sentiment de non-conformité entre genre ressenti et assigné.



## Des attentes de genre convergentes en dépit d'appartenances sociales diverses

Le monopole interprétatif et décisionnel n'en reste pas moins l'apanage des psychiatres, dont le point de vue s'impose comme le plus légitime. L'adhésion aux grilles de lecture psychanalytiques repose donc sur une hiérarchie professionnelle, qui recouvre une domination de classe, d'âge et de genre. Tendanciellement plus âgés que les femmes, les hommes sont surreprésentés dans les fonctions prestigieuses<sup>6</sup>. Les infirmier·e·s et les art-thérapeutes sont majoritairement issu·e·s des classes moyennes ; les psychiatres et le psychologue sont exclusivement issus des classes supérieures.

Malgré la diversité de leurs origines sociales, les soignant·e·s de l'unité développent des « attentes de genre » semblables. Ces attentes sont autant le résultat d'une socialisation professionnelle que de socialisations de genre convergentes du fait de leur inscription dans des configurations familiales analogues.

L'adhésion de l'équipe aux discours des psychiatres et du psychologue ne relève pourtant pas seulement de la domination sociale. En effet, malgré la diversité de leurs origines sociales, les soignant·e·s de l'unité développent des « attentes de genre »<sup>7</sup> (Vuattoux, 2016) semblables. Ces attentes sont autant le résultat d'une socialisation professionnelle que de socialisations de genre convergentes du fait de leur inscription dans des configurations familiales analogues. La majorité des soignant·e·s souscrit à un même schéma familial. Transcendant *a priori* les appartenances de classe, celui-ci promeut des rôles sociaux différenciés selon les sexes. Les tâches domestiques et le travail de *care*, sont principalement dévolus aux femmes, qui désinvestissent la sphère professionnelle au profit de leur conjoint. L'intériorisation de ces normes de genre et de sexualité déterminerait pour part leur adhésion au modèle familial et hétérosexuel caractéristique de la petite bourgeoisie du début du *xx*<sup>e</sup> siècle implicitement défendu par la psychanalyse (Verjus, 2010). Les grilles de lecture précédemment évoquées stigmatisent en creux des écarts à ce modèle, comme je l'illustrerai par la suite.

Les pères des infirmier·e·s sont ouvriers ou appartiennent aux professions intermédiaires. Leurs mères sont soit employées, soit au foyer quand le père occupe un poste suffisamment rémunérateur. Les art-thérapeutes et les stagiaires psychologues ont sensiblement le même profil<sup>8</sup>. Les mères de ces professionnel·le·s, quand elles

6. Sur les 8 soignants ayant répondu au questionnaire, 3 sont psychiatres ou psychologues, 2 sont internes et 2 sont infirmiers. À l'inverse, sur les 18 soignantes interrogées, on compte 4 art-thérapeutes, 4 stagiaires psychologues, 8 infirmières, 2 internes et 2 psychiatres. 5 des 8 soignants interrogés ont plus de 45 ans tandis que deux tiers des femmes interrogé·e·s ont moins de 35 ans.

7. Les attentes de genre renvoient aux impératifs, en termes de comportements et de manières d'être auxquels devraient répondre les patient·e·s pour endosser des rôles masculins et féminins appropriés

8. Parmi les 10 infirmier·e·s ayant répondu au questionnaire, 3 ont des pères ouvriers et 5 des pères appartenant aux professions intermédiaires. 4 ont des mères au foyer et 4 ont des mères employées. Sur les 4 art-thérapeutes (catégorie qui inclut ici la socio-esthétique), 3 ont des pères appartenant aux professions intermédiaires et 2 des mères employées. La moitié des stagiaires psychologues ont des pères ouvriers et les trois quarts des mères employées ou au foyer.

travaillent, sont pour plus de la moitié des professionnel·le·s de la petite enfance ou des infirmières. Les soignant·e·s interrogé·e·s valorisent ces configurations et la bipartition des rôles associée. Deux des stagiaires psychologues, défavorables à l'adoption d'enfants par des couples homosexuel·le·s, estiment que la complémentarité entre les sexes fonde une éducation réussie. D'autres opèrent des liens entre leur histoire familiale et leurs convictions. Nadine, une art-thérapeute considère par exemple l'absence du père moins dommageable que celle de la mère : l'absence de son propre père ne l'aurait pas « carencée ». Le psychologue et deux des psychiatres de l'unité ont également des mères au foyer et des pères occupant des postes prestigieux. Les seconds affirment venir de familles conventionnelles sur le plan du genre : « Mon père, c'était le *pater familias* [...] forcément j'ai hérité de ça » explique Juan, l'un des psychiatres, originaire d'un pays d'Amérique du Sud qu'il qualifie de « tradi ».

Pour ces professionnel·le·s, les « rôles » de genre nécessitent, pour être remplis, des traits de caractère féminins et masculins. Leurs recrutements eux-mêmes visent explicitement à offrir aux patient·e·s des figures familiales de référence capables d'incarner ces rôles. Les hommes de l'équipe, plus durs et directs que les soignantes, se présentent ainsi comme des figures paternelles, incarnant l'autorité. Juan, le psychiatre le plus âgé, est présenté comme le « Père de l'unité » par ses collègues, tandis qu'Antoine, le psychologue, incarne une figure paternelle pour ses stagiaires. À l'inverse, les femmes de l'équipe disent adopter des rôles « maternants ». Pour autant, « attentes de genre » de l'équipe ne sont pas parfaitement homogènes. Certain·e·s manifestent de la distance à l'égard des normes de genre et de sexualité décrites. C'est le cas des internes dont les mères, comme les pères, exercent pour les trois quarts des professions scientifiques et prestigieuses.

### Des lectures des troubles déterminées par la position dans les soins

Les points de vue qui divergent de ceux des psychiatres et s'écartent des grilles de lecture évoqué·e·s sont le plus souvent déterminés par la position dans les soins. Ces conflits d'interprétation portent parfois sur des comportements isolés, comme la potomanie<sup>9</sup> des patientes anorexiques. Les infirmier·e·s, en charge de surveiller les patient·e·s, y décèlent une stratégie « coupe-faim » ou une tricherie permettant de gagner des grammes avant la pesée. Les

9. Besoin irrépressible de boire.

psychiatres, qui s'emploient plutôt à les analyser, l'indexent à un rapport ambivalent au féminin : l'eau ingurgitée tiendrait lieu de liquide amniotique, qui « contiendrait de l'intérieur les adolescentes » et manifesterait leur incapacité à se « dissocier de la mère » (Marianne, psychiatre).

Plus rarement, le conflit porte sur la lecture globale d'un cas clinique, comme celui de Dahlia (17 ans, parents ingénieur-e-s), hospitalisée pour dépression. Lors d'une synthèse, ses productions en art-thérapie – un dessin d'arbre dont une branche crève un œil ; un buste de femme en argile ; des peintures de femmes enceintes et des aquarelles de dahlias ensanglantés – opposent les membres de l'équipe. Sa psychiatre, Marianne, y décèle des « pulsions de mort » et une « mélancolie à fleur de peau », signes d'un « féminin torturé » et d'une sexualité « figée dans le symbolique ». Ses créations seraient marquées par un « désir d'hybridation au végétal » et des « affinités à l'élément liquide » – traits genrés au féminin et durablement associés à la folie par le romantisme (Showalter, 1985). Infirmier-e-s et internes approuvent le propos général par des hochements de tête. Les art-thérapeutes avancent, prudemment, une autre interprétation : l'hybridation au végétal serait plutôt signe « d'ouverture au monde » ; son buste de femme, digne d'une « Aphrodite », incarnerait une féminité idéale ; ses corps « sensuels » et ses femmes enceintes mettraient en évidence une faculté à « se projeter » dans l'hétérosexualité.

Derrière ces interprétations divergentes, s'expriment différents regards portés sur les manifestations de tristesse de l'adolescente – tantôt pathologisées et rapportées à des troubles du genre et de la sexualité, tantôt valorisées comme signe d'une « hypersensibilité » et d'une féminité épanouie. Ces dissensions s'expliquent par les positions et rôles respectifs des soignant-e-s dans le processus thérapeutique. La psychiatre de Dahlia se réfère aux entretiens individuels, dans lesquels la « verbalisation » de la tristesse est lue comme inauthentique et stérile : l'adolescente « ressasse ». Les infirmier-e-s, confronté-e-s à ses plaintes répétées, étayent cette analyse. En art-thérapie en revanche, cet excès émotionnel trouve une voie d'expression socialement acceptable, voire valorisée. Dahlia, qui avant son hospitalisation se destinait à la médecine, souhaite désormais faire « quelque chose dans l'art ». Les art-thérapeutes évaluent ses progrès à l'aune de cette réorientation et ancrent ses projections dans un pôle féminin, l'art, qui définit leur propre profession. Les psychiatres affirment au contraire que cette réorientation pourrait avoir des effets ambivalents en termes de genre. En tant que modalité symbolique d'accomplissement du féminin, l'art pourrait ici se substituer à des modalités d'accomplissement plus « réelles » – les relations

hétérosexuelles. Les infirmier·e·s soulignent que Dahlia n'a connu qu'une « amourette » dans le service, avec un « anorexique » n'est « pas un vrai mec » d'après Juan (psychiatre). C'est donc sur le plan de la sexualité que sont déchiffrés les signes sûrs d'un trouble du genre persistant.

Les rapports troublés des adolescentes à la féminité renvoient, pour les soignant·e·s, à un défaut de compétences supposément féminines, ayant trait à ce que les sciences sociales rassemblent sous le terme de *care*.

## ■ Des socialisations au care caractéristiques des classes moyennes

Les rapports troublés des adolescentes à la féminité renvoient, pour les soignant·e·s, à un défaut de compétences supposément féminines, ayant trait à ce que les sciences sociales rassemblent sous le terme de *care* – terme dont n'usent pas les enquêté·e·s mais que j'emploierai afin de conférer une cohérence d'ensemble à divers aspects de la thérapie. L'hospitalisation occasionne ainsi une socialisation au *care*, qui repose sur une division du travail au sein de l'équipe. Les infirmier·e·s et les art-thérapeutes, épaulé·e·s par les stagiaires psychologues, initient les adolescentes à des pratiques de *care* renvoyant aux « activités » identifiées par Joan Tronto (Tronto et Fisher 2009 [1990]) : des pratiques ciblant le corps et l'apparence, qui dessinent en creux un « bon » rapport à la sexualité ; des pratiques culturelles, notamment artistiques, prédisposant au soin des autres et au souci de son environnement. Le féminin visé par cet apprentissage est caractéristique des classes moyennes, dont sont issu·e·s ces professionnel·le·s<sup>10</sup> (Darmon 2007). Les pratiques auxquelles sont initiées les adolescentes doivent, en outre, se doubler d'émotions positives et de postures morales à l'égard de soi, d'autrui et du monde (Skeggs, 2015). Les psychiatres interviennent sur ce plan des apprentissages, en initiant indirectement les patientes aux grilles de lecture psychanalytiques.

### Se façonner une apparence féminine

Sur le plan vestimentaire, les anorexiques et les borderline ne répondent pas aux critères de féminité du corps soignant. Aux yeux de Mina, socio-esthéticienne, les premières se « camouflent » dans des tenues trop larges ou « enfantines » et ne prennent pas assez soin d'elle. À l'inverse, les secondes se maquillent, se teignent ongles et cheveux d'une manière jugée outrancière. Leurs jupes courtes, talons ou décolletés, participeraient de l'hypersexualisation. L'équipe infirmière valide ou invalide les tenues, par des compliments ou des

10. Muriel Darmon montre que les critères de progrès des patientes anorexiques sont des critères de féminisation, caractéristiques des classes moyennes.

réprimandes, voire des injonctions à en changer tandis que l'atelier socio-esthétique, prescrit prioritairement à ces patientes, les initie à la manucure, au maquillage, au soin de la peau et à la coiffure.

Les soignant-e-s forment à dessein des groupes mixtes d'un point de vue diagnostique, dans l'espoir que les adolescentes évoluent au contact les unes des autres. Pour Margot, art-thérapeute, les « anorexiques » seraient supposées « refroidir » les borderline qui, au contraire, « remueraient » les premières, les exposant à la sexualité. La construction de la « bonne » féminité s'opérerait ainsi par la confrontation de rapports antithétiques au féminin, typiques de certaines franges des classes populaires et supérieures. Les rapports au corps et à l'apparence de ces adolescentes peuvent en effet être rapportés à leur milieu social d'origine.

Le port de vêtements amples pour les anorexiques participe d'une stratégie de leurre (Darmon, 2008), mais il relève également des logiques de classe qui traversent les modèles de féminité promus au sein des milieux aisés (Mardon, 2011). La plupart des adolescentes du service disent avoir été peu encouragées au maquillage par des mères plus soucieuses de leur réussite scolaire que de leur apparence. Les changements occasionnés par l'hospitalisation soulèvent d'ailleurs l'indignation de certaines d'entre elles. La mère d'Augustine (15 ans), architecte tout comme son mari, préférerait savoir sa fille à l'école plutôt que dans des ateliers « sans intérêt ». Celle de Christiane (14 ans), ingénieure informatique mariée à un dentiste, s'étonne de voir sa fille se métamorphoser en « poupée barbie ».

Pour les adolescentes jugées borderline, les ateliers, qui distinguent maquillage de jour et de soirée, visent l'adoption d'une apparence jugée plus discrète et adaptée aux circonstances. L'adoption de codes corporels bourgeois sur un corps sexualisé permettrait de gagner en respectabilité (Skeggs, 2015). Si les adolescentes investissent les ateliers socio-esthétiques, elles y font néanmoins l'expérience du décalage entre les attentes des soignantes et celles de leur entourage : « Ma mère ferait pas chier avec ça », s'indigne Sandra (18 ans, mère secrétaire, père au chômage), à qui la thérapeute confisque le mascara. Les mères de milieux populaires autorisent leurs filles à sexualiser leurs tenues plus tôt, dans l'idée qu'elles s'intégreront à leur groupe de pairs ou convertiront ces aptitudes aux soins corporels en orientation scolaire (Mardon, 2011).

La pathologisation des performances de genre des patientes sur le plan de l'apparence repose donc sur un décalage entre les normes de genre qu'elles ont intériorisées et celles portées par l'institution. Les soignant-e-s prônent à cet égard la « bonne » féminité. Les collègues qui s'en écartent sont jugées durement. Deux des internes,

plus proches socialement des patient·e·s que de leurs collègues, suscitent parfois des remarques : l'une porte des talons trop hauts, dignes d'une « carriériste » (Margot, art-thérapeute), l'autre des tenues « camouflage », à l'image des patientes. Parmi les patientes, seules les dépressives échappent à cet étiquetage. Dahlia adhère à la « bonne » féminité : son rouge à lèvres et ses chemisiers font l'objet d'une validation tacite – sa « problématique » de genre, ayant trait, on l'a vu, à des débordements émotionnels. Or ces patientes sont issues des classes moyennes ou d'autres fractions des classes supérieures que leurs camarades anorexiques. Leurs mères exercent des professions plutôt artistiques ou socio-éducatives, quand celles des patientes anorexiques exercent plus souvent des professions scientifiques ou des postes à responsabilité.

On pourrait s'attendre à ce que les soignant·e·s rapportent les « problématiques » de genre des adolescentes à leurs caractéristiques sociales. Certain·e·s se prêtent à des formes de catégorisation sociale et opposent, comme Carl (infirmier), les « anorexiques de la Haute » aux borderline « en galère ». Mais le milieu social d'origine des adolescentes n'est jamais directement convoqué pour expliquer leurs comportements<sup>11</sup>. Pour les soignant·e·s de l'unité, les problématiques de genre des patient·e·s, consubstantielles au trouble, ne relèvent pas de processus sociaux, mais bien de processus psychiques autonomes.

En outre, le diagnostic, une fois apposé, devient décisif dans la perception des problématiques de genre. Une adolescente diagnostiquée pour dépression, du fait même de son diagnostic, sera jugée plus « féminine » qu'une patiente « anorexique », indépendamment des signes de féminité qu'elle manifeste. Ainsi, des « dépressives » demandant à se rendre en socio-esthétique seront toujours moins prioritaires que des « anorexiques » présentant pourtant davantage de signes de féminité.

### Prendre plaisir à la féminité

Pour relever du *care*, les pratiques de soin supposent l'invisibilisation des efforts qu'elles requièrent, ainsi qu'un recodage des émotions qu'elles suscitent du côté de l'agréable (Molinier, 2013). Or, aux yeux de l'équipe, l'investissement corporel des adolescentes ne répond pas à cet idéal. Les borderline maltraiteraient leur corps en se scarifiant ; leur choix de tenues les exposerait à l'agression. Les

11. De même, les psychiatres de secteur ont conscience que les « troubles du comportement » touchent des jeunes de milieux populaires (Coutant, 2012), relégués hors des systèmes éducatif et judiciaire. Dans leurs cas, les symptômes peuvent être rapportés au fait qu'ils souffrent d'exclusion.

patientes anorexiques, rechigneraient à féminiser leur apparence et détourneraient d'autres pratiques féminines de leur fonction de *care*. Si elles cuisinent avec brio, c'est pour « contrôler » et « gaver » les autres (Marlène, infirmière), dénaturant une « fonction maternelle » : nourrir. Leur corps s'imposerait à la vue, dans une logique de compétition. Cette idée se retrouve dans les portraits physiques et moraux de patientes incarnant la « mort » (Mina, socio-esthéticienne) : tantôt dans leur absence de formes, tantôt dans leur impuissance à porter la vie. Comparés à des « flèches » ou des « baguettes », leurs « corps-bâtons » (Fabrice, psychiatre) fonctionnent comme des miroirs de l'âme. « Dures », « rigides », « phalliques » : ces qualificatifs se déploient à l'interface du corps et de l'esprit.

Davantage qu'à un jeu de façade, consistant à feindre ou dissimuler des émotions, les adolescentes sont dès lors soumises à un travail en profondeur, sur leurs émotions mêmes (Hochschild, 2017 [1979]). Pour être véritablement féminines, elles doivent ressentir et manifester un « plaisir » authentique face aux pratiques de soins corporels lors des ateliers. Pour Antoine (psychologue), l'encens et la lueur des bougies contribueraient à une atmosphère « contenant » pour les « borderline ». Les « anorexiques », pour être « réchauffées », sont exposées à la chaleur de la cire et des baumes.

Les émotions suscitées par l'apprentissage des pratiques de soins seront analysées par les psychiatres en entretiens, exigeant des malades un effort « d'élaboration » – de mise en ordre par la parole de leur pensée et de leurs émotions (Coutant, 2012 ; Brossard, 2015). Les patientes relient ainsi leur vécu en atelier à des expériences passées ou des projections. Les émotions négatives sont pathologisées : les « difficultés » avec le maquillage deviennent des « problèmes avec le féminin ». Noémie est encouragée à associer son angoisse en atelier à une angoisse pubertaire. Mises en mots, ces émotions peuvent se voir requalifiées : l'angoisse en atelier de Christiane – dont la mère critique la féminisation – est lue comme un affect dirigé contre la figure maternelle. Les soignant.e.s incitent les adolescentes à percevoir et mettre en discours un clivage intérieur, opposant la « maladie » – le refus du féminin – au « soi » véritable – féminin ; clivage qui ne s'estompe qu'à condition de transformer les émotions causées par le trouble en émotions plus « authentiques ».

### Se soucier du monde et des autres

Ce travail émotionnel dépasse le seul rapport au corps. Il vise plus largement l'intériorisation de postures et de manières d'être répondant à l'injonction à se soucier des autres et du monde. Le

travail émotionnel attendu des adolescentes diffère néanmoins en fonction de leurs « problématiques » et de leur appartenance de classe.

Pour les patientes anorexiques, le travail émotionnel consiste à aviver des émotions initialement absentes ou non perçues. Nombre d'entre elles souffriraient « d'alexithymie », soit d'une difficulté à différencier et exprimer leurs émotions – à être dans le lien à l'autre. Ce trait de personnalité vaut aux patientes d'être masculinisées et comparées à des « autistes ». Pour Marianne (psychiatre), il conduirait à des « silences froids » ou de « l'hyperintellectualisation ». L'injonction à verbaliser ses émotions s'applique donc de manière spécifique à ces patientes jugées trop dans « l'intellect » – pôle masculin – au détriment de « l'émotion ».

En creux, les soignant-e-s discréditent le surinvestissement scolaire de ces jeunes filles de milieux aisés, qui privilégient les contenus intellectuels à la « culture des sentiments » (Pasquier, 2005). Noémie (en première S), qui présenterait une forme sévère d'alexithymie, n'intervient en atelier que pour s'enquérir de la composition des matériaux. Elle se confie peu aux infirmier-e-s, qu'elle ne sollicite que pour des questions pratiques. Dans une optique de distinction (Octobre *et al.*, 2010), elle valorise les plus masculines de ses pratiques : quand elle lit, elle se passionne comme son père pour les sciences.

Le groupe *Moi-je*, dédié aux patientes anorexiques, privilégie la méthode de la « libre association » : les adolescentes expriment de manière spontanée leurs émotions, sans discours indirect ou montée en généralité ; et elles doivent identifier des émotions chez les autres. En atelier « Chant », elles effectuent des vocalises afin d'abandonner leurs voix jugées trop lisses. Les morceaux aux thèmes sentimentaux sont privilégiés. En art-thérapie, modeler debout, sèchement, trop droite, avec des pointes acérées, sont autant d'attitudes pathologisées, qui tiendraient du faire « contre » et non du faire « avec » la matière. Les patientes doivent en outre se départir d'une vision binaire en termes d'échec ou de succès : si le format des ateliers évoque le cadre scolaire, ils n'appellent « ni objectifs, ni résultats ». Les adolescentes doivent se montrer attentives à leurs camarades : s'intéresser à leur création quitte à délaisser la leur, produire en discutant. Ces incitations, réitérées en entretien, ne sont pas sans effet sur l'orientation professionnelle des patientes. Noémie abandonne ainsi son projet initial de devenir ingénieure – la classe préparatoire provoquerait « des angoisses de performance » – au profit du métier d'institutrice – elle aurait beaucoup de « plaisir » à s'occuper d'enfants.



Les borderline seraient *a priori* davantage dans le « lien à l'autre » que les anorexiques. Elles discutent « sentiments » avec leurs amies. Leurs projets professionnels – serveuse, secrétaire et autres métiers relevant du *care* –, qui prennent forme au cours de l'hospitalisation, reçoivent l'approbation du corps médical qui œuvre à leur rescolarisation en filière professionnelle. Pour autant, ces adolescentes sont souvent jugées « trop dans l'émotion » au détriment de « l'intellect ». Ce trop-plein émotionnel se manifesterait par le recours à la violence verbale et physique ou par un langage « sans filtre », « peu élaboré » – le jugement médical se faisant alors jugement de classe. Cela vaut pour Sandra, dont l'équipe stigmatise les bagarres avec les patient·e·s et les insultes à l'encontre du personnel. Le travail émotionnel auquel elle est contrainte consiste alors à réfréner ses émotions et se montrer plus affable. Il s'agit de convertir l'adolescente à une norme de gouvernement par la parole, caractéristique des classes moyennes, qui fait de la verbalisation des émotions le seul mode légitime de gestion de ses émotions pour les filles. Conjointement, sa violence est « mise sous tutelle » (Cardi et Pruvost, 2012). Lors de son entretien d'admission, bagarres et rackets sont euphémisés en « 400 coups » et rapportés à la mauvaise influence de son petit ami qui, aux dires de Juan, son psychiatre, la « traitait comme une moins que rien ». La violence de Sandra est requalifiée en signe d'une quête affective : pour son psychiatre, « elle envoie balader pour tester le lien ». L'adolescente ne peut alors être qu'une « victime » – et aux victimes, il ne reste que la parole.

## ■ Fabriquer des dominants

### Promouvoir l'entre-soi masculin

Les patients anorexiques et dépressifs sont décrits comme « effacés » : « on ne sait pas toujours où ils sont » commente Lucie, une infirmière. Parce que peu se voient prescrire des ateliers, beaucoup « se disent d'emblée qu'ils n'y ont pas leur place » ajoute Nadine, art-thérapeute. L'équipe médicale justifie ce manque d'intégration en invoquant la faiblesse de leur nombre. Le caractère proprement féminin du lieu est pourtant le résultat d'un processus de sélection réalisé en amont : à l'exception des adolescents psychotiques, ne sont pris·e·s en charge que les jeunes présentant des pathologies genrées au féminin. Leur proportion réduite participe dès lors d'un dispositif de pouvoir (Foucault, 1976). Elle manifeste aux patients hospitalisés qu'ils ne devraient pas être là, tout en les incitant à s'exclure d'espaces thérapeutiques qui, par définition, ne devraient pas les concerner. Les garçons se tiennent éloignés des lieux centraux

de l'unité – salles d'entretien, ateliers. Ils circulent dans les couloirs, se réfugient dans leur chambre ou se rassemblent dans des coins du salon.

La prise en charge de la masculinité promeut ainsi un entre-soi masculin et des pratiques propres à une « masculinité hégémonique » locale (Connell, 2014, p. 74). L'équipe soignante valorise la performance, l'esprit de compétition, voire la rudesse d'autant plus fermement que les patients sont perçus comme étant « peu dans la différence des sexes » (Marianne, psychiatre). Les soignants n'incarnent certes pas la masculinité qu'ils attendent des adolescents. Plusieurs d'entre eux reconnaissent le caractère féminin de leur profession. Ils n'en entretiennent pas moins un rapport de « complicité » avec le projet hégémonique. Les infirmiers sont en première ligne lorsqu'il s'agit de gérer la violence physique des adolescents ; les psychiatres se veulent plus « autoritaires » dans leurs interventions. La masculinité complice des soignants consiste donc en un compromis avec les standards normatifs de la masculinité hégémonique, adossé à la pathologisation de « masculinités subordonnées ».

Les jeunes hospitalisés, issus des classes moyennes et supérieures, sont de fait atypiques sur le plan du genre. Leurs cercles de sociabilité et des dynamiques intrafamiliales favorisent des investissements culturels privilégiés par les filles.

Sur les quatre jeunes interrogés, trois n'avaient plus de cercle de sociabilité masculin au moment de leur hospitalisation. Savinien (16 ans, père directeur commercial d'une grande entreprise, mère juriste) explique sa dépression par son exclusion progressive de son équipe de football et le harcèlement subi de la part de ses camarades. Guillaume (15 ans, mère assistante maternelle, père technicien de recherche), hospitalisé pour anorexie, traité de « pédé » par les élèves de sa classe, ne fréquente que des filles depuis le collège, et ne parvient pas à s'intégrer à son équipe de handball. Ils investissent d'autres pratiques : écriture et lecture de la presse pour Savinien, qui souhaite devenir journaliste sportif ; dessin, cuisine et lecture de science-fiction pour Guillaume. Alexis (15 ans, père directeur artistique pour une grande marque, mère agente immobilière), hospitalisé pour dépression, qualifié de « tapette » par ses pairs, se tient depuis toujours à distance de toute pratique sportive, préférant le dessin. Les trois adolescents ont en outre grandi dans des fratries exclusivement masculines où les « les loisirs et goûts différencient les frères, aussi bien au niveau des pratiques que des catégorisations parentales » (Bertrand *et al.* ; 2014, p. 94). Leurs frères semblent avoir davantage bénéficié de la transmission père-fils. Guillaume se décrit comme plus petit et moins fort que ses frères, passionnés de

La prise en charge de la masculinité promeut ainsi un entre-soi masculin et des pratiques propres à une « masculinité hégémonique » locale. L'équipe soignante valorise la performance, l'esprit de compétition, voire la rudesse d'autant plus fermement que les patients sont perçus comme étant « peu dans la différence des sexes ».

handball et compétitifs – comme leur père. Il compense ce qu'il présente comme « un complexe sportif » par une intense pratique sportive individuelle et un surinvestissement scolaire – son jumeau est à l'inverse en échec scolaire –, dans l'espoir d'intégrer l'armée de l'air comme ingénieur. Alexis, quant à lui, se dit plus proche que ses frères de sa mère dont il partage la passion pour la lecture et la cuisine : il souhaite devenir chef cuisinier.

L'hospitalisation prend le contrepied de ces socialisations de genre. Le sport y est la pratique la plus valorisée. Les garçons se rassemblent autour de la table de ping-pong et du baby-foot, où les rejoignent des infirmiers pour des tournois. Juan (psychiatre) encourage vivement les patients à pratiquer des « sports virils » à l'extérieur, dont le football et le rugby. À l'inverse, certaines pratiques – souvent caractéristiques de fractions des classes supérieures – sont dépréciées. La lecture de romans ou la tenue de journaux intimes, pratiques majoritairement féminines qui touchent toutefois des adolescents de milieux favorisés (Pasquier, 2005), suscitent des moqueries, voire sont prohibées quand les jeunes y consacrent trop de temps.

Les rapprochements entre patients anorexiques font l'objet d'une étroite surveillance. Les chambres doubles de garçons sont interdites. Ces patients, dont il faut prévenir la « crise de l'identité sexuelle » pour les psychiatres sont, en outre incités à masculiniser leur apparence. Les tenues signalant une indifférence à l'égard de l'apparence, comme celles associées au sport, sont caractéristiques des garçons issus des classes moyennes (Court et Mennesson, 2015). À l'inverse, les jeans « moulants », les pulls roses, les mocassins « propres », jugés trop féminins, mais qui témoignent d'une appartenance à la bourgeoisie, attisent les moqueries. Durant mon enquête, les infirmiers s'en prenaient aux cheveux longs de patients anorexiques : deux d'entre eux quitteront l'hôpital avec des coupes courtes.

Lorsqu'il arrive aux garçons d'assister aux ateliers, c'est à condition de maintenir le principe de l'entre-soi. Lors des ateliers d'art-thérapie, à distance des patientes, les adolescents lisent et reproduisent des mangas, ou des personnages de jeux vidéo. Dans les rares cas où ils sont admis en atelier socio-esthétique, les garçons anorexiques et dépressifs ne sont pas soumis aux mêmes exigences que leurs camarades. Ils sont cantonnés au rôle de receveur de *care* – les patientes les massent –, ou à des tâches ludiques ou physiques : chauffer la cire ou porter les marmites. Mais suite au « travestissement » de certains enquêtés – arborant du maquillage dans l'unité –, l'atelier fut fermé aux garçons. À quelques reprises, des ateliers ciblés furent mis en place, centrés autour de pratiques masculines comme le rasage.

La socio-esthéticienne, à la différence de ses collègues, tolère des pratiques plus ambiguës sur le plan du genre, mais identifiables à un certain type de masculinité caractéristique des classes moyennes et supérieures : usage de gel pour cheveux, de crèmes hydratantes pour les mains et le visage, etc. Le positionnement spécifique de la soignante peut s'expliquer ici, plutôt que par sa position dans les soins, par sa trajectoire professionnelle, marquée par une expérience en spa de luxe accueillant des hommes d'affaires.

### Apprendre à (se) dominer

Conjointement, les garçons sont soumis à un travail émotionnel. Pour eux, l'injonction à l'introspection et à la verbalisation des émotions vaut seulement le temps des entretiens hebdomadaires : leurs conversations informelles avec les infirmier-e-s portent plutôt sur leurs pratiques extra-hospitalières. Même en entretien, le moindre degré de verbalisation et d'introspection n'est pas considéré comme un obstacle à la thérapie. Les quatre garçons interrogés mobilisent des métaphores théâtrales pour évoquer ces moments thérapeutiques, où ils éprouvent un clivage entre ce qu'ils montrent publiquement et ce qu'ils ressentent : « Vous pouvez mentir au médecin, c'est comme avoir un masque qui sourit, mais en-dessous y a la tristesse », explique Jason (17 ans, père maçon, mère femme au foyer), hospitalisé pour anorexie et qui se réfugie dans sa chambre pour pleurer. Pour autant, les garçons sont également soumis à un travail émotionnel de fond.

Certaines émotions peuvent être pathologisées. Si les relations hétérosexuelles sont valorisées, l'expression du sentiment amoureux tend à s'ajouter à leur tableau clinique. La majorité des garçons incorporent tôt un désintérêt pour un tel sentiment. Dans les milieux aisés, où intervient parfois « la neutralisation du sexe féminin des émotions » (Diter, 2015, p. 215), les jeunes peuvent néanmoins être exposés à la culture des sentiments par un interlocuteur masculin. C'est le cas d'Alexis, dont le père passionné d'art cultive la sensibilité de son fils. À l'hôpital, l'adolescent n'hésite pas à se livrer sur ses amours non réciproques. Cela ne suscite ni moquerie, ni rejet, mais entraîne une requalification en termes pathologiques. Derrière ses « obsessions amoureuses », le psychiatre d'Alexis suspecte une « dysharmonie psychotique » – une altération de la communication verbale rendue manifeste par une forme de « délire ». L'expression des émotions n'est pas stigmatisée en tant que telle – ne serait-ce que parce qu'elle présente un intérêt clinique –, mais contrôlée : les émotions verbalisées doivent s'accompagner d'une mise à distance permettant leur transformation. Lors de notre deuxième entretien, Alexis

revient ainsi sur ses déboires sentimentaux : « Au fond, est-ce que je suis amoureux ? [...] Mon référent me dit que non. Je passe très vite à autre chose, c'est pas de l'amour... juste des attirances. » Les affects éprouvés sont masculinisés : l'amour devient du désir physique. En outre, Alexis n'est plus dans la narration des événements ou l'expression de la tristesse, mais bien dans une forme de mise à distance réflexive.

Pour le psychiatre, les garçons, plus encore que les patientes, sont sommés de « couper le cordon » avec la mère, figure envahissante qui briderait leur développement masculin : l'expression d'affects négatifs à l'égard de la mère est considérée comme un progrès thérapeutique. Les permissions en seule compagnie de la mère sont déconseillées, au contraire des sorties avec le père, les frères ou les amis. Par ailleurs, le développement d'un sentiment d'assurance voire d'agressivité forme l'une des visées latentes de l'atelier théâtre, recommandé aux garçons ; en leur permettant de dominer sur scène, on jugulerait du même coup les tendances autoritaires des adolescentes anorexiques – attente d'autant plus forte qu'elle est souvent déjouée.

Lors d'une scénette, Noémie, Alexis, Loubna et moi-même revisitons le conte d'Hansel et Gretel. Alexis et Loubna jouent un couple de retraité·e·s cannibales. Alexis nous demande de le suivre pour 30 euros ; Loubna le traite d'abruti et propose une somme plus conséquente. Lorsqu'il tente de nous menacer, elle lui donne un coup de canne : « Tais-toi [...] ! N'oublie pas qui est le cerveau de l'affaire. » Après nous avoir jetées dans le four, obligeant à Alexis à mettre le couvert, Loubna le met à rôtir à son tour. Lors de la reprise, l'équipe approuve le rôle choisi par Alexis – un homme en couple – mais réproouve le fait que Loubna s'approprie à ses dépens les attributs classiques du masculin : elle s'impose comme le portefeuille et le cerveau de la scène, le frappe, l'astreint aux tâches domestiques – le « castre », aux dires du psychologue.

## ■ Des contestations du diagnostic aux résistances à l'ordre du genre

Les pratiques de soins identifiées suscitent des résistances, qui varient selon le genre et l'origine sociale des adolescent·e·s hospitalisé·e·s. Pour les soignant·e·s, ces résistances ne font que confirmer leur lecture des troubles. D'un point de vue sociologique, elles attestent du décalage entre les normes de genre portées par l'institution et celles intériorisées par les patient·e·s. L'analyse de ce conflit donne à voir la manière dont se négocient les grilles de lecture du trouble : au corps médical qui identifie des troubles du genre, les adolescent·e·s

Les pratiques de soins identifiées suscitent des résistances, qui varient selon le genre et l'origine sociale des adolescent·e·s hospitalisé·e·s. Pour les soignant·e·s, ces résistances ne font que confirmer leur lecture des troubles.

opposent des lectures plus positives de leur rapport à la féminité et à la masculinité.

### Vers la constitution d'une sous-culture déviante

Quel que soit leur milieu social d'origine, les adolescentes réagissent fortement à la pathologisation de leur rapport au féminin et aux tentatives de le transformer. Elles développent des stratégies de résistance, plus ou moins élaborées et réflexives, qui prennent la forme d'évitement des soins ou de critiques à l'encontre du personnel.

En atelier socio-esthétique, les patientes borderline ne respectent pas les consignes. Certaines privilégient leur propre maquillage, d'autres cassent les mines des crayons fournis. Elles s'opposent également aux efforts visant à « désexualiser » leur conduite. À la thérapeute qui lui demande ce qu'elle fait avec son propre mascara, Sandra rétorque qu'elle a « rendez-vous avec [s]on cardiologue », « un beau médecin, comme [s]on psychiatre ». De leur côté, les patientes anorexiques détournent des pratiques de *care* de leur visée initiale. L'atelier soin des mains prend une tournure chirurgicale : les patientes, trouvant le vernis dégoûtant, se liment les ongles à l'excès – obligeant la thérapeute à interrompre l'exercice ; ou s'arment de pinces à épiler pour déposer la crème sur leur poignet, puis se refusent à l'étaler. Les massages peuvent s'apparenter à des épreuves de force. Les patientes borderline arrivent en retard ou prétextent des maux de ventre pour y échapper. Les patientes anorexiques utilisent des objets pour mettre à distance la main de la masseuse : vêtements, draps, bijoux – les bracelets, remontant parfois jusqu'au coude, sont détournés de leur fonction de parure.

Du point de vue des soignant-e-s, ces résistances ne font qu'étayer leurs interprétations. Les propos de Sandra, rapportés en synthèse, sont pris à la lettre : l'adolescente flirterait dangereusement « avec des hommes âgés » en position de pouvoir. La masseuse déplore que les anorexiques viennent avec « Je ne sais pas combien de bracelets [...] C'est : " Je suis rigide, lisse, je vais pas changer mes habitudes » ». On retrouve l'imbrication entre postures physiques et morales : derrière ces corps « décharnés » se jouerait à la fois un refus du « plaisir », des « soins » et du « lien à l'autre ». Le travail sur la rigidité des membres cible la « rigidité » des patientes elles-mêmes, supposées fermées aux autres.

Mais la consolidation des grilles de lecture du trouble est aussi à rapporter à ce que ces résistances suscitent chez les professionnel-le-s : l'impression d'être déchu-e de leur position de soignant-e. Les

anorexiques, en refusant les soins, retirent à la prise en charge sa teneur de *care*. Dans une équipe majoritairement féminine, ce constat va souvent de pair avec le sentiment d'échouer à incarner un rôle maternel, comme lorsqu'il est question de renutrition : « Nourrir c'est le rôle de la mère... avec ces patientes qui arrachent leur sonde, c'est impossible » (Marine, infirmière). Cela conforte ces soignantes dans l'idée que les anorexiques entretiennent un rapport conflictuel au féminin : elles refuseraient aux autres le droit d'être féminines, parce qu'elles rejetteraient le féminin en elles. Leur refus du féminin serait en quelque sorte contagieux : « Il faut être à l'aise avec sa féminité quand tu baignes dans leurs symptômes, sinon tu deviens comme elles [...] tu te rigidifies » (Lucie, infirmière).

Chez les adolescentes de milieux privilégiés, ces résistances peuvent s'accompagner d'une déconstruction des grilles de lecture médicales associant leur trouble au féminin. Pour Dahlia, « la dépression touche autant les filles que les garçons », ses expressions variant en fonction des individus, non du genre. Ses camarades anorexiques soulignent que l'ascétisme touche l'ensemble des membres de leur famille. Certaines relient l'anorexie à leur incapacité à exprimer leurs émotions, voire à des « tocs », manifestation du stress qu'elles situent du côté masculin. Les adolescentes s'opposent également à l'idée qu'elles souffriraient d'un trouble du féminin. Bien sûr, certaines se sont approprié le discours psychiatrique, déclarant leur angoisse face aux métamorphoses pubertaires. Néanmoins, elles opposent à ce discours, lectures et films à l'appui<sup>12</sup>, une certaine déconstruction théorique du genre : celui-ci résiderait, plutôt que dans des pratiques corporelles et culturelles, dans un certain sentiment de soi.

La mise en discours de son identité genre et de sa sexualité participe d'une dynamique collective, propre au groupe formé par les patientes – qui se construit à la fois contre le corps soignant et contre l'extérieur. Peu intégrées à leurs groupes de pair-e-s, nombre d'adolescentes valorisent en effet « l'anormalité », notamment sur le plan du genre et de la sexualité. Mobilisant un registre identitaire, quatre d'entre elles se demandent si elles sont « transgenres » et lancent une pétition en faveur d'un atelier socio-esthétique *queer*. La moitié des patientes revendique en outre des sexualités bi ou lesbienne : « Je pensais parler calories, mais la première question qu'on te pose ici c'est : "T'es hétéro ?" » (Noémie).

Pour certaines, ces enjeux préexistent à l'hospitalisation. Zia (14 ans, mère journaliste, père économiste), hospitalisée pour anorexie et dépression, lie son mal-être à sa relation amoureuse avec

12. Dont les ouvrages de Virginie Despentes.

Lola, qui avait donné lieu à du harcèlement scolaire et au rejet familial. À l'hôpital, Zia joue avec d'autres le rôle d'entrepreneuse de morale en promouvant l'adage « T'arrives hétéro, tu ressors au moins bi ». Nombre de patientes, ayant subi du harcèlement, adhèrent à leur discours « ouvert à la différence » (Dahlia). Mais les adolescentes de milieu populaire s'intègrent difficilement à cet entresoi. Cela tient peut-être aux représentations dominantes de l'homosexualité féminine : le sujet lesbien est associé à la « contagion pathologique de classe » autant qu'à « l'expression bourgeoise de soi », et « aucun de ces ensembles de connotations n'est fait pour inclure ou séduire les femmes des classes populaire » (Skeggs, 2015, p. 243). Sandra est de fait peu à l'aise avec les revendications identitaires de ses camarades, qui ne sont « que des riches ». D'abord isolée du reste du groupe, elle noue néanmoins une relation « fusionnelle » avec une patiente anorexique. Elle en vient à comparer leur relation à celles entretenues par les patientes « en couple », sans pour autant la qualifier d'homosexuelle.

Les revendications des adolescentes de milieux favorisés, si elles ne s'y réduisent jamais, revêtent en contexte hospitalier une fonction stratégique : elles manifestent à l'équipe médicale que, si elles refusent « l'hétéronormativité » (Zia), elles n'en sont pas moins à l'aise avec leur sexualité. Ces revendications sont pour certain-e-s soignant-e-s superficielles et « adolescentes ». Les internes, notamment, banalisent ces « tendances » homosexuelles. Pour les psychiatres et les infirmier-e-s en revanche, ces tendances seraient une preuve supplémentaire d'une « peur du masculin ». Elles témoigneraient de l'influence nocive du milieu *queer* qui imposerait aux jeunes de se redéfinir en permanence sur le plan identitaire, au lieu de leur fournir des repères stables. Les pratiques lesbiennes sont en revanche invisibilisées et réduites à des amitiés fusionnelles.

### Des garçons qui contestent leurs diagnostics

Contrairement aux patientes qui contestent le regard médical, les garçons rejoignent les soignant-e-s dans leur lecture des troubles. L'anorexie et la dépression seraient des « maladies de filles », qui « complexent » ou « s'exposent ». Dès lors, les enquêtés prennent soin de distinguer leur trouble du tableau clinique associé. Ceux hospitalisés pour dépression se considèrent moins « bruyants » (Savinien) que les filles, disent « s'isoler » ou « ne plus parler ». Certains se refusent à la psychologisation, réduisant leur trouble à la conséquence d'un traumatisme, voire à l'expression d'un « stress » purement physique. Ils emploient d'ailleurs peu l'étiquette diagnostic, préférant parler de « phobie scolaire » ou de « trouble



anxieux ». Les patients hospitalisés pour anorexie préfèrent quant à eux user du terme plus neutre de « TCA » ; affirment qu'ils ne cherchent « pas à maigrir » mais à rendre leurs muscles apparents, voire à « se grandir » (Guillaume).

L'origine sociale des enquêtés influe sur cette prise de distance. Les adolescents dépressifs issus de milieux favorisés – la majorité – acceptent leur diagnostic en se reconnaissant, non sans honte, une certaine « sensibilité » (Alexis). Cela tient au fait que leurs cercles familiaux ou amicaux sont susceptibles d'accepter le diagnostic sans y lire un rapport troublé au masculin. Le groupe des anorexiques est davantage clivé. Ceux issus de classes moyennes ou supérieures, comme Guillaume, tolèrent leur étiquette, tout en développant une mise en scène masculine de soi. En revanche, ceux issus de milieux défavorisés la refusent, comme Jason (17 ans), issu d'une famille gitane. L'adolescent, qui se dit « à 100 % hétéro », « masculin à mort », s'affirme prêt à « prendre 100 kg » : « Je peux manger un pot de Nutella. Mais l'anorexie c'est le contraire... elles veulent maigrir. Mes parents ils savent que je suis pas anorexique, que c'est pour les filles. »

Déscolarisé, il accompagne son père maçon sur les chantiers, s'adonne aux jeux vidéo, joue au foot avec ses cousins et ne fréquente les filles que pour « la drague ». Il puise dans un imaginaire genré au masculin pour donner sens à son vécu : il s'identifie au héros du manga *Tokyo Ghoul*, un humain auquel on a greffé les organes d'une goule, se privant de manger pour résister à ses pulsions cannibales. En entretien, il lie d'abord son trouble à un traumatisme – « Je me suis étouffé avec des carambars » – puis à des hallucinations auditives et des « bizarreries » – « C'est comme s'il y avait plein de personnes qui me parlaient dans les oreilles. [...] quand quelqu'un sort sa monnaie, j'ai peur qu'une pièce me parte dans la gorge. »

Sans se prononcer sur la substance de son trouble, il semble que Jason préfère apparaître psychotique plutôt qu'anorexique : être rediagnostiqué « psychotique » lui permet d'être reconnu dans sa masculinité.

Au-delà de la mise à distance de leur diagnostic, les garçons résistent à l'institution malgré eux. Pour prouver leur hétérosexualité aux soignant-e-s, ils doivent s'intéresser aux filles. Mais pour interagir avec elles, ils doivent se plier à certaines exigences et notamment se montrer ouverts à l'homosexualité masculine – alors qu'ils se disent repoussés par les garçons en entretien, et parodient la figure du « gay » en théâtre – et se prêter à des pratiques de féminisation. Dahlia, tout en s'affirmant hétérosexuelle, tire fierté de sa relation avec Siméon – vêtu de rose, les cheveux longs, il est le patient le

plus convoité des filles. Conan se dit bisexuel, au grand plaisir de Zia qui en fait son « meilleur ami », tandis qu'Alexis se laisse coiffer de barrettes. Seul Jason, issu de classe populaire, fait bande à part.

Dans l'unité étudiée, les jeunes hospitalisé·e·s sont pour l'équipe soignante « troublé·e·s » du point de vue du genre et de la sexualité et il s'agit là d'un trait constitutif de leur pathologie. L'analyse des pratiques thérapeutiques, distinctes selon le sexe et les pathologies, donne à voir la manière dont les grilles de lecture psychiatriques s'agencent au quotidien. La reproduction de ces grilles, véhiculant des normes de genre caractéristiques des classes moyennes, repose sur deux mécanismes. D'un côté, les professionnel·le·s les intériorisent lors de temps collectifs et les appliquent *a priori*, bien que pour certain·e·s, la trajectoire sociale et la position dans les soins favorisent une posture critique. De l'autre, les résistances des patient·e·s les confortent dans leurs analyses.

Mon travail alimente en outre deux perspectives héritées des travaux de Goffman (1968). Le travail psychiatrique consiste d'abord à faire intérioriser aux individus une identité de malade mental·e ; et, passé ce stade, à leur inculquer des pratiques propres à corriger leurs comportements pathologiques. Mais il conduit aussi, dans le même temps, à renforcer ou produire des déviations. Dans le service étudié, ces dynamiques se retrouvent, sur le plan du genre et de la sexualité. Les patient·e·s intériorisent en partie le regard médical. Les garçons associent l'anorexie et la dépression au féminin et s'approprient donc difficilement leurs diagnostics. Des patientes en viennent à se féminiser, des patients à se masculiniser. Pour autant, nombre de jeunes contestent le jugement porté sur eux et participent à une sous-culture déviante, dans laquelle s'ancrent leurs résistances aux normes de genre et de sexualité portées par l'institution et leurs groupes de pair·e·s extérieur·e·s. Il faudrait toutefois interroger ces adolescent·e·s une fois sorti·e·s de l'hôpital pour saisir ce qu'ils et elles conservent de leurs socialisations hospitalières.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Béliard A., Eideliman J.-S., Fansten M., Mougel S., Planche M., Vaumouron S., 2019 « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic de TDA/H », *Sciences sociales et santé*, 37 (1), p. 5-29.
- Bertrand J., Mennesson C., Court M., 2014 « Des garçons qui n'entrent pas dans le jeu de la compétition sportive : les conditions familiales d'une atypie de genre », *Recherches familiales*, 11 (1), p. 85-95.
- Brossard B., 2015 « L'usage des émotions lors des interactions psychiatriques et gériatriques », *Terrains/Théories*, 2 [En ligne]
- Butler J., 2005 *Trouble dans le genre*, Paris : La Découverte.
- Cardi C., Pruvost G. (dir.), 2012 *Penser la violence des femmes*, Paris : La Découverte.
- Clair I., 2016 « La sexualité dans la relation d'enquête », *Revue française de sociologie*, 57 (1), p. 45-70.
- Connell R., 2014 *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Paris : Amsterdam.
- Cousteaux A.-S., Pan Ké Shon J.-L., 2008 « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de sociologie*, 49 (1), p. 53-92.
- Coutant I., 2012 *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*, Paris : La Dispute.
- Court M., Mennesson C., 2015 « Les vêtements des garçons », *Terrains & travaux*, 27 (2), p. 41-58.
- Darmon M., 2007 « Traitement de l'anorexie et clivage de genre », dans Faure S., Eckert H., *Les jeunes et l'arrangement des sexes*, La Dispute : Paris, p. 95-113.
- Darmon M., 2007 *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris : La Découverte.
- Diter K., 2015 « "Je l'aime, un peu, beaucoup, à la folie... pas du tout !" La socialisation des garçons aux sentiments amoureux », *Terrains & travaux*, 27 (2), p. 21-40.
- DRESS, 2017 *L'état de santé de la population en France*, Paris.
- Fansten M., 2018 « Psychanalyse : une exception française ? », dans Coutant I., Wang S., *Santé mentale & souffrance psychique*, Paris : CNRS, p. 247-265.

- Foucault M., 1976 *Histoire de la sexualité*, tome 1 : *La Volonté de savoir*, Paris : Gallimard.
- Geoffroy P.-A. et al. 2016 *Référentiel de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie*. Tours : Presses universitaire François Rabelais.
- Goffman E., 1968 [1961] *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* [trad. L. Lainé], Paris : Les Éditions de Minuit.
- Guillemain H., 2018 *Schizophrènes au xx<sup>e</sup> siècle. Des effets secondaires de l'histoire*, Paris : Alma éditeur.
- Hacking I., 1999 *The Social Construction of What ?*, Cambridge : Harvard University Press.
- Hochschild A. R., 2017 [1979] *Le prix des sentiments*, Paris : La Découverte.
- INSERM, 2003 *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*.
- Kitanaka J., 2011 *Depression in Japan : Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton (N.J.) : Princeton University Press.
- Laqueur T., 2013 [1990] *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident* [trad. M. Gautier], Paris : Folio.
- Laufer L., 2016 « Corps et politique. Les psychanalystes féministes... et la question de la différence », dans Rassiad J.-J., *Genre et psychanalyse*, Toulouse : Érès, p. 31-54
- Mardon A., 2011 « La génération Lolita. Stratégies de contrôle et de contournement », *Réseaux*, 4-5 (168-169), p. 111-132.
- Micale M.S., 2008 *Hysterical Men : The Hidden History of Male Nervous Illness*, Cambridge (Mass.) : Harvard University Press.
- Molinier P., 2013 *Le travail du care*, Paris : La Dispute.
- Mougeot F., 2019 *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Toulouse : Érès.
- Octobre S., Détrez C., Merckle P., Berthomier N., 2010 *L'enfance des loisirs. Trajectoires communes et parcours individuels de la fin de l'enfance à la grande adolescence*, Paris : DEPS/La Documentation Française.
- Ogien A., 1987 « Le travail en équipe. L'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie », *Sciences Sociales et Santé*, 5 (2), p. 61-84.
- Paillet A., 2007 *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris : La Dispute.

- Pasquier D., 2005 *Cultures lycéennes. La tyrannie de la majorité*, Paris : Autrement.
- Skeggs B., 2015 [1997] *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire* [trad. M.-P. Pouly], Marseille : Agone.
- Showalter E., 1985 *The Female Malady : Women, Madness and English culture 1830-1980*, New York : Pantheon books.
- Strauss A., 1963 « The hospital audits negotiated order ». Dans Freidson E., *The Hospital in Modern Society*, New York : The Free Press, p. 147-168.
- Tronto J., Fisher B., 2009 [1990] *Un monde vulnérable. Pour une éthique du care*, Paris : La Découverte.
- Verjus A., 2010 *Le bon mari. Une histoire politique des hommes et des femmes*, Paris : Fayard.
- Vuattoux A., 2016 *Genre et rapports de pouvoir dans l'institution judiciaire*, thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Cité.