

De la naturalisation des différences de genre à l'individualisation des corps : regards de professionnels de santé sur la puberté

In Sabrina Sinigaglia-Amadio (*dir.*), *Enfance et genre. De la construction des rapports de genre et ses conséquences*, Nancy, PUL, 2014.

Version auteur

Virginie VINEL¹

Ce chapitre analyse des discours de professionnels de santé sur les enfants de 9 à 14 ans. Il rend compte de résultats d'une recherche collective intitulée CORAGE « Expériences du corps et passage d'âges : le cas des enfants de 9 à 13 ans »² dont la problématique centrale interroge les modes de gouvernements au sens foucauldien (Foucault, 1976, 2001a, 2001b) que développent les enfants à ces âges de changements corporels, et les regards que portent sur eux des professionnels qui les encadrent, notamment les professionnels de santé³. La question de l'émergence d'un nouvel âge, la « préadolescence », traverse cette recherche, qui explore les critères et les modalités que les enfants, les parents et des professionnels utilisent pour définir ces âges.

L'intérêt pour les discours des professionnels de santé sur les enfants de ces âges est soutenu par l'idée aujourd'hui répandue tant dans les médias, le sens commun qu'une partie de l'épidémiologie américaine, d'une avancée pubertaire des enfants, spécifiquement des filles (INSERM, 2007), qui s'accompagne d'une féminisation précoce (Bouchard, Bouchard, 2005 ; Duquet, Quéniart, 2009 ; Jouanno, 2012). Nous avons donc cherché à savoir ce que les professionnels de santé, en contacts réguliers avec des enfants de 8-9 à 13-14 ans⁴, constatent de cette avancée pubertaire. En sont-ils alarmés ? Plus largement, quels discours produisent-ils sur les enfants à ces âges ? Construisent-ils précisément des différenciations entre les garçons et les filles, et lesquelles ? Mettent-ils aussi l'accent sur des similarités ?

Notre problématique s'inscrit dans une perspective interactionniste et constructiviste qui interroge la production et la reproduction du genre par le langage (Butler, 2005) et les actions et interactions (Thorne, 1993 ; West, Zimmermann, 1987 ; West, Festermaker, 1995). En effet, à la suite

¹ Maîtresse de conférences habilitée à diriger des recherches en Anthropologie et Sociologie. Laboratoire Lorrain de sciences sociales. vinel5@univ-lorraine.fr

² Coordinatrice scientifique : Nicoletta Diasio (Laboratoire Cultures et Sociétés en Europe, Université de Strasbourg-CNRS), en partenariat avec le Laboratoire Lorrain des Sciences Sociales, Université de Lorraine (responsable scientifique : Virginie Vinel) et l'Université Ca'Foscari de Venise (responsable scientifique : Donatella Cozzi). Participent à l'enquête concernant les professionnels de santé et la littérature médicale : Donatella Cozzi, Nicoletta Diasio, Anne Fernandes, Marie-Pierre Julien et moi-même, ainsi que l'Observatoire Régional de la Santé et de l'action sociale de Lorraine (ORSAS).

³ Un travail d'enquête et d'analyse est également réalisé auprès des professeurs d'éducation physique et des animateurs (Voléry, Herasse 2012), et sur les médias (De Julio 2010).

⁴ Les bornes d'âges de 8 à 14 ans ont été déterminées, d'une part, en référence à la littérature médicale pour laquelle la puberté « est dite précoce » lorsqu'elle débute avant 8 ans pour les filles et avant 9 ans pour les garçons (Cartault *et al.* 2008 : 1311), d'autre part, par le constat de l'équipe de recherche qu'une partie des enfants démarrent leur puberté autour de 14 ans.

de Thomas Laqueur (1990) et des historiennes des sciences (Gardey, Löwy 2000 ; Oudshoorn, 2000 ; Vidal, 2007 et dans cet ouvrage ; Wiels, 2007), on peut soutenir que la division de l'humanité en deux catégories de sexe biologiquement distinguées est une élaboration historique et sociale. Il ne s'agit pas d'affirmer que les différences biologiques n'existent pas, ceci ne relève pas de nos compétences de sociologues, mais d'interroger l'évidence d'une différenciation binaire expérimentée comme « naturelle » et construite sur une différenciation sociale, hiérarchisée (Mathieu, 1991 ; Guillaumin, 1992). Cette approche soutient donc que la multitudes de paroles, de pratiques et de dispositifs qui affirment que les garçons et les filles, les hommes et les femmes, sont différents et asymétriques – y compris biologiquement – produisent l'idéologie de la bi-catégorisation de sexe et de genre⁵ et font croire que « naturellement » cette division binaire doit être reproduite à tous les niveaux du social.

Une approche similaire en termes de processus sociaux continus (Thorne, *ibidem* ; West, Fentemaker, *ibidem* ; Mayall, 2005) est appliquée ici aux âges : les discours et les dispositifs créent des âges, y assignent des normes, qui sont à leurs tours intégrées, incorporées, ou subverties par les personnes.

Cette problématique réfléchit donc aux effets de la médicalisation sur la production du genre et des âges. Michel Foucault (1976) a montré comment des dispositifs de contrôle de la santé développés à partir du XVIII^{ème} siècle ont été particulièrement appliqués aux femmes en tant que reproductrices, et aux enfants. Les anthropologues féministes nord-américaines du corps et de la médecine (Kaufert, Gilbert, 1986 ; Martin, 1992) ont également décrit comment la médicalisation des moments physiologiques – la grossesse, la ménopause, les menstrues – construit des représentations du féminin spécifique. Plus récemment, en Amérique du Nord, le corps masculin sexuel est entré aussi dans des dispositifs de médicalisation (Rosenfeld, Faircloth, 2006) alors que cette intégration reste limitée en France (Giami, 2004 ; Vinel, 2004). Mes travaux antécédents sur la ménopause ont souligné comment des discours médicaux français participent à la construction de représentations sur les femmes « de plus de 50 ans », alors que le silence entoure le corps des hommes à ces âges (*ibidem*). Une démarche identique est donc appliquée ici à la question de la puberté : en quoi les discours médicaux sur la puberté inscrivent-ils les enfants dans un genre et dans un âge ? Peut-on distinguer des récurrences sur les définitions médicales de cet âge selon le genre ? Les discours sont-ils uniformes ou révèlent-ils des variations selon la profession et le genre du professionnel ? Autant de questions que nous tenterons de traiter dans ce chapitre en approfondissant, tout d'abord, les discours sur les écarts d'âges à la puberté entre les filles et les garçons, puis, sur l'avancement pubertaire contemporain des filles.

⁵ J'introduis ici une différence entre sexe et genre au sens où sexe se rapporte aux dimensions biologiques alors que genre renvoie au système social de différenciation et hiérarchisation des hommes et des femmes, en sachant que sexe et genre sont étroitement intriqués comme nous le montrons dans le cœur de l'article.

Le corpus analysé est composé de trente-six entretiens individuels et de trois entretiens de groupes, pour un total de quarante-six professionnels de santé interviewés en Lorraine et en Alsace⁶, en faisant varier la profession, le genre, les lieux (rural, urbain) et les structures d'exercice : médecins généralistes et pédiatres en cabinet libéral, endocrinologue libéral et hospitalier, médecins et infirmières scolaires, pédopsychiatres en service pour adolescents et en hôpital, médecin du mouvement pour le planning familial, sages-femmes des centres de planification⁷.

Des écarts entre garçons et filles perçus comme une évidence

Les discours des professionnels de santé sont diversifiés, tant entre les professions qu'à l'intérieur d'une même profession. La variété des professionnels rencontrés explique en partie ce résultat, mais pas seulement : les caractéristiques de la population sur laquelle nous les avons interrogés est en cause. Un même entretien recèle aussi plusieurs niveaux de discours qui seront mis en exergue.

Tous les professionnels rencontrés soulignent, d'abord, que les enfants entre 9 et 14 ans ne forment pas à leurs yeux une catégorie d'âge, tant ils relèvent des différences entre les plus jeunes, les 9-10 ans, plutôt définis comme des enfants, et les 13-14 ans plutôt comme des adolescents. « *Entre 9 et 14 ans : il y a un monde !* » exprime une médecin scolaire. Entre ces deux extrêmes d'âges, les professionnels parlent « *d'entre deux* », quelques-uns de « *préadolescents* ». Tous repèrent plusieurs types de passages à ces âges : les passages scolaires qui sont des référents massifs dans tous les entretiens, associés à l'âge. Le milieu de la 5^{ème} et la 4^{ème} – « *en 4^{ème}, c'est l'explosion, c'est 13 ans* » rapporte une médecin généraliste – sont particulièrement mis en exergue. L'acquisition des moyens technologiques de communications (téléphone portable, facebook), l'attitude d'opposition envers les parents, la puberté forment les autres passages, qui ne se font pas tous dans les mêmes temporalités.

A l'intérieur de cette pluralité de passages qui produisent l'avancée en âge, les discours des professionnels de santé sont homogènes sur la nette différenciation entre les garçons et les filles : « *La rupture pour les filles c'est à 11 ans, là, elles rentrent dans la préadolescence. Ça c'est sûr. Et puis vers 13 ans, dans l'adolescence. Et la rupture pour les garçons, c'est 13 ans.* » (Pédiatre 1, femme).

Ce décalage entre des filles mûres corporellement et mentalement plus précocement que les garçons est relaté par une majorité d'interviewés, quelle que soit leur profession et leur genre : « *Les filles sont... les filles sont plus matures que les garçons. C'est ce qui ressort beaucoup, même quand on fait des interventions [en classe]. Il y a toujours euh... parce que ça arrive qu'en troisième, les garçons soient encore très immatures.* » (Infirmière scolaire 1).

⁶ Nous avons également procédé à un dépouillement et une analyse de la littérature médicale sur la puberté, les pubertés précoces et l'adolescence (Cozzi, 2013 ; Vinel 2013, 2014).

⁷ Quatorze observations de séances d'éducation à la sexualité ou à la contraception dans des collèges (classes de 4^{ème} et de 3^{ème}) ont complété ce matériau, mais elles sont peu mobilisées ici.

« Le problème des 4^{ème} par exemple, tu vas avoir une population de filles qui vont déjà quasiment être toutes réglées, qui vont déjà avoir leurs transformations, et tu as une population de garçons, où là, tu vas avoir un développement disparate. » (Sage-femme 1, centre de planification, intervenante en collège).

« C'est un lieu commun ça aussi, il y a quand même une sacrée différence entre les garçons et filles quoi, les filles ont quand même une forme de maturité différente que les garçons, physiquement déjà. » (Médecin généraliste 1, homme)

Ces propos reflètent parfaitement le schéma binaire de genre qui s'est imposé dans les sciences à partir du XVIIIème siècle (Laqueur, 1990 ; Vidal, 2006) : filles et garçons sont appréhendés comme des groupes homogènes distincts par leur physiologie. Cette binarité est réitérée au point d'en devenir comme le souligne un médecin « un lieu commun ». Les filles comme groupe indistinct sont décrites comme plus en avance que les garçons, ce qui ne signifie pas que cette avance soit valorisée (cf. infra).

Les écarts de genre sont rarement inversés, seule une sage-femme trouve que : « Les filles en quatrième, elles sont petites, c'est encore des « pt'ioties », elles semblent oui un peu moins dégourdies [que les garçons]... » (Sage-femme 2, Intervenante en collège). Elle remarque que ses observations dépendent des lieux où elle exerce : « Enfin, c'est très rigolo parce qu'il y a des classes où tout le monde est petit, où ils semblent naïfs encore, mais y en a d'autres alors là ! Même en 4^{ème} : physiquement, et en parlant... » (*idem*).

Dans cette performance de l'opposition entre filles et garçons, les professionnels prennent comme référent le niveau scolaire et amalgament l'âge et la classe scolaire. L'homogénéité des âges renforce ainsi la binarité de genre : l'image de deux groupes homogènes dans une même classe d'âge est réaffirmée. Ces discours omettent que les enfants dans la même classe scolaire n'ont pas nécessairement le même âge, ce qui explique en partie les décalages physiologiques entre enfants et entre des classes composées d'enfants pubères et d'autres moins.

De plus, les similarités physiques, c'est-à-dire des garçons et des filles qui, aux mêmes âges, ont la même taille et le même développement pubertaire ne sont jamais mis en exergue, alors que ces zones de concordance existent si l'on s'en réfère au calendrier pubertaire des garçons et des filles (Marshall, Tanner, 1969, 1971 ; INSERM, 2007) et aux observations. Cette itération des écarts, hiérarchisés, au détriment de la mise en exergue des similitudes entre les groupes de genre, y compris du point de vue physique, reproduisent comme le démontre Goffman (2002) les différences de genre, et en font une prophétie auto-réalisée⁸. Cette norme massive de bi-catégorisation de genre conduit à énoncer des stéréotypes.

La Lolita versus le gamin

Sporadiquement dans les entretiens des professionnels de santé, deux figures stéréotypiques émergent : celles de la « Lolita » et du « gamin ». Bien que ces assertions ne soient pas massives dans

⁸ Qui ne croit pas que les hommes sont plus grands et plus forts que les femmes ?

les entretiens, leur analyse permet de mettre au jour des représentations elles fortement diffusées sur le genre à ces âges. « Vous avez le tout petit qui fait encore gamin, timide, qui visiblement n'est pas du tout pubère. Et puis, vous avez la grande asperge, je parle des filles là, avec des seins, déjà réglés. » (Médecin scolaire 1, femme).

Dans ce fragments de discours, s'oppose le garçon à la fois petit en taille et en stature, impubère et par association « *timide* » voire « *naïf* », et la fille, « la grande asperge », en pleine puberté, physiologiquement presque une femme « *avec des seins* ». Ce regard sur la maturité de certaines filles peut glisser vers la « *Lolita* » « *aguicheuse* » : « *J'trouve que les jeunes filles se maquillent beaucoup plus tôt. Ça euh. On peut pas dire le contraire, hein. Elles sont plus Lolita. Plus féminines. Non ? Moi je trouve [...]* » Elle précise : « *Y'a des filles Lolita et y'a des filles féminines. J'ai pas dit qu'elles sont toutes Lolita. Elles sont pas forcément Lolita, aguicheuses, mais quand même elles ont toujours un p'tit quelque chose, elles se maquillent un tout p'tit peu plus... des fois c'est discret, quand même c'est joli⁹, mais c'est quand même un peu plus une séduction par rapport aux garçons [...]* » (Médecin généraliste 2, femme).

Cette corporalité est vue comme gênante, voire dangereuse, par un médecin généraliste homme, du même quartier, qui souligne ses difficultés à travailler avec « *des petits nanas de 13 ans qui sont comme des bombes sexuelles que tu vois dans les clips de rappeurs, [...] il y en a qui ont des shorts, des décolletés jusque-là, des seins comme ça, c'est des filles de 12-14 ans quoi hein, elles érotisent leur corps, volontairement ou pas ...* ». Il relativise en ajoutant : « *des filles qui viennent.....euh que dire, les filles plus jeunes, elles sont normales, un peu sur la réserve. [...]* » et pointe du doigt le type de filles auxquelles il se réfère : « *C'est les petites maghrébines qui sont comme ça très...qui ont des looks affriolants, comme ça très aguicheurs* » tout en soulignant leur rareté : « *C'est un épiphénomène ici quoi.* » (Médecin généraliste 1, homme).

Dans ce quartier d'une grande ville mixte socialement, la figure de la fille érotisée est associée aux descendantes de migrants ce qui correspond à une itération de certains stéréotypes sexistes coloniaux (Dorlin 2006 ; Tarraud 2008) ; un glissement s'opère dans le regard des médecins de la maturité physiologique due à la puberté aux parures jugées érotisées. Il est notable que ce soit l'homme médecin qui à la fois exprime le stéréotype le plus cru et soit gêné dans son exercice professionnel face à ces jeunes corps féminins ; les professionnelles femmes, quant à elles, émettent un jugement moral sur cette féminisation, qu'elles justifient aussi par leur sensibilité féministe¹⁰. Ces stéréotypes qui allient genre, « *ethnie* », catégorie sociale¹¹ relèvent plus des représentations personnelles d'adultes, partagées entre hommes et femmes, que de leurs référents professionnels¹².

⁹ Sur la norme de la discrétion du maquillage, cf. Mardon (2010), Vinel 2012a, Julien dans cet ouvrage.

¹⁰ Les rapports français (Jouanno 2012) et québécois (Duquet, Quéniart, 2009) sur l'hypersexualisation sont aussi construits sous couvert de féminisme.

¹¹ La combinaison des rapports sociaux hiérarchisés de genre, de catégorie sociale et d'ethnicisation, voire de racialisation (« *gender, class, race* » en anglais) est un programme d'étude fécond aux Etats-Unis depuis les années 1980 (Crenshaw 1989) et a fait partie des préoccupations théoriques des féministes matérialistes francophones dès les années 1990 (Guillaumin 1992). Il se déploie en France aujourd'hui sous le terme importé d'intersectionnalité et vise à « adopter une grille de lecture multidimensionnelle qui prenne en compte les formes tant matérielles que symboliques des différents modes de subordination et la manière dont ceux-ci interagissent. » (Palomares, Testemoire, 2010 : 16). L'utilisation du terme « *race* »

Ces propos sont circonscrits à ces médecins libéraux et des infirmières scolaires exerçant dans ce quartier mixte socialement et dans de petites villes ouvrières de Moselle. Ils n'ont pas été retrouvés dans les entretiens des médecins libéraux et des infirmières scolaires exerçant en zone rurale. Plusieurs infirmières scolaires, exerçant dans ces territoires, insistent sur le fait que les filles sont « *toutes en pull et jeans* ». Quelques filles portent des tenues « *peu appropriées* » et « *sont stigmatisées* » : « *Je me souviens d'une élève en 6^{ème}, à R. [petite ville ouvrière du nord de la Meurthe-et-Moselle], une lolita quoi... ou en lycée professionnel, en jogging, mais ici en milieu rural j'ai pas remarqué de filles habillées particulièrement féminines.* » (Infirmière scolaire 4).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette différence : les parures des filles rurales sont peut-être plus contrôlées alors que certaines filles de territoires populaires font de leur corps un capital social comme l'a observé Aurélia Mardon en région parisienne (Mardon 2010). Les observations de l'équipe CORAGE (Julien dans cet ouvrage ; Vinel, 2013) nous font aussi pencher vers la deuxième hypothèse selon laquelle quelques jeunes filles se parent, à certaines occasions, de façon féminine, voire imitent les parures « sexy » des filles exposées dans les clips musicaux ou la presse. Le regard adulte¹³, informé par un imaginaire érotique du corps des jeunes filles notamment issues des populations postcoloniales, perçoit ces corps comme sexualisés. Plusieurs professionnels soulignent le caractère sporadique des tenues « affriolantes » - « c'est un épiphénomène » - et pourtant ces pratiques suscitent force commentaires et contestations. Que ce regard adulte soit plus exacerbé dans les territoires dénombrant des catégories populaires et issues des migrations, est sans doute lié à une tendance historique au contrôle de la sexualité des classes populaires et des populations colonisées sous couvert de protection face au machisme des hommes (Hamel, 2005). Au contraire, les éléments de parure dénotant une maturité physique, voire une sexualisation du corps des garçons (coiffure, pantalon, T-shirt, caleçons visibles, accessoires), ne sont relevés par aucun professionnel. Certains parlent des « grands costauds », des « dégourdis », de « vrais hommes », mais aucun ne souligne que « faire homme » pour un jeune garçon constitue une attitude aguicheuse ou une sexualisation précoce. Ces assertions fortement genrées et hiérarchisées posent ainsi crucialement la question du regard porté par les adultes sur les corps des filles et des garçons en changement, sexualisés pour le premières, neutralisé pour les seconds.

en France ne fait toutefois pas l'unanimité, il ne sera pas utilisé ici lui préférant les termes d'action « racialisation » et « ethnicisation » (Hoffman, Poirat, Audebert, 2011). Il faut souligner que d'autres rapports sociaux s'ajoutent aux trois cités ci-dessus, ceux de l'âge auxquels nous prêtons particulièrement attention dans nos travaux (Vinel, 2012b).

¹² Simona Tersigni (2012) relève, comme nous ici, dans les matériaux de la littérature médicale et les discours des professionnels de santé, une altérisation des enfants issus de l'immigration et des enfants adoptés posés souvent comme une population spécifique. Mais comme nous le montrons, bien que cette tendance soit présente, elle n'a pas un caractère systématique. Par exemple, une pédiatre à la question posée par l'enquêtrice concernant les difficultés de parler du corps pubère dans les familles soulignent que cela concerne des familles religieuses, quelle que soit la religion et elle cite les familles catholiques pratiquantes.

¹³ Les entretiens auprès d'animateurs (Voléry, Hérasse, 2012), des parents et des enfants (Vinel, 2012a) révèlent aussi ces représentations. Les animateurs présentent aussi une autre facette des stéréotypes de genre « ethnicisés » : celui des filles voilées des quartiers populaires qui ne peuvent pas sortir, ni parler des questions de corps dans leur famille. Discours que nous n'avons pas retrouvés chez les professionnels de santé rencontrés.

Les entretiens des professionnels révèlent aussi un ensemble de propos plus nuancés qui soulignent surtout l'hétérogénéité des enfants à ces âges.

L'analyse professionnelle de l'hétérogénéité des 9-14 ans

Au-delà des asymétries stéréotypiques, le discours récurrent est celui d'un âge où la population est particulièrement hétérogène. Ainsi, une pédiatre met en exergue les écarts d'âges du début de la puberté des garçons et les disparités qu'ils génèrent au sein d'un groupe d'âge masculin : « *Ceux qui font des pubertés tôt vont grandir, ben ils seront très grands dans leur classe, ils sont en 5^{ème}, ils sont grands ! Mais ils vont arriver en 3^{ème} ils vont être petits, parce que tous les copains les auront rattrapés.* » (Pédiatre 2, femme). Et une infirmière rapporte les différences entre filles dans une même classe : « *C'est comme pour les sixièmes, y' a des p'tites euh... des p'tites minuscules et i'y en a d'autres qui ont l'air un petit peu plus évolué.* » (Infirmière scolaire 2).

La médecin scolaire qui opposait « *la grande asperge* » au « *tout petit gamin timide* » précise en amont : « *Il y a des populations extrêmement diverses en 6^{ème}* » (Médecin scolaire 1, femme).

Et le médecin généraliste qui pointe du doigt les « *bombes sexuelles de 13 ans* », souligne aussi : « *Tu sais très bien qu'à la puberté sur le plan physiologique on est pas du tout pareil, il y a des filles qui sont réglées à quinze ans, d'autres à neuf ans, les petits mecs ils ont des poils au zizi à neuf ans ou d'autres à seize ans.* » (Médecin généraliste 1, homme).

Tous les professionnels ont relevé cette hétérogénéité, sans distinction de lieu d'exercice ou de genre. Dans ces fragments de discours, les interviewés font état de leur expérience professionnelle, et non plus de leur regard commun sur les enfants de ces âges. L'expérience clinique des médecins et des pédiatres, et les observations dans les classes pour les infirmières, les sages-femmes et les médecins scolaires, les conduisent à mettre l'accent sur la diversité individuelle, la disparité des temporalités des changements pubertaires ce qui est corroboré par les études épidémiologiques (INSERM, 2007). Certains¹⁴ confortent leurs observations professionnelles avec des observations privées en faisant appel à leur expérience de parents pour comparer le développement de leur enfant à celui de leurs camarades d'âges. « *J'ai des mecs qui ont le même âge que mon garçon, des grands costauds quoi, avec des épaules, et puis t'as les gringalets quoi, de même âge hein.* » (Médecin généraliste 1, homme).

Ces discours clivés dans un même entretien, d'un côté les stéréotypes de genre, croisés à des stéréotypes de « classe » et ethniques, de l'autre l'individualité des temporalités des enfants, peut être interprété comme le reflet de deux niveaux de discours qui se côtoient sans s'informer : d'une part, les professionnels de santé rendent compte du « lieu commun » de la distinction physiologique de groupes des sexes pensés comme homogènes et comme des évidences « naturelles » objectives, répétée tant dans les sciences qu'à tous les niveaux du social (Mathieu 1990 ; Goffman, 2002 ; Wiels, 2007).

¹⁴ Plutôt des médecins généralistes moins assurés dans leur expérience auprès de ces publics qu'ils rencontrent peu de leur propre dire.

Cette itération de la norme de la binarité de groupe sexe et de genre, croisée à une hiérarchisation « ethnique » conduit à l'énonciation de cas stéréotypés qui corroborent ces « évidences » : les filles sont « plus mûres », « plus grandes » et cette asymétrie du corps physiologique (la taille, les formes, les caractères sexuels secondaires visibles) s'accompagne d'une asymétrie des parures, dénotées négativement comme féminisées ou érotisées. Cette avance des filles n'est pas valorisée y compris une plus grande taille. A d'autres moments de l'entretien, les mêmes professionnels relatent leur expérience clinique, performent le discours professionnel qui se construit autour de la personne comme entité spécifique à qui le médecin apporte des soins appropriés (Ordre des médecins, 2012). Le regard et l'attention sont alors portés avant tout sur l'individu et ses caractéristiques somatiques propres, ce qui est au cœur de la profession médicale (Ordre des médecins, 2012 ; de Pauw, 2012). Centré ainsi sur la personne, le discours rend compte des différences entre tous les individus, ainsi de l'hétérogénéité des enfants du même âge, quel que soit leur genre.

Un autre phénomène à déchiffrer du point de vue de la production des stéréotypes de genre des enfants aux âges étudiés est l'idée d'un avancement pubertaire féminin.

Des filles pubères de plus en plus tôt ?

Des synthèses médicales et épidémiologiques, des articles de journaux, des sites internet ont suscité une alarme depuis les années 2000 sur l'avancement de la puberté des filles : « *Les filles sont pubères de plus en plus tôt* » titre une fiche d'actualité scientifique de l'INED en omettant de souligner que cette décroissance s'est faite sur plus d'un siècle (La Rochebrochard, 2000). Des articles de la presse amplifient l'inquiétude : « *La puberté féminine précoce inquiète* » (Agence France-Presse, La Presse, 12 février 2001)¹⁵, « *Petites filles écloses avant l'âge. L'entrée en puberté de plus en plus précoce n'est pas exempte de risques psychologiques* » (*Le Monde* 21/22 novembre 2010)¹⁶ ou encore « *Alerte aux pubertés précoces* » (*Le Point* 9 août 2012)¹⁷.

La diffusion médicale vulgarisée n'est pas en reste. Le site Doctissimo rapporte « *un phénomène* » qui « *semble de plus en plus fréquent* » : « *Quand la puberté prend de l'avance !* » « *La puberté marque la sortie de l'enfance... Mais parfois elle survient un peu tôt dans la vie : avant 8 ans chez la fille et 10 ans chez le garçon, on parle de puberté précoce.* » (Doctissimo.fr consulté le 15 octobre 2012). Certaines synthèses médicales françaises abondent dans ce sens (Pienkowski, Granjean, 2008) alors que d'autres restent nuancées (Cartaul *et al*, 2008). L'ensemble de ces sources diffusées et plus ou moins vulgarisées s'appuient essentiellement sur une étude américaine publiée en 1997 (Herman-Giddens *et al.*, 1997) qui alertait sur un avancement prononcé du premier stade de la puberté des filles, particulièrement des filles afro-américaines (un âge médian au premier stade de la puberté à 8,9 ans, l'âge à la ménarche¹⁸ restant stable). En partie controversée et souvent nuancée (Parent *et al.*,

¹⁵ <http://www.er.uqam.ca/nobel/r30034/PSY4130/Pages/puberte.htm>

¹⁶ http://www.lemonde.fr/vous/article/2010/11/20/petites-filles-ecloses-avant-l-age_1442822_3238.html

¹⁷ http://www.lepoint.fr/societe/alerte-aux-pubertes-precoces-09-08-2012-1495884_23.php

¹⁸ La ménarche correspond à l'apparition des premières règles.

2003), cette étude a suscité un retentissement mondial qui à nos yeux participe de la reproduction de la hiérarchisation du genre, de l'ethnisation, voire de la racisation dans les sciences (Vinel 2013, à paraître). L'épidémiologie présente, pourtant, des données disparates et lacunaires que nous avons analysées par ailleurs (*ibidem*).

Les diffusions vulgarisées ont également introduit une confusion entre un avancement pubertaire physiologique dans les pays occidentaux et les populations aisées des autres continents¹⁹, et les pubertés considérées comme problématiques, les pubertés précoces centrales ou « pubertés précoces vraies », qui peuvent être pathologiques ou non pathologiques²⁰ (Brauner, Couto-Silva, Chemaitilly, Adan, Trivin, 2005).

Dans ce contexte d'alarme médiatique et médicale, nous avons cherché à comprendre si les professionnels de santé français sont inquiets par rapport à l'avancement et la précocité pubertaire des filles, et quelles en sont les conséquences en termes de représentation du genre à ces âges de l'enfance.

Dans les entretiens, quelques femmes médecins généralistes ou pédiatres commencent par rapporter le lieu commun de l'avancement pubertaire, en se référant à des intuitions : « *Quand j'étais jeune, l'âge de la puberté était de... vers 15 ou 16 ans. Aujourd'hui il n'est pas rare de voir des enfants de 10 ou 11 ans avoir leurs règles.* » (Pédiatre 3, femme).

« *M : Moi je suis plus vieille que cela, mais la moyenne était à 13 ou 14 ans. La moyenne est passée de 13 à ... je ne m'y connais pas donc je me lance dans des hypothèses, à 11 et ½.*

E : donc maintenant c'est en CM2

M. : CM2 je n'en ai peut-être pas beaucoup » (Médecin généraliste 2, femme).

Mais l'expérience familiale ou professionnelle vient troubler ces représentations : « *Oui. J'en ai vu une hier... elle m'a dit qu'elle était réglée depuis un et demi... Elle regarde dans son ordinateur. Ah bah non, elle a 14 ans donc elle a été réglée à 12 ans et ½. Ah ha, non elle, c'est normal.* » (Médecin généraliste 2, femme) ; « *Mes filles aussi ont eu leurs règles plus tard que moi... Ma mère les a eues à 13 ans, moi à 11,5 ans et mes filles toutes entre 13 et 14 ans...* » (Pédiatre 3, femme).

Ce flou dans les savoirs et la référence à l'histoire personnelle par des médecins libéraux, particulièrement les généralistes, provient du fait qu'ils et elles ont peu de patientes de cet âge et que le

¹⁹ L'âge à la ménarche serait passé en moyenne de 17 ans au 19^{ème} siècle à 13 ans en 1960 et 12,6 ans aujourd'hui en Europe (INSERM 2007). Mais la puberté ne se réduit pas à la ménarche et se déroule en plusieurs stades, pour les garçons et pour les filles, définis conventionnellement selon l'échelle de Marshall et Tanner (1969, 1970), ils s'étendent sur 5 à 6 ans. Ce sont les bornes d'âges du premier stade de la puberté des filles qui font polémique depuis la fin des années 1990, l'âge à la ménarche n'ayant pas varié.

²⁰ La puberté précoce pathologique peut être d'origine centrale hypothalamo-hypophysaire ou périphérique ovarienne ou surrénalienne ; elle peut être aussi organique en raison de lésions cérébrales. La puberté précoce peut être considérée comme non pathologique lorsque des signes pubertaires apparaissent de façon dissociée, par exemple des poils pubiens uniquement (Brauner, Couto-Silva, Chemaitilly, Adan, Trivin, 2005). L'âge auquel la puberté est considéré comme précoce est indexé sur l'âge moyen de la ménarche dans une population donnée (8 ans pour les filles et 9 ans pour les garçons en France), ce qui pose la question de la production de ces moyennes statistiques, de la définition même de la puberté précoce (Cozzi, 2013) et des normes mobilisées pour la traiter (Carel, Linglart, Roger, Lalhou, Chaussain, 2002). Donatella Cozzi (*ibidem*) émet l'hypothèse de l'invention de la puberté précoce pour conforter une spécialité médicale, la pédiatrie, en quête de légitimité.

suivi de la puberté, qui n'est pas une pathologie, ne fait pas partie de leur cœur de métier. L'instabilité du savoir scientifique sur ces questions (*cf. supra*) et la connaissance limitée que les généralistes et certains pédiatres ont des études sur la puberté font qu'ils n'en retiennent parfois que les lieux communs²¹. Les pédiatres sont les seuls à mesurer la puberté selon l'échelle de Marshall et Tanner (1969, 1970)²² et donc à posséder des données précises sur les étapes de développement pubertaire de leurs jeunes patientes. Mais, les enfants de 9 à 13 ans forment une minorité de leur patientèle²³. Parmi cette patientèle, les médecins généralistes et les pédiatres rapportent qu'ils ne voient pas d'évolution des âges à la ménarche depuis le début de leur exercice, une vingtaine d'années en moyenne : « *Je n'ai pas de filles en CM1 qui ont leurs règles* » (Médecin généraliste 3, homme)

« *L'avance de l'âge pubertaire, l'anticipation... est-ce qu'elle est plus apparente sur mes vingt ans de pratiques? On en entend beaucoup parler mais dans la pratique, c'est pas une réalité. Dans la pratique, elles sont réglées entre 11 ans et 14 ans. Non j'ai pas l'impression d'une diminution, dans la pratique de l'âge de la puberté. Non, c'est pas la puberté qui a avancé.* » (Pédiatre 1, femme)

« *Moi je trouve qu'il n'y a pas beaucoup de changements entre les filles d'il y a 20 ans et maintenant.* » (Médecin généraliste 4, femme).

Ils et elles ne sont pas non plus alarmés par les formes de puberté précoce « vraie » des filles, car ils/elles n'ont rencontré qu'un ou deux cas dans leur carrière :

« E : *Est-ce que vous avez rencontré des pubertés précoces ? Des pubertés avancées, avant 8 ans justement ?*

P : *Oui, oui. Pfff ! Une !*

E : *Une ?*

P : *Une. Y a très très longtemps. Et on a pu la traiter. [...] C'était à 7 ans. Et maintenant, je crois qu'elle est étudiante en droit, pour dire ça remonte ! [...]*

V : *D'accord. Et alors pour les garçons, c'est quel âge ? Avant 9 ans ?*

E : *Avant 9 ans, oui. C'était une pilosité notamment.* » (Pédiatre 2, femme)

Les infirmières scolaires ne font pas de remarques cliniques sur l'âge à la puberté car son recensement n'entre pas dans leurs missions, mais aucune n'a constaté dans les visites programmées (en CE2 et en 6^{ème}) d'explosion de pubertés avancées. Un endocrinologue d'une grande ville, dont ces questions sont au centre de sa profession rencontre moins de 10 cas par an et ne voit pas d'évolution depuis qu'il exerce (15 ans). Il souligne que la plupart des patientes qui lui sont amenées pour une puberté précoce n'en présente pas : « *C'est souvent l'apparition de pilosité pubienne, et puis l'apparition*

²¹ Les médecins généralistes nous ont souvent dit en amont de l'entretien lors de la prise de rendez-vous téléphonique puis au début de l'entretien qu'ils-elles n'avaient rien à dire sur notre questionnement. Rappelons bien que la puberté n'étant pas une pathologie elle ne fait pas partie d'un suivi médical et notre recherche ne vise pas à une médicalisation de cette phase de la vie.

²² Texte fondateur de la description pubertaire utilisé par le corps médical occidental.

²³ Qui est surtout constituée des enfants de 0 à 6 ans.

donc de seins, de tuméfactions donc au niveau mammaire, et rarement pour des ménarches, pour règles d'emblée. C'est essentiellement parce que elles [les mères] voient, elles constatent, la formation d'une pilosité, c'est vraiment le symptôme majeur. [...] mais qu'il s'agit en aucun cas d'un vrai démarrage pubertaire avec une maturation de l'axe sexuel. » (Endocrinologue 1, homme).

Pour cet endocrinologue, les inquiétudes diffuses ne sont pas attribuables au corps médical qui est là pour rassurer : *« C'est-à-dire que, comme elles [les mères] viennent très très tôt, du fait de leur anxiété et bien, finalement, on est là souvent pour rassurer, pour dire : ' Non, bien sûr, un bourgeon mammaire, une petite pilosité, mais c'est parfaitement physiologique, ça va s'arrêter et ça reprendra en temps voulu ' ».*

Pour une pédiatre, ce n'est pas l'avancement pubertaire qui est une réalité, renvoyé plutôt à la sphère médiatique, mais l'avancement de la féminisation : *« C'est pas la puberté qui a avancé, c'est la féminisation... Mettre en avant cette féminité plus tôt.* » (Pédiatre 1, femme). Les mères sont, aussi, pour cette médecin, au cœur du processus de fabrication de ces déviances.

Le corps biologique des filles ne pose ainsi pas de problème aux médecins rencontrés, qui ne constatent pas d'avancement général de la puberté et très peu de pubertés précoces « vraies ». La pratique clinique amène ces professionnels à rappeler aux patientes ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas, et à conforter les filles dans leur normalité physiologique. Ainsi, la clinique, centrée sur le somatique individuel ne crée pas de hiérarchisation entre des filles « trop en avance » ou « en retard » à partir du moment où les temporalités restent dans les normes définies statistiquement. Par contre, leurs interrogations sur le corps social des filles, leur parure ou les inquiétudes « maternelles » qu'il suscite, les conduisent à reproduire des stéréotypes de genre.

Conclusion

Les discours des professionnels de santé pendant l'entretien avec la sociologue ou l'anthropologue découlent de plusieurs référentiels qui se rencontrent sans dialoguer à différents moments de l'entretien : d'une part, la représentation commune de la bi-catégorisation de sexe et de genre fait émerger des discours autour d'un écart « évident » entre les garçons et les filles, pensés comme des groupes homogènes, hiérarchisés. Apparaissent alors des stéréotypes de genre dans cet âge, qui associent corps physiologique (grande taille, seins, formes) et corps social (maquillage, vêtements, origine nationale et sociale) pour donner naissance à la figure repoussoir de la fille pubère, grande, féminine, voire sexualisée, trop tôt. Bien que restant des occurrences sporadiques dans les entretiens, les stéréotypes du « gamin » opposé à la « Lolita » sont des figures sous-jacentes d'un imaginaire qui croise genre, âge, et en partie catégorie sociale et « ethnie », diffusé dans l'ensemble des regards adultes que l'équipe CORAGE a analysés. D'autre part, la pratique professionnelle centrée pour les médecins sur la personne et ses caractéristiques somatiques, et pour les infirmières sur l'accueil global de l'enfant et la prévention, produit des discours sur l'individualité du développement pubertaire et la normalité de la variabilité de ses temporalités, tant qu'elles demeurent dans les normes

statistiques. Ces constats cliniques ne remettent pas en cause la bipolarité de genre/sexe. Les similarités entre garçons et filles ne sont pas mises en exergue, mais les discours établissent l'hétérogénéité des corps à ces âges quel que soit le genre. Enfin, on constate une forte disjonction entre les alertes médiatiques et médicales sur l'avancement de la puberté et les pubertés précoces et les discours des professionnels interviewés qui n'adhèrent pas à cette alarme, car ils n'observent pas de grands changements dans les calendriers pubertaires des populations qu'ils rencontrent. Cet écart questionne le sociologue qui s'interroge sur les diffractions dans le monde médical contemporain et sur les formes de diffusion des études épidémiologiques. La physiologie des filles demeure dans la normalité aux yeux de ces professionnels, mais plusieurs d'entre eux interrogent le corps socialement façonné des filles, jamais celui des garçons, comme sujet de séduction et d'attraction sexuelle.

Bibliographie

- Bouchard, P., Bouchard, N., (2005). « L' imprégnation idéologique et la résistance : étude des réactions d' un groupe de préadolescentes à deux magazines pour jeunes filles », *Recherches féministes, Passages*, Université Laval, Volume 18, numéro 1, p. 5-24
- Brauner R, Couto-Silva AC, Chemaitilly W, Adan L, Trivin C. (2005). "Pubertés précoces centrales des filles: prédiction de l'étiologie » *Archives de Pédiatrie*, n° 12, p. 1661-1664.
- Butler, J., (2005). *Troubles dans le genre*. Paris : La Découverte.
- Cartault, A., Edouard, T., Pienkowski, C., Tauber, M., (2008). « Puberté normale », *La revue du praticien*, vol. 58, p.1311-1316.
- Carel Jean C., Linglart A., Roger M., Lalhoun N., Chaussain J.L. (2002). « Quand et comment traiter une puberté précoce centrale », *Archives de Pédiatrie*, vol. 9, pp. 237-239
- Cozzi, D., (2013). "Mad, sad and hormonal. Riflessioni sul corpo dei preadolescenti e la costruzione dei discorsi medici" *Anthropologia Medica, Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n°35-36,
- Crenshaw, K., W., (1989). *Demarginalising the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, The University of Chicago Legal Forum, Chicago.
- De Iulio, S., (2010). « La mise en scène des frontières de l'enfance : état des connaissances et perspectives de recherche » In S. Octobre, Sirota R., *Actes du colloque Enfance et cultures : regards des sciences humaines et sociales*, en ligne : <http://www.enfanceetcultures.culture.gouv.fr/actes/deiulio.pdf>
- Dorlin, E., (2006). *La matrice de la race : Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*. Paris : La Découverte.
- Duquet, F., Quéniart, A., (2009). Perceptions et pratiques de jeunes du secondaire face à l'hypersexualisation et à la sexualisation. Rapport de recherche projet : « Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation », UQAM, YWCA, Forum Jeunesse de l'île de Montréal. En ligne : <http://www.er.uqam.ca/nobel/jeunes/rapport.recherche.texte.pdf>
- Foucault, M., (1976). *Histoire de la sexualité, Tome 1, La volonté de savoir* Paris : Gallimard.
- Foucault, M., (2001a [1975]), « Pouvoir et corps ». *Dits et écrits*, tome I. Paris : Gallimard, Quarto : 1622-1628.
- Foucault, M., (2001b [1978]), « La gouvernementalité ». *Dits et écrits*, tome II. Paris : Gallimard, Quarto : 635-657.
- Giami, A., (2004). « De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destins de la médicalisation de la sexualité » In Fassin D., Memmi D., *Le gouvernement des corps*. Paris : EHESS.
- Goffman, E., (2002 [1979]). *L'arrangement des sexes*. Paris : La Dispute.
- Guillaumin, C., (1992). *Sexe, Race et pratique du pouvoir ; l'idée de nature*. Paris : Côté-Femmes.

- Hermann-Giddens, M. E., Slora, E.J., Wasserman, R.C., Bourdony, C.J., Bhapkar, M.V. *et coll.*, (1997). « Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice : a study from the Pediatric research in Office Setting Network », *Pediatrics*, 99, 505-512.
- Hoffman, O., Poiret, C., Audebert, C., (2011). « Contextualiser pour mieux conceptualiser la racialisation », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 27, 1, p.7-16
- INSERM, (2007). *Synthèse. Croissance et puberté. Evolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques*, Inserm, Expertise collective.
- Jouanno, C., (2012). *Contre l'hypersexualisation. Un nouveau combat pour l'égalité*, Rapport parlementaire, mars, en ligne : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hypersexualisation2012.pdf
- Kaufert, P., Gilbert, P., (1986). "Women, menopause and medicalization", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol 10, n°1-5, 7-21.
- Laqueur, T., (1992). *La fabrique du sexe*. Paris : Gallimard.
- La Rochebrochard (de), E., (1999). « Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesure à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents », *Population*, n°6, 933-962.
- La Rochebrochard (de), E., (2000). « Les filles sont pubères de plus en plus tôt », INED, *Fiche d'actualité scientifique*, n°1, novembre.
- Lock, M., (1993), *Encounters with Aging : Mythologies of Menopause in Japan and North-America*, Los Angeles, Berkeley, University of California Press.
- Marshall, WA., Tanner, JM., (1969). "Variations in pattern of pubertal changes in girls". *Arch. Dis. Child.* 44 (235): 291-303.
- Marshall, WA., Tanner, JM., (1970). "Variations in the pattern of pubertal changes in boys". *Arch. Dis. Child.* 45 (239): 13-23.
- Mardon, A., (2009). « Les premières règles des jeunes filles : puberté et entrée dans l'adolescence », *Sociétés contemporaines*, vol. 3, n°75, 109-129.
- Mardon, A., (2010). « Sociabilités et travail de l'apparence au collège », *Ethnologie française*, vol. XL, 1, 39-48.
- Martin, E., (1992). *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, New-York, Beacon Press, Revised edition.
- Mathieu, N.-C., (1991). *L'anatomie politique, Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : éditions Côté-femmes.
- Mayall, B., (2003). *Sociologies of childhood and educational thinking*, London, Institute of education.
- Ordre des médecins, Conseil national de l'Ordre des médecins, *Code de Déontologie*, novembre 2012, en ligne www.conseil-national-medecin.fr
- Oudshoorn, N., (2000). « Au sujet des corps, des techniques et des féminismes » In Gardey D., Löwy I., *Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris : EAC, 31-44.
- Parent, A.-S., Teilmann, G., Juul, A., Sakkebaek, N., Toopari, J., Bourguignon, J.-P., (2003). « The Timing of Normal Puberty and the Age limits of Sexual Precocity : Variations around the World, Secular Trends and Changes after Migration », *Endocrine Review*, n°24 (5), 668-693.
- Palomares, E., Testenoire, A., (2010). « Indissociables et irréductibles : les rapports sociaux de genre, ethniques et de classe », *L'Homme et la société*, vol. 2 n° 176-177, p. 15-26.
- Pienkowski, C., Granjean, S., (2008). « La puberté avant l'âge. Nouveaux aspects », IPSEN, En ligne : <http://www.medecine.ups-tlse.fr/desc/fichiers/Puberte%20precoce.pdf>
- Rosenfeld, D., Faircloth, C. (ed.), (2006). *Medicalized masculinities*. Philadelphia : Temple University Press.
- Taraud C., (2008). "Genre, classe et "race" en contexte colonial et post-colonial", in Théry I., Bonnemère P., *Ce que le genre fait à la personne*. Paris : EHESS, pp. 154-171.
- Tersigni, S, (2012), *L'etnicizzazione del corpo dei bambini in situazione migratoria*, Journée d'étude « Uscire dall'infanzia. Corpo, genere, medicina, status », Università Ca' Foscari (Venise), 26 octobre 2012.
- Thorne, B., (1987). "Re-visioning women and social change: Where are the Children?" *Gender & Society*, vol.1, n°1, 85-109.
- Thorne, B. (1993). *Gender Play. Girls and Boys in School*. Buckingham : Open University Press.

- Vidal, C., (2006b). « Cerveau, sexe et idéologie » In C. Vidal, *Féminin, masculin. Mythes et idéologies*. Paris : Belin, 49-57.
- Vinel, V., (2004). « Ménopause et andropause au regard du ‘dispositif de sexualité’ », *Le Portique. Foucault, Usages et actualités*, 13-14, 205-220.
- Vinel, V., (2012a). « Productions quotidiennes des distinctions de genre chez les enfants de 9 à 13 ans » Journée d'études « Enfance et genre », CEPED-INED-Université Paris V, 5-6 juin. (à paraître)
- Vinel, V., (2012b). « Dynamiques des âges en France et au Burkina Faso : genre, corps et parenté », Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Metz, décembre.
- Vinel, V., (2013). « Quels modèles du genre dans la littérature médicale : la puberté des filles et des garçons », Journées d'études « Enfance, corps et genre », Toulouse 23-24 mai.
- Voléry, I., Hérasse, C., (2012). « *Individualisation de la pratique enseignante et transformation des modalités de constructions du genre. Corps, rapports d'âge et de genre: l'exemple des professeurs d'éducation physique et sportive (EPS)* », communication au XIX^{ème} Congrès de l'AISLF, Rabat, juillet 2012, CR4 Rapports sociaux de sexe.
- West, C., Zimmermann, D.H., (1987). “Doing gender”, *Gender and Society*, vol.1, n°2, 125-151.
- West, C., Fenstermaker, S., (1995). “Doing Difference”, *Gender & Society*, vol. 9, n°1, 8-37
- Wiels, J., (2006). « La différence des sexes : une chimère résistante » In C. Vidal, *Féminin, Masculin. Mythes et idéologies*. Paris : Belin, 71-81.