

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 17 (1991)

Heft: 1

Artikel: Rapport à la santé, pratiques préventives et conditions de vie : une mise en perspective

Autor: Osiek-Parisod, Françoise

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814853>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 13.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

RAPPORT À LA SANTÉ, PRATIQUES PRÉVENTIVES ET CONDITIONS DE VIE: UNE MISE EN PERSPECTIVE

Françoise Osiek-Parisod

Service de la recherche sociologique, 8, rue du XXXI Décembre,
CH-1207 Genève

1. Introduction

L'engouement pour le concept de santé (et les pratiques qui en découlent) est relativement récent et tend à prendre la forme, dans certains milieux du moins, d'une véritable idéologie. Mais le contenu de la notion de santé (ce qu'on y met) n'est pas immuable, fixé une fois pour toutes et pour tout le monde. Il évolue avec le temps, se modifie d'une culture et d'une société à l'autre. C'est pourquoi une conception «personnelle» de la santé ne l'est finalement pas tant que cela car elle est profondément marquée aussi par «l'ambiance culturelle» dans laquelle vivent les gens: les modèles, les idées et les valeurs qui circulent à ce sujet dans leur contexte social. Plusieurs chercheurs ont pu ainsi mettre en évidence le fait que, dans une même société considérée à un moment donné, les représentations de la santé varient d'un milieu à l'autre, d'un groupe, d'une position sociale à l'autre (voir Aballea 1987, Boltanski 1968 Herzlich 1969, d'Houtaud 1981, 1989 etc.).

Dans le cadre d'une récente recherche sur les représentations et les pratiques familiales en matière d'éducation à la santé, 300 mères d'enfants genevois en 5ème année primaire (10–11 ans) ont participé à leur domicile à un entretien par questionnaire. On leur proposait essentiellement différents types de questions fermées, standardisées, ainsi que quelques questions ouvertes. Ces dernières étaient posées soit de manière «indépendante» (pour elles-mêmes), soit dans le but de faire expliciter ou justifier par nos interlocutrices leur réponse à une question fermée. L'étude du contenu de ce type de réponses a permis de constituer des catégories d'analyse. D'où la possibilité de les «opérationnaliser» (codification, quantification, construction d'indices etc.). Les résultats montrent – entre autres – que tous les parents d'écoliers ne partagent pas la même conception de la santé et de la prévention et que cela joue un rôle dans leurs pratiques quotidiennes. Parallèlement à l'influence (attendue) de la position sociale et du niveau d'instruction des parents, les résultats mettent également

en évidence l'impact de leur culture professionnelle dans leur manière de se représenter et de gérer les questions relatives à la santé.

Partant de typologies du rapport à la santé construites sur la base des réponses de mères de famille à des questions standardisées, nous verrons que les représentations ainsi mises en évidence ne sont pas sans relation avec le regard porté sur la santé de l'enfant et la manière d'envisager la prévention dans la famille. Ces résultats, ainsi que certains extraits du «discours» des mères de familles, suggèrent l'idée que les différentes représentations sociales de la santé et de la prévention (ou rapport à la santé) peuvent être comprises à la fois comme principe organisateur de comportements préventifs spécifiques ET comme mode d'adaptation culturelle aux conditions objectives de l'existence. L'intérêt des questions ouvertes consiste également ici à mettre de la «chair» sur le «squelette théorique» un peu aride de la typologie. En d'autres termes, la «parole» des mères de famille permet de donner une réalité et un contenu («quelque part, au niveau du vécu» ...!) à la construction théorique a posteriori de la typologie.

Dans un souci de simplification, trois seulement des six groupes de 50 familles de profil contrasté constituant la population originale de l'étude seront retenus pour illustrer le présent article.

Un premier groupe est constitué de familles immigrées (espagnoles, italiennes ou portugaises) dont le père est manoeuvre ou ouvrier et dont la mère, le plus souvent sans formation professionnelle, occupe un emploi subalterne peu qualifié.

Un second groupe de familles, de classe moyenne, est caractérisé par le fait que le père (et à 90% la mère également) exerce une profession dans le secteur du travail médical, social ou de l'éducation (appelées dorénavant professions MSE) correspondant au statut de cadre moyen (infirmier, assistant social, physiothérapeute, instituteur ...).

Un dernier groupe enfin est composé de familles dont le père est cadre supérieur ou dirigeant dans un domaine tout à fait étranger au travail médico-social ou éducatif (PDG, ingénieur, économiste ...). La mère, qui a beaucoup moins souvent que celles du groupe précédent une formation aux professions MSE, ni d'ailleurs un niveau d'instruction toujours équivalent, est également – comparativement à d'autres – moins présente dans la vie professionnelle.

2. Le rapport à la santé

Quelles représentations de la santé et de la prévention sont à l'oeuvre dans les familles d'écoliers genevois? Pour tenter de le savoir, deux dimensions essentielles de la notion de santé ont été prises en considération. Tout d'abord la nature de la santé (de quoi elle est faite), la définition qu'on lui donne. Qu'est-ce qui fait dire que l'on se sent en bonne santé ou que l'on estime une autre personne en bonne santé? En bref, c'est répondre à la question «qu'est-ce que la santé?».

La seconde dimension qui ne peut en être dissociée, c'est l'origine, les causes de la bonne santé; elle répond à la question «d'où vient la santé?». Pourquoi est-on en bonne santé, est-ce une donnée sur laquelle on n'a pas de prise, dans quelle mesure cela dépend-il de la chance, de la société, de soi-même?

2.1 *Typologie des définitions de la santé*

Pour appréhender le contenu donné au terme santé par nos interlocutrices, nous leur avons présenté une liste de sept propositions¹. Nous leur avons demandé de retenir les trois d'entre elles qui correspondent le mieux (ou le moins mal) à leur conception personnelle de la santé, en pensant d'abord à elles plutôt qu'à leur enfant. Les «définitions» proposées et introduites par la formulation «être en bonne santé, c'est ...» peuvent être regroupées selon quatre idées directrices:

Une définition par l'absence:

- «Ne pas être malade.»
- «Ne pas sentir son corps.»

Le bien-être et le bien-vivre:

- «Être en pleine forme.»
- «Vivre pleinement sans trop s'en soucier» (de la santé).

Une dimension psychique et réflexive:

- «Avoir un bon équilibre psychique.»
- «Bien se connaître» (son corps, ses réactions etc.).

Une dimension instrumentale ou utilitaire:

- «Pouvoir affronter tous les problèmes de la vie» (capacité de faire face).

1 Quelques-uns de ces items ont été repris ou inspirés d'une étude conduite en 1978 par A. d'Houtaud en Lorraine sur les représentations de la santé.

L'étude du choix des mères de familles met en évidence quelques régularités dans la manière de sélectionner trois propositions et de les combiner. Certains groupes de réponses comportent systématiquement la présence simultanée de deux dimensions, comme si elles ne pouvaient pas être envisagées l'une sans l'autre. D'autres, au contraire, excluent complètement ces mêmes éléments et combinent alors d'autres réponses entre elles de manière spécifique. Quatre types de définitions de la santé² ont pu ainsi être mis en évidence (voir tableau 1).

2.2 Typologie des causes de la (bonne) santé

Comme pour la définition de la santé, une liste de propositions³ a été soumise aux mères de famille parmi lesquelles elles choisissaient les trois éléments qui, selon elles, contribuaient le plus à «faire» ou à maintenir la santé. Ces «attributions causales», introduites par la proposition «on est en bonne santé parce que ...» peuvent être regroupées selon quatre idées directrices:

La santé est une chance de naissance:

«On a la chance d'avoir une bonne résistance physique, un bon fond de santé.»

Elle est due à des éléments impersonnels externes:

«On bénéficie des progrès de la médecine.»

«On a la chance de pouvoir travailler» (tant qu'on a le travail on a la santé).

«On a de bonnes conditions de vie (logement, environnement) et de travail (salaire, horaires, contacts etc.).»

Elle est due à des précautions et à des abstentions:

«On a une bonne hygiène.»

«On prend des précautions et on fait attention à certaines choses (tabac, alcool etc.).»

Elle est due globalement à un mode de vie:

«On prend du bon temps, on sait se détendre.»

«On suit certaines règles de vie.»⁴





«On cultive son épanouissement personnel (aspect psycho-social).»

2 Les trois typologies relatives à la santé présentées dans cet article ont été élaborées à partir des configurations de réponses spécifiques des mères de familles interviewées et ont permis à chaque fois d'inclure la totalité des réponses dans les types ainsi constitués.

3 Quelques-uns de ces items ont également été repris ou inspirés d'une étude conduite en 1978 par A. d'Houtaud en Lorraine sur les représentations de la santé.

4 Il était précisé à nos interlocutrices que cet item renvoyait à un mode de vie en général et ne se limitait pas à des précautions alimentaires ou à des restrictions (tabac etc).

Tableau 1
Construction de 4 types de contenu de santé (synthèse)

1er choix discriminant	2e clivage: choix associés	Type de contenu de santé
<p>Choix systématique de la proposition:</p> <p align="center"></p> <p>«pouvoir affronter tous les problèmes de la vie»</p> <p align="center"></p> <p>(58% des 300 réponses)</p>	<p>associé systématiquement à:</p> <p>bon équilibre psychique et/ou bien se connaître</p> <p>(complété si nécessaire par l'une des propositions ci-dessous)</p>	<p align="center">Santé = valeur d'usage étendue</p>
	<p>associé exclusivement à deux des propositions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne pas être malade - ne pas sentir son corps - être en pleine forme - vivre pleinement 	<p align="center">Santé = valeur d'usage réduite</p>
<p>«Rejet» systématique de la proposition:</p> <p align="center"></p> <p>«pouvoir affronter tous les problèmes de la vie»</p> <p align="center"></p> <p>(42% des 300 réponses)</p>	<p>présence systématique de:</p> <p>bien se connaître</p> <p>(complété par deux des propositions ci-dessous)</p>	<p align="center">Santé = un bien-être réflexif</p>
	<p>Choix exclusif de trois des propositions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bon équilibre psychique - ne pas être malade - ne pas sentir son corps - être en pleine forme - vivre pleinement 	<p align="center">Santé = un agréable bien-être</p>

Comme pour les différentes conceptions de la santé, des configurations spécifiques de «causes» se dégagent du choix des mères de famille. Ce qui a permis de distinguer entre les différentes combinaisons possibles, c'est l'accent plus ou moins fort mis sur les pratiques visant à maintenir la santé psychique et relationnelle ou la recherche d'un style de vie. On obtient ainsi trois types de causalité (il s'agit toujours de tendances générales), selon que cette dimension est prédominante, minoritaire ou totalement absente.

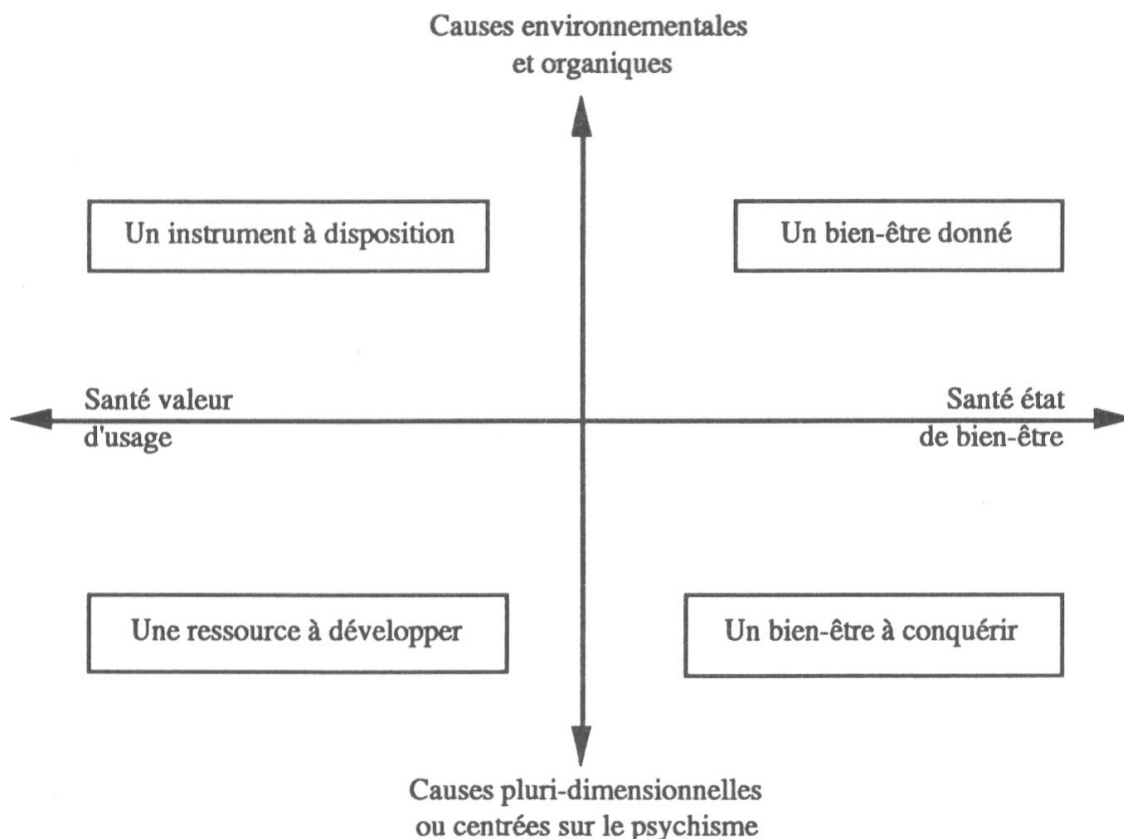
Lorsque la santé est attribuée *exclusivement* à la chance, à des causes impersonnelles externes ou à des précautions d'hygiène et d'alimentation, on parlera de *causes environnementales et organiques*. Lorsque la bonne santé vient *prioritairement* (deux éléments sur trois) de la recherche d'un style de vie et/ou d'une attention portée à des besoins d'équilibre, de satisfaction et de développement personnels, on parlera de *causes centrées sur le psychisme*. On aura affaire enfin à une «causalité» *pluridimensionnelle* quand la bonne santé provient d'un mélange de tous ces éléments dont l'un, mais jamais davantage, est centré sur la santé psychique ou la recherche d'un style de vie.

2.3 Typologie du rapport global à la santé

Les représentations de la nature ou du contenu de la santé ne sont pas étrangères à celles que l'on a de ses causes et inversement. La santé, vue d'abord comme une absence de maladie et de symptômes, est plus souvent associée à des causes environnementales et/ou organiques. La santé considérée prioritairement comme une forme d'équilibre psychique et une bonne connaissance de soi est davantage attribuée à la recherche d'un mode de vie et d'épanouissement personnel et à des causes multidimensionnelles. Si l'on considère simultanément les représentations des causes et de la nature de la santé, il est possible d'envisager l'existence d'attitudes globales, une sorte de «rapport à la santé» qui implique une manière spécifique de concevoir la santé et la prévention et par là-même de percevoir les problèmes de santé, d'agir pour les prévenir ou les résoudre, d'évaluer ses propres actions et celles des agents de la santé.

En combinant les dimensions centrales, les axes logiques autour desquels s'articulent les typologies de la définition (ou nature) et des causes de la santé, on obtient une typologie du rapport global à la santé (v. figure 1). L'axe de la nature de la santé oppose la santé «valeur d'usage» à la santé «état de bien-être». Celui des causes de la bonne santé oppose une option plutôt impersonnelle et relativement passive à une conception pluraliste et plus volontariste.

Figure 1
Rapport globale à la santé



- *Un instrument à disposition*: Ce modèle relève d'une valeur d'usage réduite. La santé y est vue avant tout comme une absence de trouble et de maladie («ne pas être malade», «ne pas sentir son corps») et/ou comme une capacité de résistance physique ou mentale («pleine forme», «équilibre psychique»). Ce sont les conditions requises pour pouvoir travailler, tenir le coup et faire face aux difficultés de la vie. En d'autres termes, il faut d'abord être bien dans son corps et bien vivre le moment présent pour faire face aux difficultés de la vie. Une «bonne» santé résulte alors *exclusivement* de conditions favorables de soins («progrès de la médecine»), de travail et d'habitat («bonnes conditions de vie et de travail», «pouvoir travailler») extérieures à l'individu et – mais pas toujours – de conduites favorisant la résistance et le bon fonctionnement de l'organisme («hygiène», «précautions»). Ce modèle est le plus souvent présent dans le milieu ouvrier immigré.
- *Une ressource à développer*: Ce modèle implique également une attitude instrumentale où la santé est considérée comme une capacité d'affronter les

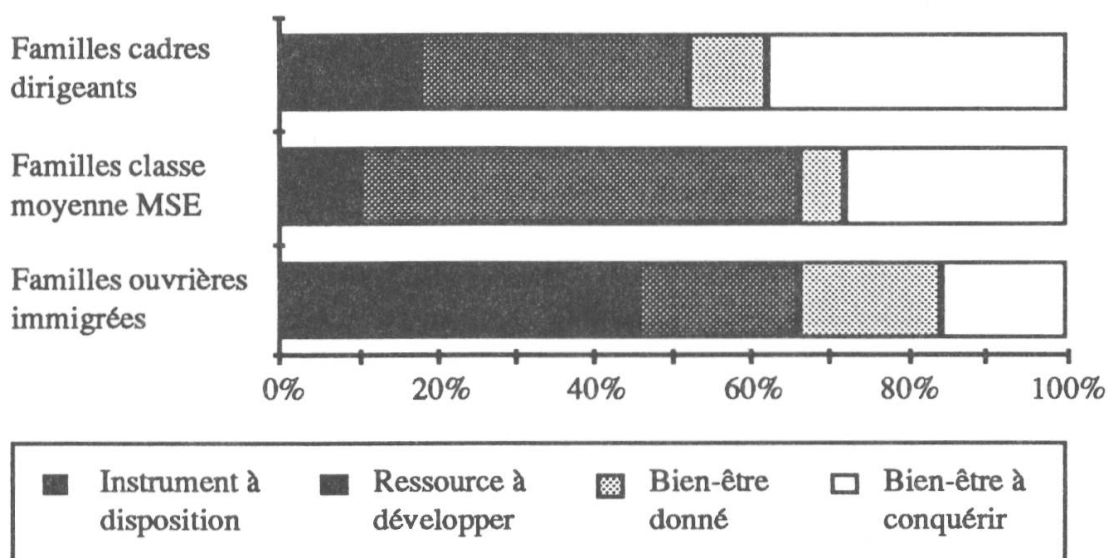
problèmes de la vie. Cependant un bon état général («ne pas être malade» etc., «être en pleine forme») n'en est pas la condition principale ou n'intervient parfois même pas dans la définition de la santé. Autrement dit, «je vis le moment présent, je suis en pleine forme et mon foie, connais pas ...» ne suffit pas pour faire face aux difficultés. Un bon équilibre psychique et/ou une bonne connaissance de soi sont des qualités jugées indispensables à cette aptitude à traverser les épreuves de la vie. On a par conséquent une représentation pluraliste ou centrée sur le psychisme des causes de la bonne santé. Cette dernière résulte d'un équilibre entre de bonnes conditions de vie, des précautions et une hygiène adéquate, mais également et souvent de manière prépondérante (deux éléments sur trois) de recherche de plaisir ou de détente et d'épanouissement personnel. Faire face aux difficultés de la vie semble alors prendre une signification un peu différente que dans le premier modèle: davantage que la seule capacité de travailler et de résister aux «coups durs» ce serait également une capacité d'affirmation de soi. Ce modèle est prépondérant dans les classes moyennes, notamment parmi les femmes du groupe MSE.

- *Un bien-être donné*: Ce modèle définit la santé comme un état de bien-être physique («ne pas être malade» etc.), général («pleine forme») et éventuellement psychique («bon équilibre psychique»), mais sans la dimension fonctionnelle des deux modèles précédents (capacité de faire face). Être en bonne santé, c'est essentiellement être bien dans son corps, éventuellement dans sa tête et parfois aussi vivre pleinement. La santé résulte ici de la conjugaison de conditions externes favorables et d'un comportement d'hygiène adéquat, sans préoccupation de la santé psychique. Cet état agréable peut sans doute être entretenu mais les actions individuelles sont limitées au seul domaine physiologique («hygiène» et «précautions»). De manière générale ce modèle récolte une faible adhésion chez nos interlocutrices; il est particulièrement refusé dans le groupe MSE de classe moyenne.
- *Un bien-être à conquérir*: La santé considérée comme un état de bien-être global est également à la base de ce modèle mais la notion de réflexivité lui donne une connotation un peu différente. Autrement dit, pas de bien-être (physique ou psychique) ou de bien-vivre sans se connaître soi-même. La représentation des causes prend dès lors une coloration plus volontariste car la santé résulte de démarches individuelles orientées aussi bien vers la santé physiologique que vers la santé psychique et relationnelle. Les facteurs innés et exogènes sont pris en compte mais pas de manière prépondérante. La santé est un bien-être, certes, mais un bien-être gagné, produit et entretenu. La santé n'est cependant pas envisagée explicitement comme une ressource:

la capacité de faire face est absente des trois propositions retenues, comme pour le «bien-être donné». Ce modèle est avant tout celui des mères des familles du groupe de cadres supérieurs et dirigeants.

Figure 2

Types de rapport à la santé et milieu socio-culturel



Si l'on considère l'ensemble de ces quatre modèles de rapport à la santé, on pourrait les situer sur un continuum correspondant à l'évolution chronologique des conceptions de la santé (v. figure 2):

- *L'instrument à disposition* est celui qui se rapproche le plus d'une vision «négative» de la santé, la plus «ancienne», celle qui consiste en l'absence de maladie ou de symptômes et qui doit permettre de travailler et de résister aux coups du sort. La santé (physique ou psychique) est vécue soit comme une absence de maladie soit comme une capacité d'y résister; c'est un instrument ou un capital à entretenir d'abord pour le travail (voir d'Houtaud 1978).
- *Le bien-être donné* correspond à une définition intermédiaire. Introduite par l'OMS en 1948⁵, elle définit un tournant dans les conceptions de la santé car elle accorde autant d'importance aux dimensions psychique et sociale que physique. Il s'agit d'une vision extensive de la santé par rapport à la précédente puisque elle se définit par un état positif pluridimensionnel et

5 «La santé est un état de complet bien-être physique, psychologique et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (Constitution de l'OMS 1948).

non plus par la simple absence de maladie. De plus, ce bien-être «global» a sa justification en soi: il est souhaitable pour lui-même et pas seulement en vue du travail. Cependant il a été assez souvent critiqué par la suite, notamment dans les milieux para-médicaux, à cause de son caractère jugé un peu utopique et surtout trop statique.

- *Le bien-être à conquérir et la ressource à développer* reflètent l'émergence des conceptions les plus récentes de la santé, celles de la santé «produite» et «gagnée» par l'individu (voir Herzlich et Pierret 1984; Aballea 1987). Ce bien-être, physique mais aussi psychique et social, qu'on recherche et «conquiert» par un style de vie et une démarche personnelle correspond à une vision «élargie» de la santé: «Ce n'est plus une norme médicale mais un style de vie ... La bonne santé, cela ne se mesure pas mais se ressent. L'absence de maladie, de souffrance ou de douleur physique n'apparaît plus que comme une condition minimale de la bonne santé, essentielle sans doute mais insuffisante pour la définir ... La santé ne se définit plus par la capacité de résister aux assauts de la maladie mais comme *la préservation d'un certain équilibre, équilibre à la fois physique et psychique. Le psychique prend dans cette conception une importance considérable, non seulement en raison des liaisons entre le physique et le psychique mais également en lui-même*» (Aballea 1987, souligné par moi).

Cette dimension du «psychique», déjà présente dans la notion de bien-être à conquérir, définit prioritairement celle de ressource à développer. Cette dernière conception de la santé recouvre d'assez près celle de la «Charte d'Ottawa», document adopté en novembre 1986 dans le cadre d'une conférence sur la promotion de la santé organisée par l'OMS:

Cette démarche [de promotion de la santé] relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ...

3. Comment des mères voient la santé de leur enfant

Les trois typologies relatives à la santé que nous venons de présenter (définition, causes, rapport global) ont été construites à partir de réponses à des questions fermées. Afin de compléter cette information, de l'étendre à l'enfant, et pour voir aussi quel contenu les mères attribuent spontanément à certaines notions

(le physique, le psychique etc.), nous leur avons posé une question ouverte concernant plus précisément la santé de leur enfant (elles avaient toutes déclaré qu'elles l'estimaient en bonne santé): à quoi remarquent-elles, qu'est-ce qui leur fait dire – en qualité de mère – que leur enfant de dix ou onze ans est en bonne santé? On a différencié les réponses selon qu'elles concernent la santé physique ou la santé psychique.

Dans la santé physique nous trouvons bien entendu *l'absence de maladie* («il ou elle est rarement/jamais malade»), mais encore *la certification médicale* («parce que le pédiatre l'a dit», «parce que les contrôles sont bons») et *les signes extérieurs de bonne santé physique* allant d'une vitalité générale («il est vif, plein d'énergie, déborde de vie») aux signes de bon fonctionnement organique (parfois apparentés à des normes médicales) en passant par les performances physiques ou l'aisance du corps comme en témoignent les exemples suivants:

«Il est plein de vie, il mange bien, il dort bien, il fait du sport» (mère milieu ouvrier immigré).

«Je le vois à sa manière de se déplacer, de se mouvoir» (mère classe moyenne MSE).

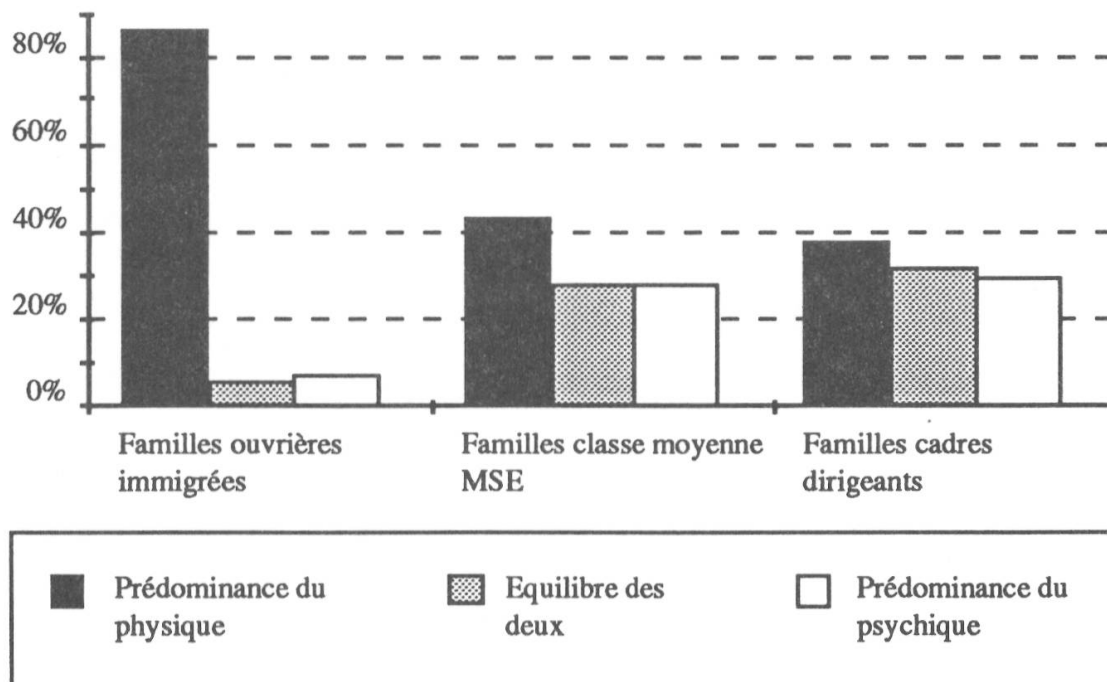
Dans tous les groupes socio-culturels, les mères attachent une grande importance à la santé physique de leur enfant. Mais l'écart entre les différentes manières d'évaluer la santé de leur enfant (prédominance du physique ou du psychique ou équilibre des deux) établit une différence significative entre les mères des différents groupes.

Certaines mères, surtout quand il s'agit de leur enfant (mais ce n'est pas sans relation avec leur propre rapport à la santé) se réfèrent beaucoup plus massivement que d'autres à une conception «organique», restrictive de la santé: «La santé définie comme l'absence de maladie recouvre essentiellement une conception organique et fonctionnelle. On est en bonne santé quand aucun organe n'est affecté et que tous fonctionnent bien ... La santé est moins une affaire d'appréciation personnelle que de normes médicales ... On est en bonne santé, en quelque sorte, quand on a subi avec succès tous les tests du bilan médical du centre de santé» (Aballea 1987). Comme elles le sont pour elles-mêmes, les mères de familles ouvrières immigrées sont beaucoup plus sensibles à l'aspect physique de la santé de leur enfant qu'à la dimension psychique (v. figure 3). Les mères des autres groupes sont relativement nombreuses aussi à s'attacher prioritairement aux signes d'une bonne santé physique chez leur enfant. Mais la moitié au moins d'entre elles insistent également sur la dimension psychique, qu'il s'agisse de l'équilibre entre le physique et le psychique ou d'une attention préférentielle portée à la santé psychique considérée comme

prédominante. On trouve principalement cette orientation «psy» chez les mères de classe moyenne MSE et chez celles du milieu de cadres supérieurs et dirigeants.

Figur 3

Importance respective des critères maternels définissant un enfant en bonne santé



Du côté de *la santé psychique*, nous distinguons deux composantes. D'une part, les mères décrivent une sorte de «*compétence pour l'action*» qui recouvre des qualités individuelles telles que l'aptitude au travail, l'esprit d'entreprise, la combativité, la curiosité et la créativité, autrement dit une forme de dynamisme personnel. D'autre part, elles évoquent une dimension «*psycho-relationnelle*» qui fait davantage référence à un équilibre psychique global, à une sorte d'aptitude au bonheur, de même qu'à des qualités et des compétences relationnelles. Ces deux dimensions de la santé psychique sont assez fréquemment associées dans une même réponse mais pas systématiquement. La composante «psycho-relationnelle» est d'ailleurs plus souvent présente. Voici quelques exemples de la manière dont les mères décrivent la bonne santé psychique de leur enfant:

«Elle est bien équilibrée, elle cherche beaucoup le contact avec ses camarades, elle est heureuse de vivre» (mère classe moyenne MSE).

«Parce qu'il est assez ouvert, parle beaucoup, fait du bon travail, parce qu'il est content» (mère milieu ouvrier immigré).

«Elle sait très bien ce qu'elle veut, elle va bien à l'école» (mère milieu ouvrier immigré).

«Elle se plaît à l'école, elle est heureuse, pleine d'idées» (mère classe moyenne MSE).

«Il a un certain dynamisme, il a envie d'aller à l'école, de jouer, d'entreprendre» (mère milieu supérieur).

Certaines de ces citations illustrent particulièrement bien la valorisation du psychique et de l'accomplissement personnel (déjà évoqués plus haut) apparue dans les récentes conceptions de la santé: «C'est dans l'action, dans la capacité et la volonté d'agir que se ressent la santé. Une capacité d'agir qui ne se confond pas avec la simple possibilité de travailler mais avec le désir d'entreprendre ... L'accent est mis davantage sur la notion d'envie et de goût que sur l'activité elle-même» (Aballea 1987).

Toutes les mères de famille n'accordent pas pour autant la même importance aux qualités de dynamisme ou à celles d'aptitude au bonheur.

L'équilibre psychique et relationnel (aptitude au bonheur) occupe la plupart du temps une place importante dans l'intérêt porté par les mères à la santé psychique de leur enfant. Il est évoqué dans des proportions quasi identiques (environ 53%) dans tous les groupes socio-culturels excepté celui des femmes ouvrières immigrées. *Les compétences pour l'action* (dynamisme) sont surtout mises en avant par les mères de classe moyenne MSE (41%) et bien davantage encore par celles de milieu supérieur non MSE (54%) qui semblent y attacher un peu plus d'importance qu'à l'aptitude au bonheur.

De manière générale, les membres des nouvelles classes moyennes – particulièrement dans les professions MSE – valorisent l'autonomie et l'affirmation de soi nécessaires à la conquête de leur identité et à la consolidation de leur statut. C'est le type d'attitude valorisé dans les représentations extensives de la santé qui ont d'ailleurs été élaborées en grande partie dans les milieux de cadres moyens du secteur médico-social (notamment par les infirmières et parfois par les travailleurs sociaux). Quant aux femmes de cadres supérieurs et dirigeants, elles évoluent dans un contexte où l'esprit d'entreprise est fortement encouragé. Comme on l'a vu, les mères de familles ouvrières immigrées font peu référence à la dimension psychique de la santé de leur enfant. Lorsque c'est néanmoins le cas, elles mentionnent un peu plus souvent les qualités de dynamisme que d'aptitude au bonheur. Il s'agit alors davantage d'une aptitude au travail (bien travailler à l'école) que de l'accent mis sur les notions d'envie, de curiosité ou de créativité.

La manière dont les mères des divers groupes socio-culturels évaluent et décrivent la santé de leur enfant, les critères qu'elles utilisent, recouvrent assez bien les différences observées de manière générale dans leur rapport à la santé. Nous allons voir maintenant si l'on observe de telles correspondances entre le rapport à la santé et les conduites concrètes de prévention. En d'autres termes, peut-on considérer les représentations mises en évidence ci-dessus comme des préalables aux comportements de prévention?

4. Discours et pratiques de prévention

4.1 *L'étendue et le contenu de la prévention*

Voyons maintenant ce que les mères de famille nous disent de la prévention: ce qu'elles jugent nécessaire à la santé, ce qu'elles font dans ce sens, sur quoi elles mettent l'accent. Deux questions ouvertes visaient à mettre en évidence les pratiques préventives de nos interlocutrices. Nous leur avons demandé si elles faisaient *personnellement* quelque chose pour rester en bonne santé et, si oui, quel genre de choses. Nous avons aussi voulu savoir quelles précautions elles prenaient pour que *leur enfant* reste en bonne santé et en quoi c'était semblable ou différent de ce qu'elles faisaient pour elles-mêmes. L'analyse de l'ensemble des réponses permet d'identifier vingt-et-un types de précautions ou d'actions différentes allant des pratiques alimentaires, sportives ou récréatives aux activités de développement personnel en passant par les contrôles médicaux ou les (auto)-médications préventives (cures de vitamines ou d'oligo-éléments, homéopathie etc.).

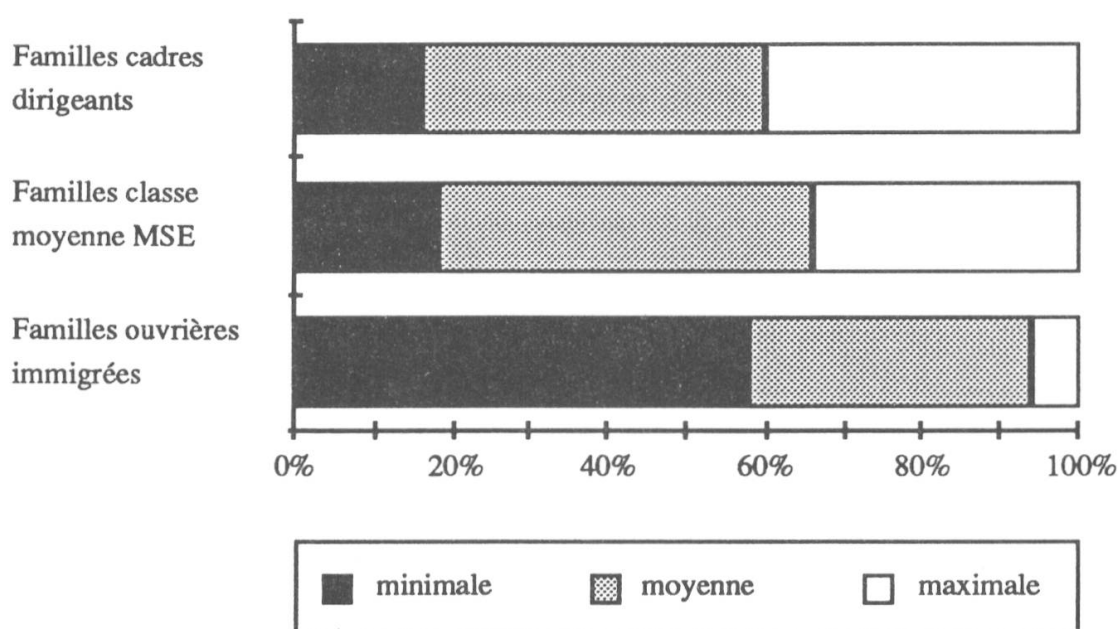
Globalement la notion de prévention paraît acquise dans tous les milieux. Seul 5% des mères de famille déclarent ne rien faire du tout pour se maintenir en bonne santé et cette proportion tombe à 1% quand il s'agit de l'enfant. En additionnant le nombre d'éléments différents cités par chacune de nos interlocutrices, nous avons pu construire des indices de prévention pour elles-mêmes et pour leur enfant. Bien entendu, aucune mère de famille ne formule à elle seule vingt-et-une précautions différentes visant à préserver sa santé ou celle de son enfant. Le nombre maximum de mesures préventives mentionnées ne dépasse jamais neuf pour une même personne. A partir de là, deux indices quantitatifs de prévention (un pour la mère, l'autre pour l'enfant) ont pu être construits de la manière suivante:

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 0 à 2 actions formulées | = comportement préventif minimal |
| 3 à 4 actions formulées | = comportement préventif moyen |
| 5 actions formulées et plus | = comportement préventif maximal |

Les mères des différents groupes de familles se distinguent selon la place plus ou moins grande qu'elles disent accorder à la prévention⁶ et aussi selon le type d'actes préventifs qu'elles privilégient (l'accent mis sur le sport ou sur l'importance de la vie psycho-sociale comme acte de prévention, par exemple). En d'autres termes, elles se différencient à la fois du point de vue de *l'intensité de la prévention* (v. figure 4, les aspect quantitatif mesuré par les indices décrits sont ci-dessus) et du point de vue du *contenu de la prévention* (aspect qualitatif, v. figure 5).

Figure 4

Intensité de la prévention (mère)

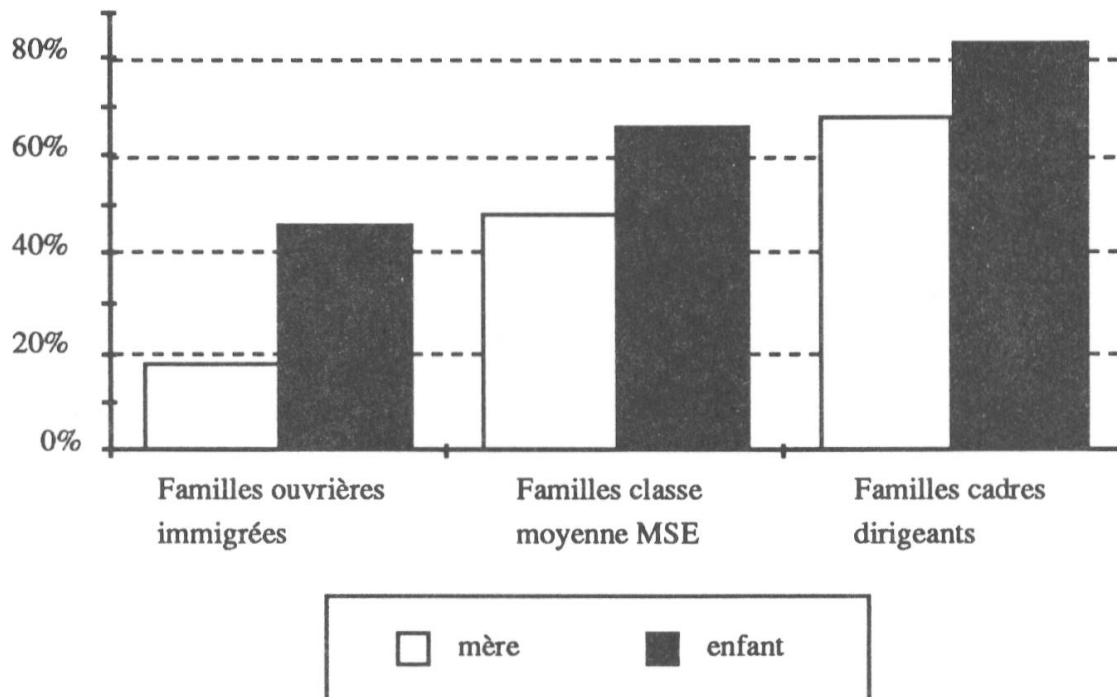


NB: L'indice de prévention calculé pour l'enfant reproduit quasiment les mêmes proportions.

⁶ L'évaluation du nombre d'actes préventifs mis en oeuvre par les mères de famille ne résulte pas bien sûr d'une observation directe mais de ce qu'elles nous disent faire pour leur santé et celle de leur enfant. Sans mettre en doute l'honnêteté de telles déclarations, il est néanmoins nécessaire de garder à l'esprit ce que l'on mesure par ce genre de réponses: tout autant que des actes préventifs réels, c'est aussi l'inégale capacité des personnes à isoler (pour les décrire) ou à énumérer des actes souvent fondus dans la routine quotidienne, à expliciter leurs propres conduites en situation d'interview. Nous y reviendrons.

Figure 5

La prévention par le sport: pratique respective de la mère et de l'enfant



4.2 Les mères de familles ouvrières immigrées et la prévention

Les femmes de milieu ouvrier immigré sont celles qui présentent l'indice global de prévention le plus bas, qu'il s'agisse d'elles-mêmes ou de leur enfant (6% de comportement préventif maximal dans l'un et l'autre cas). D'autre part, c'est parmi elles que l'on trouve une proportion significative de femmes qui déclarent ne rien faire du tout pour leur santé: 14% contre 3% environ dans les autres groupes socio-culturels. Cette attitude est cohérente d'une part avec l'idée – empreinte d'un certain fatalisme – que la santé est une sorte de donnée de base pour laquelle il n'y a pas grand-chose à faire et d'autre part avec le sentiment de manquer de disponibilité pour s'occuper de soi ou pour faire du sport:

«Travailler, c'est mon sport!» (mère milieu ouvrier immigré).

«J'ai pas le temps de faire des choses pour moi, je dois travailler. J'ai que le temps d'aller chez le médecin» (mère milieu ouvrier immigré).

«Je ne fais rien car je suis en bonne santé. Je ne fais pas de sport parce que je n'ai pas le temps. La santé, c'est le travail. Si je travaille, je peux manger et aussi avoir un médecin» (mère milieu ouvrier immigré).

«Je ne fais pas grand-chose [pour ma santé]; je fais des contrôles chez le médecin, je prends des médicaments et j'essaie de suivre les conseils du médecin» (mère milieu ouvrier immigré).

Ces derniers exemples illustrent l'importance et la place du travail pour ces femmes à la fois dans leur vie quotidienne et dans leurs représentations du corps et de la santé. Elles adhèrent d'ailleurs beaucoup plus massivement que les autres mères à la définition la plus «ancienne» de la santé, celle de «l'instrument à disposition» qui accorde le plus d'importance à l'absence de maladie, à la résistance et aux causes impersonnelles externes de la bonne santé parmi lesquelles «la chance de pouvoir travailler» figure en bonne place (28% contre 4%–12% chez les autres mères de famille).

Ne pas faire grand-chose soi-même pour le maintien de sa santé en général (tant que tout va bien il n'y a rien à faire), encore moins se préoccuper de sa santé psychique, sont des attitudes parfaitement en accord avec cette vision des choses. Cela montre bien d'ailleurs que lorsque dans ce milieu on inclut l'équilibre psychique dans la définition de la santé, il s'agit essentiellement d'une qualité innée qu'on a la chance (ou pas) d'avoir (et pour affronter la vie il est préférable d'en avoir «une bonne dose») mais qu'on ne peut pas tellement préserver, encore moins conquérir. La notion d'épanouissement personnel comme celle de détente et de loisirs sont rarement suggérées: une seule mère parle de l'importance de contacts affectifs et sociaux satisfaisants pour le maintien de la santé. Lorsqu'elles évoquent l'idée de loisirs, il s'agit plutôt d'une catégorie «vide» (ne pas travailler, se reposer) que de la notion d'une activité qui fasse plaisir.

4.3 *Santé et prévention dans les classes moyenne et supérieure*

De manière générale, l'ensemble des mères des classes moyenne et supérieure se distinguent de celles de milieu ouvrier par une adhésion beaucoup plus large aux définitions les plus récentes et les plus extensives de la santé («bien-être à conquérir», «ressource à développer») englobant la personne toute entière.

Aussi, lorsqu'on leur demande de parler de ce qu'elles font pour leur santé ou pour celle de leur enfant, les mères de ces milieux s'étendent davantage sur le sujet que celles des familles ouvrières. On réalise en les écoutant qu'elles ont présente à l'esprit toute une théorie de la santé et de la prévention qu'elles expriment facilement et volontiers dès qu'on les branche sur ce thème. Dans leur conception extensive de la santé et des pratiques préventives qui en découlent, on retrouve l'importance accordée aux aspects psychiques et affectifs ainsi que l'accent mis sur la dimension globale de la santé:

«Je recherche un équilibre personnel au niveau psychique et au niveau physique (par l'alimentation et le sport); il faut aussi une bonne ambiance en général, entre autres à la maison: si on est bien et tranquille, on partage plus» (mère classe moyenne MSE).

«Il faut être en bonne santé physique et psychique, être à l'écoute de ce que je ressens, faire attention à soi dans tous les domaines: manger sainement, se détendre, voir des gens, avoir des règles de vie et voir l'aspect global de la santé, pas seulement physique mais toute la personne» (mère classe moyenne MSE; c'est moi qui souligne).

La prise en compte de la personne toute entière commence par la reconnaissance de soi comme un être complexe dont chaque élément est digne de soin et d'attention. Être à l'écoute de soi, savoir reconnaître et satisfaire ses besoins est alors indispensable au maintien de la santé:

«J'essaie de connaître mon corps et de savoir [quels sont] mes besoins» (mère milieu supérieur).

«J'essaie de préserver mon espace personnel, de me réserver une vie qui m'est propre, sans me laisser influencer par les modes diverses pas toujours favorables à la santé» (mère classe moyenne MSE).

«Il faut d'abord se sentir bien avec soi pour ne pas être malade. J'essaie d'avoir un équilibre entre ma vie de famille et ma profession, de faire quelque chose à côté pour moi (je suis des cours). Il faut sortir, se faire plaisir ... C'est important aussi d'avoir une bonne communication en famille, de ne pas se replier sur soi» (mère classe moyenne MSE; c'est moi qui souligne ...).

Ces fragments de discours, dont certains sont de véritables professions de foi dans ce que l'on pourrait appeler «l'idéologie de la santé globale», illustrent bien l'insistance sur la nécessité de l'écoute de soi et de l'attention à soi, l'importance de la recherche d'un équilibre et d'un développement spécifiquement personnels. La profession est alors un moyen parmi d'autres d'y parvenir. Pour ces femmes, la quête de l'épanouissement personnel fait partie intégrante du rapport à la santé qui est dès lors également vécu comme une forme de relation privilégiée à soi-même (v. figure 6). Comme si l'aspiration au *bien-être* devenue une revendication au «*mien-être*». Un chercheur français, au terme de plusieurs recherches sur les représentations de la santé, a également identifié cette dimension du «JE»: «On atteint ici à la *personnalisation* la plus poussée: la santé n'est pas de l'ordre de l'utile comme chez les manuels quand ils la réfèrent au travail et à la pleine forme, mais elle est de l'ordre de la jouissance, celle de l'*ego* ... Ici la santé ne vaut pas comme valeur en elle-même, pour elle-

même, encore moins pour la société, mais pour celui qui en bénéficie, en dispose à volonté, en profite à souhait pour un *mieux-vivre* et un *plus-être*, pour l'accomplissement de soi et de son destin propre ... Cette recherche passionnée de la vie pour soi et de soi par la vie est créatrice de *l'ego* ... » (d'Houtaud 1989)

Quand il s'agit de l'enfant, ce souci de l'épanouissement personnel et de l'affirmation de soi se traduit par une attention particulière portée à ses besoins et à la reconnaissance de sa personne, comme pour le préparer à bien vivre avec lui-même:

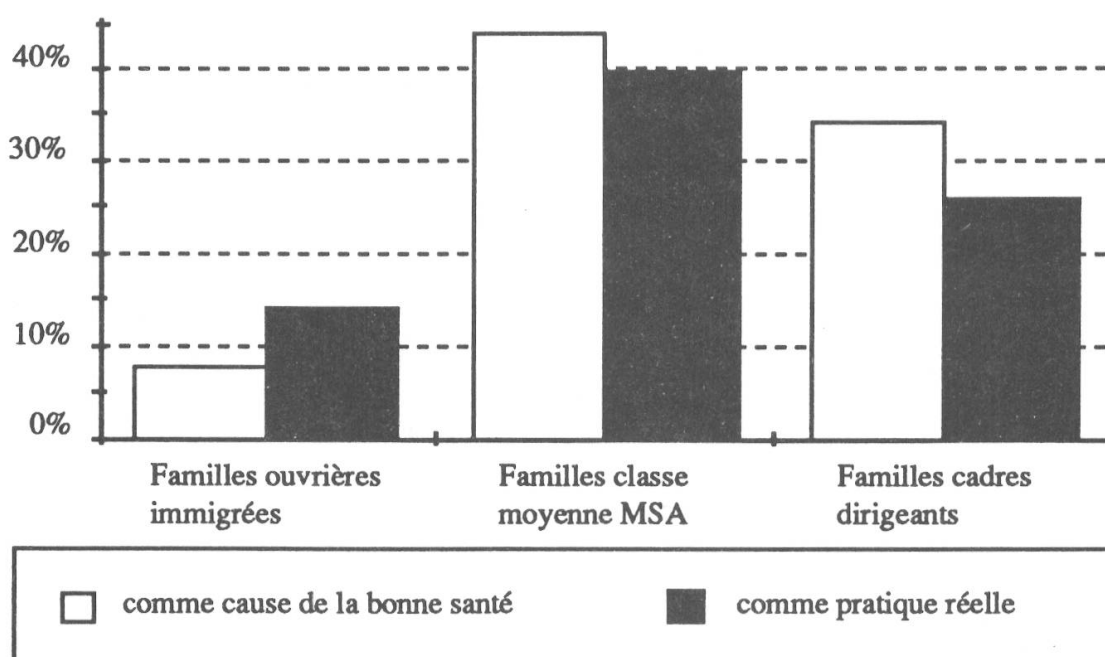
«Pour mes enfants je fais la même chose que pour moi [alimentation, sport, bonne ambiance à la maison] et je les observe beaucoup; c'est surtout ça, les observer et voir leurs besoins» (mère classe moyenne MSE).

«[Pour les enfants, il faut] premièrement un milieu où ils se sentent reconnus, une vie équilibrée avec des loisirs intellectuels et physiques et enfin une bonne alimentation (pas trop de sucreries)» (mère classe moyenne MSE).

«... et [en plus de l'alimentation, du sport, de l'hygiène, de la vie de groupe etc.] il faut le considérer comme une personne à part entière, lui parler ouvertement, être à son écoute» (mère milieu supérieur; c'est moi qui souligne).

Figure 6

Importance de l'épanouissement personnel



Neuf fois sur dix, les mères du groupe de familles de classe moyenne MSE sont, comme leur conjoint, formées à une profession en relation avec la santé, le travail social ou l'éducation. Très souvent elles la pratiquent encore. Leur niveau et leur type de formation, de même que celui de leur conjoint, favorise l'éclosion d'une idéologie de la santé globale dans la famille⁷: leur énumération d'actes à visée préventive est plus longue et plus diversifiée, leur style dominant de prévention est celui de l'épanouissement, du «*mien-être*». Dans leur rapport à la santé, elles valorisent d'ailleurs massivement le modèle d'une «ressource à développer» dans lequel la santé, vue comme un potentiel d'action dans la vie quotidienne, est due prioritairement à des démarches individuelles où la recherche de l'équilibre psychique et du développement personnel, de même que la définition d'un style de vie, ont la plus grande part. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que dans les milieux professionnels du médico-social et de la santé, ce sont les membres de classe moyenne qui ont les premiers développé et défendu les concepts de santé globale et de prévention élargie. Cela fait partie d'un processus d'autonomisation et d'affirmation d'identité professionnelle dans lequel la santé, devenue valeur «idéologique» centrale, fonde un terrain d'intervention et affirme des compétences spécifiques: le discours de la réappropriation de leur santé par les usagers institue en même temps le rôle des professionnels qui sont là pour leur enseigner comment se prendre en charge ...

Bien que les moins occupées sur le plan professionnel, les mères des familles de cadres supérieurs et dirigeants se présentent comme les plus accaparées par un emploi du temps bien rempli. Elles ont été les plus nombreuses à trouver difficilement du temps pour notre entretien, pour des raisons d'agenda surchargé, d'absences prolongées ou de voyages à l'étranger. Vie sociale (mondaine?) apparemment intense, accompagnement probable du conjoint dans ses déplacements. On sait d'ailleurs à quel point les femmes de ce milieu contribuent souvent à la réussite sociale de leur époux. En organisant des invitations, par leur présence élégante aux réceptions ou autres manifestations du monde officiel ou des affaires.

On retrouve un peu cette hyperactivité dans leurs conduites préventives. Elles participent très activement au maintien de leur «forme». Elles sont les plus «préventomanes» de toutes les mères de famille rencontrées, avec le score le plus élevé sur l'indice de l'intensité de la prévention (nombre d'actes préventifs énumérés), qu'il s'agisse d'elles-mêmes ou de leurs enfants. L'insistance

7 D'autres mises en relation effectuées dans le cadre de cette recherche ont montré une relation très nette entre un niveau d'instruction élevé et une formation professionnelle de type MSE d'une part, et la mention d'actes préventifs plus nombreux, plus diversifiés et plus centrés sur la recherche d'un équilibre personnel d'autre part.

sur la détente et les loisirs mais plus encore sur l'activité physique caractérise la prévention des familles de ce milieu qui sont de loin les plus «sportives» de toutes. Elles ont un rapport à la santé (accent mis sur le «bien-être à conquérir») dans lequel la santé est un état composé d'une pluralité d'éléments où la dimension psychique a sa place mais sans avoir une importance dominante. Lorsqu'elles se préoccupent de santé psychique et d'épanouissement personnel, les mères de familles de cadres supérieurs et dirigeants étendent largement cette préoccupation à leurs enfants. Elles attribuent au dynamisme personnel (ou compétences pour l'action) un rôle important dans l'évaluation qu'elles font de la santé de leur enfant de onze ans. Il n'est d'ailleurs pas exclu qu'en faisant faire autant de sport à leurs enfants, les parents du groupe de cadres supérieurs et de dirigeants visent à développer chez eux cet esprit d'entreprise et de «battant»,⁸ particulièrement valorisé dans ce milieu.

4.4 Les différentes préventions

En résumé, que l'on se situe au niveau des pratiques ou des représentations sociales de la santé et de la prévention (de ce que les mères de famille veulent bien ou peuvent nous en dire), on remarque que les mères de milieu ouvrier immigré sont un peu à l'écart de cette culture de «l'auto-prévention», prônée depuis bientôt deux décennies et dominante dans les autres groupes socio-culturels. Elles disposent moins que d'autres des ressources matérielles (temps, énergie, argent) et symboliques (instruction, représentations spécifiques du corps et de la santé) qui invitent à ce type de prévention. Cela se traduit

8 Une récente étude sur l'éducation des pré-adolescents dans plus de trois cents familles genevoises (Kellerhals, Montandon et alii 1990) a montré que, comme dans notre recherche, les enfants des familles de cadres dirigeants étaient ceux qui étaient de loin les plus sportifs de tous (compte tenu du temps consacré à l'éducation physique et du nombre de sports pratiqués). Mais plus intéressant encore, il a également été mis en évidence que les sports pratiqués de préférence par les enfants de ce milieu sont soit «des *sports d'adaptation* demandant de l'adresse et une bonne dose d'accommodation à un environnement changeant (planche à voile, surf, équitation, ski)», soit «des *sports d'antagonisme* exigeant de l'individualisme et un esprit de compétition face à un adversaire (escrime, tennis, squash, arts martiaux)», par opposition aux sports d'endurance ou aux sports d'équipe plus prisés dans le bas de l'échelle sociale. Or les qualités développées dans l'exercice de tels sports sont précisément celles valorisées dans les familles de ce milieu et requises pour la réussite sociale future de leurs enfants. Elles viennent renforcer d'autres traits de caractère que ces mêmes parents cherchent par ailleurs à favoriser chez leurs enfants, comme l'auto-régulation et la faculté de se prendre en charge. Nous n'avons pas recensé systématiquement le type de sports pratiqués par nos interlocutrices et leurs enfants. Mais l'intuition, de même que certains commentaires recueillis au cours des entretiens nous incitent à penser que nous aurions retrouvé des tendances identiques, notamment concernant les sports pratiqués par les enfants de cadres dirigeants. Ne vont-ils pas dans le même sens que le dynamisme, les compétences pour l'action et la «saine agressivité pour répondre aux exigences de la vie» valorisées par les mères de ce milieu lorsqu'il s'agit de décrire la bonne santé de leur enfant?

concrètement dans leur rapport à la santé et à la prévention qui se limite à certains domaines. La prévention est davantage du ressort du médecin (importance des vaccins, des contrôles et des médicaments prescrits) qu'une affaire personnelle. Cela correspond à un type de rapport à la santé fort bien décrit par d'Houtaud (1989): «Le fait de ne pas être malade ou celui d'être suivi par un médecin ont en commun d'utiliser les notions du registre de la maladie: le contraire de la santé (l'état de non-maladie) ou ce qui permet de vérifier ou de confirmer cet état (le contrôle social du médecin) ... L'ouvrier se sert de sa santé plus qu'il ne sait l'abstraire et la caractériser en elle-même. La santé lui tient à cœur autant qu'à quiconque. Surtout la maladie lui est plus redoutable, traditionnellement, par ses conséquences familiales et professionnelles ... Le fait de ne pas être malade est un soulagement si important, qu'il exprime bien ce qu'est la santé, cette réalité qui fait que, ordinairement, tout va bien.»

L'adhésion des mères de familles ouvrières immigrées à une conception relativement «ancienne» de la santé (mais qui était celle du monde médical il y a encore quelques décennies) fait apparaître un même décalage dans la diffusion de nouveaux modèles de santé parmi différents groupes sociaux que celui observé, par exemple, dans la diffusion des règles de puériculture (voir Boltanski 1969).

Les mères de classe moyenne et supérieure (particulièrement celles de classe moyenne MSE) ont une vision plus élargie de la santé. Cela a pour conséquence une conception également plus extensive de la prévention «qui a moins pour objet de prévenir la maladie ou de permettre de la soigner rapidement que de maintenir en bonne santé et permettre le parfait développement physique et psychologique de l'individu» (Aballea 1987). Débordant le cadre de la santé corporelle, elle s'inscrit de manière plus globale dans un style de vie.

De manière générale les femmes des divers groupes socio-culturels se différencient autant dans le type de prévention qu'elles mettent en œuvre que dans la place qu'elles disent accorder aux actions préventives dans leur vie quotidienne. Un peu schématiquement, on peut dire que dans le groupe de classe supérieure, elles mettent surtout l'accent sur *la forme*. Les femmes de classe moyenne MSE privilégient davantage *l'épanouissement de la personne*, ce que nous avons appelé *le «mien-être»*. Les mères ouvrières immigrées sont moins centrées sur ces dimensions personnelles; elles se soucient d'abord de *résistance à la maladie*. Trois types de prévention qui ne s'excluent pas forcément. Ils confèrent cependant une coloration particulière aux conduites préventives des groupes qui les jugent prioritaires et contribuent ainsi à définir ce que l'on pourrait appeler leur style de prévention.

Ces conclusions demandent cependant à être nuancées. Elles sont basées sur ce que nos interlocutrices nous ont dit de leurs représentations et de leurs pratiques relatives à la santé et à la prévention. Ne pas pouvoir offrir immédiatement un beau discours sur le sujet à la personne qui vient solliciter votre avis ne signifie pas forcément que l'on ait moins d'idées ou d'intuitions personnelles sur la question, ni que l'état de santé «réel» soit moins «bon». Il est des milieux sociaux où l'on est plus à l'aise et mieux préparé à «mettre en mots» sa conception des choses ou ce qui motive ses actes. Les membres des classes moyenne et supérieure sont mieux entraînés à l'exercice du discours et en même temps plus familiers de cette nouvelle culture de la santé (particulièrement ceux des milieux MSE). Les mères de ces groupes de familles ont ainsi un discours tout prêt à exposer lorsqu'on leur demande d'en parler. Sensibilisées à l'idée de santé globale, il leur vient tout «naturellement» à l'esprit (puis aux lèvres) l'idée que la santé est également psychique et que l'épanouissement personnel, les contacts sociaux ainsi que des relations affectives harmonieuses sont nécessaires à son maintien. Chez les ouvriers immigrés, il ne vient pas immédiatement à l'idée de parler de l'affectivité et des contacts sociaux lorsqu'on parle de santé. Et pourtant il s'agit d'un milieu où les rapports avec la famille et les amis proches comptent énormément: importance de la famille élargie dans les cultures méditerranéennes, nécessité de se serrer les coudes entre soi dans une situation d'exil. Ces liens, souvent denses et chaleureux, constituent dans bien des cas un soutien réel qui aide à supporter la condition d'immigré et de membre d'une minorité. Il est donc fort possible qu'ils contribuent effectivement au maintien d'une certaine santé «globale» (au sens où *nous* l'entendons) des membres de ces groupes sociaux sans que pour autant les intéressés les mentionnent explicitement dans leur conception de la santé, tellement ce type de relations va pour eux de soi ...

Autre exemple invitant à la prudence ... Lorsqu'une personne effectue un travail qui implique beaucoup son corps déclare: «travailler, c'est mon sport», cela relève d'un évident bon sens. On ne voit pas pourquoi on irait se fatiguer sur une piste Vita ou dans une salle de gymnastique lorsqu'on rentre fourbu d'un travail qui sollicite quotidiennement les muscles et le souffle. Il semble assez logique que ce soit dans les professions plus sédentaires des classes moyenne et supérieure que non seulement des impératifs culturels et des normes de santé (mise en garde proclamée à grands cris contre les dangers de la sédentarité) *mais parfois aussi une «envie de bouger» très concrète* incitent davantage à rechercher le mouvement et à faire du sport.

5. Conditions de vie, modèles culturels et rapport à la santé

Les chercheurs⁹ qui se sont intéressés à la montée des nouvelles classes moyennes (auxquelles appartiennent précisément les cadres moyens des professions MSE) ont signalé l'importance de leur capital scolaire ainsi que leur ouverture aux sciences humaines, particulièrement à la psychologie et à l'approche systémique qui font désormais partie des référents culturels de ce type de professions. Ce goût pour l'expérience de nouveaux rapports aux autres et à soi-même est en plus alimenté par une formation permanente qui porte tout autant sur le développement des capacités d'expression et de contact ou sur la dynamique de groupe que sur l'acquisition de connaissances techniques. Dans ces milieux, ce type de formation continue fait partie d'une manière de vivre et d'intégrer le rapport au monde et à la profession. Les membres de cette fraction des classes moyennes se signalent aussi par un mode et une éthique de vie spécifiques. Ils mettent en avant une façon de vivre «autrement», que ce soit *dans les formes d'organisation familiale* (l'importance accordée aux individualités, la redéfinition des rôles familiaux et du partage des tâches), *dans un rapport «différent» au travail* (moyen parmi d'autres de s'épanouir et de réussir sa vie), *à la nature* (écologie), *au corps* (médecines et gymnastiques douces, préoccupations diététiques, macrobiotique), *au Moi* (psychothérapies diverses, stages de développement personnel) ainsi qu'*à la collectivité* (rapport au politique, vie associative). C'est pourquoi ils se reconnaissent souvent dans les mouvements qui veulent «changer la vie». L'affirmation de cette différence (souvent constituée en modèle) s'accompagne d'une éthique de l'épanouissement: insistance sur des valeurs de réussite personnelle, d'affirmation de soi et de bonheur, qui ne sont pas des valeurs partagées de la même façon par tous les groupes sociaux.

On observe ainsi une forte correspondance entre l'ethos de l'épanouissement, le type d'activités et de modèles explicatifs (notamment psychologique et systémique) valorisés dans ce milieu d'une part, et le contenu de santé et de prévention qu'on y préconise d'autre part (interdépendance du physique, du psychique et du social, valorisation du «*mien-être*», etc.). De telles correspondances existent évidemment tout autant entre l'ethos des autres milieux sociaux et leurs propres représentations de la santé et de la prévention. On peut parler d'une certaine cohérence entre le type de santé valorisé et recherché dans un milieu donné et les valeurs et les modèles de comportement qui y ont cours en général.

9 Voir notamment J. Ion et J-P. Tricart (1984), M. Pinçon et M. Pinçon-Charlot (1985), R. Sainsaulieu (1986), A. Desrozières et L. Thévenot (1988), W. Hutmacher (à paraître) et Ph. Perrenoud (à paraître).

Se conformer aux normes de santé de son groupe social, c'est alors peut-être aussi se donner les moyens d'être en accord avec les impératifs existentiels et culturels de «son» monde. L'endurance au mal, l'accent mis sur la force, la valorisation d'une médecine interventionniste mais efficace, de même que la relative négligence de ses besoins et «états d'âme» personnels qui caractérisent le rapport à la santé/prévention des milieux ouvriers, sont compatibles avec l'usage professionnel du corps qui y prévaut (reconstitution nécessaire de la force de travail) et avec la faible participation aux décisions et aux objectifs qui déterminent leurs conditions de travail.

En revanche, la conception d'une santé globale (conscience et soins du corps, épanouissement personnel, contacts sociaux), perçue comme une sorte de capital à gérer par l'intéressé, présente une grande affinité avec certains impératifs professionnels d'autonomie, de créativité ou de communication (incluant l'importance du «look») caractéristiques des milieux plus favorisés.

Les normes et les pratiques de santé et de prévention, comme celles de bien d'autres domaines de la vie quotidienne, notamment les pratiques relatives au sport (voir section 4.3 du présent article), aux loisirs et à l'éducation familiale¹⁰, pourraient être envisagées comme un mode d'adaptation culturelle aux conditions objectives d'existence. En d'autres termes, il se pourrait bien que le rapport à la santé relève d'une forme de stratégie adaptative, souvent inconsciente d'ailleurs. Ce qui est certain, c'est que le rapport à la santé n'est pas le même dans tous les groupes sociaux; il est socialement construit et situé. Il n'y a pas une seule façon de se percevoir (ni de se concevoir) en bonne santé et de s'y maintenir, mais une pluralité de contenus de santé et de prévention qui reflètent assez bien le type de convictions et de comportements nécessaire pour faire face aux exigences de sa position sociale, de sa culture professionnelle ainsi qu'à ses conditions de vie quotidienne.

10 Une étude (J. Kellerhals, C. Montandon et alii, 1990) portant sur 309 familles de pré-adolescents genevois de toutes provenances sociales met en évidence deux types d'objectifs éducatifs à visée adaptative: les parents du bas de l'échelle sociale cherchent à développer avant tout chez l'enfant des qualités «d'*accommodation* (aptitude à se plier à des contraintes extérieures et à adapter des moyens à des fins non nécessairement choisies par le sujet)» alors que dans les familles du haut de la hiérarchie sociale, les parents visent essentiellement à développer «l'*autorégulation* (aptitude à définir des objectifs, à être autonome, à garder le cap)».

BIBLIOGRAPHIE

- ABALLEA François, 1987, *Le besoin de santé: les déterminants sociaux de la consommation*, publications du C. T. N. E. R. H. I., diffusion P. U. F., Paris.
- BOLTANSKI Luc, 1968, «La découverte de la maladie», document du Centre de sociologie de l'enseignement et de la culture, Maison des sciences de l'homme, Paris.
- BOLTANSKI Luc, 1969, *Prime éducation et morale de classe*, cahiers du centre de sociologie européenne, Mouton, Paris.
- DESROSIERES Alain, THEVENOT Laurent, 1988, *Les catégories socio-professionnelles*, éditions de la Découverte, collection Repères, Paris.
- D'HOUTAUD Alphonse, 1981, «Nouvelles recherches sur les représentations de la santé», *Revue internationale d'éducation pour la santé*, Vol. XXIV/3.
- D'HOUTAUD Alphonse, FIELD Mark G., 1989, *La santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, collection espace social, Presses universitaires de Nancy, Nancy.
- HERZLICH Claudine, 1969, *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris.
- HERZLICH Claudine, PIERRET Janine, 1984, *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Payot, Paris.
- HUTMACHER Walo, à paraître, «La lutte contre l'échec dans l'enseignement primaire genevois: éléments statistiques pour un bilan», Service de la recherche sociologique, Genève.
- ION Jacques, TRICART Jean-Paul, 1988, *Les travailleurs sociaux*, éditions de la Découverte, collection Repères, Paris.
- KELLERHALS Jean, MONTANDON Cléopâtre et P-E. Gaberel, H. McCluskey, F. Osiek, M. Sardi, 1990, «Classes, familles, éducations», Département de sociologie et Section des sciences de l'éducation, cahier du laboratoire de sociologie de la famille No 2, Genève.
- OSIEK-PARISOD Françoise, 1990, 'C'est bon pour ta santé!' Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé, Cahier 31 du Service de la recherche sociologique, Genève.
- PERRENOUD Philippe, à paraître, «Le soutien pédagogique: une réponse à l'échec scolaire?», Service de la recherche sociologique, Genève.
- PINÇON Michel, PINÇON-CHARLOT Monique, 1985, «Classes moyennes, enjeux culturels et trajectoires sociales», *Les cahiers de l'animation*, V/53, pp. 3-12.
- SAINSAULIEU Renaud, 1986, «Sociologie des organisations et de la transformation sociale» (fascicule II), Fondation nationale des sciences politiques, Paris.