



**Diagnostic territorial dans le but de cerner les attentes
et les préoccupations des familles en matière d'éducation
à la santé de leurs enfants sur le territoire de Vittel
Contrexéville : comment les parents pensent et exercent
l'éducation à la santé de leurs enfants ?**

Ophélie Bannerot

► **To cite this version:**

Ophélie Bannerot. Diagnostic territorial dans le but de cerner les attentes et les préoccupations des familles en matière d'éducation à la santé de leurs enfants sur le territoire de Vittel Contrexéville : comment les parents pensent et exercent l'éducation à la santé de leurs enfants ?. Sociologie. 2019. hal-02536981

HAL Id: hal-02536981

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02536981>

Submitted on 8 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Centre social La Toupie Contrexéville

UFR Sciences Humaines et sociales
Département de sociologie

RAPPORT D'ETUDE

« Diagnostic territorial dans le but de cerner les attentes et les préoccupations des familles en matière d'éducation à la santé de leurs enfants sur le territoire de Vittel Contrexéville »

Comment les parents pensent et exercent l'éducation à la santé de leurs enfants ?

Remerciements :

La réalisation de ce rapport d'étude a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord remercier ma directrice de stage Madame Nathalie Mangeot qui a su me faire confiance et sans qui mon projet n'aurait pas pu voir le jour.

Je désire aussi adresser toute ma reconnaissance au directeur de ce mémoire, Monsieur Frederic Balard, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Pour finir, je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les amis et les collègues qui m'ont apporté leur support moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

Sommaire :

Contexte de l'étude :	4
Présentations des acteurs :	7
Objectif de l'étude :	8
Méthodologie de l'étude :	9
Méthode d'enquête :	9
Choix des informateurs :	10
Choix d'analyse :	13
Introduction à la représentation sociale :	13
1 - Représentation et pratique des enjeux de santé pour les partenaires	15
1. 1) Approche comportementaliste de la santé :	15
1.1.2) Discipliner / Eduquer :	20
Prévenir / informer :	26
Conclusion :	32
2) La santé et l'éducation à la santé perçues par les familles :	35
II) Perception des enjeux de santé éloignés des enjeux de santé publique.	45
II) 1 « La santé c'est la vie dans le silence des organes »	45
II) 2 Représentations et pratiques d'une « bonne santé » pour les familles	49
Conclusion :	59
Préconisations :	63
Préconisations sur le court terme :	63
L'enjeu alimentaire :	63
L'enjeu de la scolarité :	66
Préconisations principales :	68
Préconisations sur le long terme :	70
Annexe 1 : Tableau des partenaires :	73
Annexe 2 : Tableau des informateurs :	75
Bibliographie :	76

Contexte de l'étude :

Le centre social La Toupie à Contrexeville est un équipement de quartier à vocation sociale globale, « c'est un lieu de rencontre et d'échange entre les générations, il favorise le développement des liens familiaux et sociaux et contribue à dynamiser le tissu social. C'est également un lieu d'animation de la vie sociale qui suscite la participation des usagers et des habitants à la définition des besoins, à l'animation locale et aux prises de décisions les concernant. Pour finir, c'est un lieu d'interventions sociales concertées et novatrices avec pour vocation de contribuer au partenariat local et de susciter son développement.¹ » Le centre social La Toupie dispose de trois pôles : un pôle famille, un pôle jeunesse et un pôle animation de la vie sociale locale. Le pôle jeunesse se décline sous quatre formes : l'accompagnement à la scolarité pour les collégiens de 12 à 14 ans : aide aux devoirs, activités culturelles, sportives et sorties en famille. Un accueil jeune qui cible les 15- 17 ans et les plus de 18 ans pour se poser, discuter, faire des activités sportives, culturelles, ludiques et construire des projets. L'accueil de loisir propose des animations durant les vacances scolaires et pour finir le point information jeunesse réalisé dans le but de répondre aux questions sur les formations, les métiers, les jobs d'été, la mobilité internationale, le logement et la vie quotidienne. Quant au pôle famille, c'est un espace d'animations, de rencontres et de création de projets destinés à toutes les familles, sans condition d'âge, de ressources, de lieux de résidence... Plusieurs ateliers sont support à l'animation du pôle tel que les ateliers socio-linguistiques (apprentissage de la langue française), « Etre et bien Etre », cuisine du monde, jardin partagé et loisir en famille. Des services pour tous sont également proposés : ciné club, studio d'enregistrement, écrivain public (aide dans les démarches administratives), atelier anglais et atelier informatique.

Ce centre social m'a sollicitée pour répondre à une commande d'un projet social qui s'intitule EDUC TA SANTE en partenariat avec le centre communal d'action sociale de Vittel. Ce projet vise à créer un réseau d'acteurs pour améliorer la

¹ Guide méthodologique centres sociaux :<http://www.caf.fr/sites/default/files/caf/781/Documents/guidemethodocs.pdf> .p4

qualité de vie et le bien être des jeunes âgés de 14 à 25 ans sur le territoire de Vittel - Contrexeville. Deux objectifs sont visés : d'abord comprendre les attentes et les problèmes que les familles rencontrent en matière d'éducation à la santé de leurs enfants et ensuite fédérer des professionnels autour de la mise en place d'actions de prévention en santé globale. Des actions principalement définies par l'Organisation Mondiale de la Santé dans la Charte d'Ottawa, une Charte adoptée le 21 novembre 1986 au Canada en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au delà. Un nouveau mouvement propulsé en faveur de la santé publique qui pose une certaine définition de celle-ci renvoyant à « Un état de complet bien être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.² » Une Charte de la promotion de la santé perçue comme un processus qui confère aux populations le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et ainsi de l'améliorer. Cette démarche vise l'égalité en matière de santé avec des interventions dans le but de diminuer les écarts au niveau de la santé et d'offrir en contrepartie, à tous les individus les mêmes ressources pour parvenir à réaliser de la meilleure façon leur « potentiel santé ³ » Pas seulement à travers le secteur sanitaire mais en faisant intervenir une pluralité d'acteurs regroupant le secteur de la santé, le secteur social, les organismes bénévoles, le gouvernement ou encore les autorités locales et régionales. Une Charte créée dans le but de « promouvoir une politique publique saine allant bien plus loin que les soins en soutenant davantage le développement individuel et social en offrant de l'information, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Permettant aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci.⁴ »

Le centre social La Toupie dans lequel j'ai réalisé mon stage est un médiateur de ces politiques publiques de promotion de la santé. Cette commande s'inscrit dans un dispositif politique avec un cadre d'action posé par l'Instance régionale

² Chartres d'Ottawa :http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

³ ibid

⁴ Chartres d'Ottawa :http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

d'éducation et de promotion de la santé (IREPS). Un dispositif de soutien aux politiques de promotion de la santé avec le centre social La Toupie ayant répondu à l'appel à projet de l'Agence régionale de santé Grand Est. La commande de stage qui m'a été faite en direction des familles avec l'ouverture d'un nouveau volet parentalité s'inscrit également dans les politiques d'aide et de soutien à la parentalité qui expliquent que, malgré les diverses institutions présentes pour l'éducation des enfants, les parents demeurent malgré tout les premiers acteurs de l'éducation de l'enfant. « Les parents sont progressivement devenus la cible prépondérante de tout un ensemble de discours, de préoccupations, de mesures, de réglementations et d'interventions, d'analyses et de préconisations, de procédures de soutien et d'encadrement qui, amalgamé dans une volonté politique de prise en charge de la parentalité comme instrument de gestion sociale, ont permis que se cristallise en France au tournant des années 2000, un véritable dispositif de parentalité.⁵ »

Une action publique a donc été mise en place appelée « soutien à la parentalité » consistant à « accompagner les parents dans cette responsabilité première d'éducation et de soin. » Une action publique mise en place en 2012 à travers le comité national de soutien à la parentalité. Une démarche conduite au niveau national et local rassemblant les départements, les communes et les caisses d'allocations familiales ainsi que les secteurs associatifs avec une stratégie mise en place sur les familles pour garantir une bonne articulation avec le volet prévention et santé. La politique de soutien à la parentalité a été créée dans le but d'aider les parents à être parents, à les épauler en les informant, en les écoutant et en mettant à leur disposition des services et des moyens pour les aider et les accompagner dans les attentes qu'un grand nombre d'entre eux expriment. « Une politique de prévention précoce, généraliste, universelle de l'ensemble des risques pesant sur les familles : décrochage scolaire, conséquence néfaste des ruptures familiales sur les enfants comme les parents, dérives sectaires ou radicales d'un membre de la famille, troubles de santé spécifiques à l'enfance et à l'adolescence, parcours de délinquance, violences intrafamiliales... Elle permet ainsi d'éviter ou

⁵ POTHET, Jessica (2014) Le comité national de soutien à la parentalité : ethnographie de l'élaboration d'une politique publique. *Lien social et politiques*. Vol25. P109

de contenir des situations potentiellement appelées à faire l'objet, quelques mois ou quelques années plus tard, d'une prise en charge plus lourde. C'est en cela que la politique de soutien à la parentalité est un levier puissant de l'investissement social.⁶ »

Ma commande s'insère à la fois dans les politiques de prévention et de promotion de la santé mais également dans l'action publique de soutien et d'aide à la parentalité en plaçant dorénavant la famille comme une interface faisant le lien entre l'individu et le collectif et donc comme un acteur central avec aujourd'hui la présence d'interaction entre l'état et la famille.

Le projet Educ ta santé se décline principalement par le biais de journées interactives qui se sont tenues de nouveau cette année le jeudi 28 et vendredi 29 mars 2019 au Palais des congrès de Vittel. Les publics accueillis sont des élèves des classes de 3ème des collèges de Vittel et Contrexéville qui sont invités à participer à ces journées soit environ 100 jeunes par établissement suivis d'élèves de la MFR de Bulgnéville, du lycée professionnel de Contrexéville et de quelques jeunes de la Mission Locale. La répartition des deux journées est divisée en différents parcours divisés eux-mêmes en différents ateliers : le parcours addictions, le parcours hygiène de vie, le parcours bien-être et pour finir le parcours engagement. Les nouvelles perspectives d'actions pour le volet parentalité seront à construire à la suite des préconisations qui seront faites suite à la rédaction de mon rapport d'étude.

Présentations des acteurs :

Le projet d'action Educ ta santé est donc financé par l'Agence Régionale de Santé Grand Est et par le Conseil Régional de Lorraine qui ont lancé un appel à projet rentrant dans le cadre des politiques de prévention et de promotion de la santé. Un projet également soutenu par divers partenaires d'actions comme le Centre

⁶ Stratégie nationale de santé à la parentalité :https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702_-_dp_-_strategie_nationale_2018-2022vf.pdf

Communal d'Actions Sociales de Vittel, l'Instance Régionale d'éducation et de promotion de la santé de Lorraine, La maison de la solidarité et de la vie sociale, des formateurs relais anti-drogue (FRAD), l'institut de formation en soins infirmiers de Neufchâteau (IFSI), le centre de vaccination de Toul, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les consultations jeunes consommateurs (CJC) et le Centre de planification et d'éducation familiale.

Objectif de l'étude :

Après avoir été informée que de la commande du centre social la Toupie étant de cerner les besoins et les préoccupations des parents en matière d'éducation à la santé de leurs enfants. Une commande qui perçoit les familles comme essentiellement confrontées à des problèmes et à des difficultés et qui est principalement formulée par le biais de professionnels. Ce qui pose problème n'est pas le fait que l'intérêt soit porté tout d'abord sur les questions difficiles mais plutôt que cette problématique ait été transposée de manière obligatoire dans la commande. L'adoption d'une telle posture témoigne que la rupture avec le sens commun n'a pas été totalement achevée. J'ai donc réalisé, à la suite de cette commande, une revue de littérature dans le but d'en interroger les termes non pas seulement pour les définir mais pour en éclairer toutes les dimensions afin de donner une meilleure compréhension des enjeux.

Une revue de littérature engendrant une dé-construction des thèmes centraux notamment la famille, les enfants et bien entendu, la santé et l'éducation à la santé, un terme important dans la commande du centre social. Je me suis servi d'ouvrages scientifiques pour d'une part m'aider à redéfinir et interroger les termes, pour me permettre d'avoir une réflexivité sur la question de recherche et éclairer toutes les dimensions afin de donner une meilleure compréhension des enjeux en formulant, des hypothèses comme le fait que l'éducation et plus précisément l'éducation à la santé peut varier en fonction des capitaux des familles notamment économiques, en fonction de la composition familiale, du

genre de l'enfant, la taille de la fratrie etc. Mes lectures sur la notion de santé comme par exemple l'article de Philippe Stevenin « la santé par l'éducation » m'ont également poussée à comprendre ce que les familles peuvent mettre derrière cette notion de santé tout en faisant l'hypothèse que cette définition pouvait être différente en fonction des familles que j'allais rencontrer. Ma revue scientifique m'a aidée à construire une problématique sociologique dans le but de comprendre comment les parents pensent et exercent l'éducation à la santé de leurs enfants en partant du concept de représentations sociales et de pratiques engendrées par celles-ci. Un objectif de recherche s'appuyant notamment sur le concept de représentations sociales dont nous relativiserons la portée dans la présente étude.

Méthodologie de l'étude :

Méthode d'enquête :

Pour pouvoir répondre au mieux aux hypothèses soulevées à la suite de mes lectures et d'essayer de comprendre comment les parents pensent et exercent l'éducation et plus particulièrement l'éducation à la santé de leurs enfants, il m'a fallu choisir une méthodologie adaptée pour accompagner ma dynamique de recherche. J'ai fait le choix d'une démarche qualitative. J'ai donc réalisé une sociologie compréhensive avec la mise en place d'entretiens semi-directifs avec d'une part, une partie des financeurs du projet et quelques partenaires de l'action étant également des professionnels pour saisir leurs conceptions des enjeux et des actions à mettre en oeuvre sur l'objet santé et éducation à la santé. D'autre part, j'ai réalisé des entretiens avec des familles en interrogeant directement les acteurs concernés par le sujet de la commande pour essayer de saisir leurs représentations et leurs pratiques sur l'objet santé. Des entretiens semi-directifs avec la mise en place d'une grille d'entretiens réalisée pour les professionnels et une autre pour les familles dans le but d'orienter les entretiens pour me permettre d'obtenir plus précisément les informations qui m'intéressent et pour me permettre

de ne pas perdre le fil de ma recherche malgré la mise en place de questions ouvertes à la description et à l'explication.

J'ai choisi une méthodologie qualitative car elle a pour objectif de croiser l'analyse des discours et des pratiques. Une méthode s'intéressant principalement au sens que les individus donnent à leurs actions, à leur vécu des expériences. Une approche qualitative tentant de repérer les logiques d'actions en les ramenant aux caractéristiques socioéconomiques, sociodémographiques mais aussi en les ramenant aux histoires familiales, aux trajectoires bibliographiques spécifiques des personnes interrogées. L'objectif étant de cerner les représentations et les pratiques qui s'en suivent concernant la santé et l'éducation à la santé des familles et des professionnels de l'action en faisant l'hypothèse d'une disjonction des représentations et des pratiques sur l'objet. J'ai également choisi cette méthode qualitative car même si les inégalités sociales de santé sont au coeur des préoccupations des politiques publiques, les recherches portant sur cet objet sont principalement issues de la santé publique et de l'épidémiologie (Herzlich, Pierret, 2010) et sont, le plus souvent de nature quantitative. Même s'il est important et primordial de quantifier ces inégalités, mon travail de recherche, propose quant à lui d'offrir une compréhension et une explication des facteurs qui les constituent en essayant avant tout de comprendre le sens que les individus donnent à leurs actions.

Choix des informateurs :

J'ai réalisé une vingtaine d'entretiens dont 5 regroupant les financeurs et une partie des partenaires et 12 avec des familles. La majorité des familles que j'ai rencontrée provient principalement de la structure sociale avec exceptionnellement quelques familles provenant de mon réseau dans la volonté d'élargir l'échantillon. Mon souhait était de m'entretenir avec des familles de tout capitaux et de toutes classes sociales mais également d'avoir recours à une pluralité de formes familiales pour diversifier davantage mon échantillon. La plupart des entretiens ont été réalisés au sein de la structure avec quelques exceptions concernant les

entretiens de mon réseau personnel et ceux avec les financeurs où je me suis déplacée comme par exemple à l'Agence Régionale de Santé à Epinal. Concernant la diversité que j'ai souhaitée, que ce soit du point de vue des capitaux ou des formes familiales, j'ai cependant eu une grande part de familles à faibles capitaux notamment économique avec des bénéficiaires du revenu de solidarité active et également une majorité de familles monoparentales. Il est important de mentionner que je n'ai rencontré que des mères de famille même lorsque j'avais affaire à des familles nucléaires sous-entendant père, mère, enfant(s). Nous pouvons faire l'hypothèse que l'éducation des enfants et la santé de ceux-ci restent encore à ce jour dévolues majoritairement aux mères au sein des structures familiales puisque je n'ai rencontré que des mères de famille, que ce soit pour venir chercher les enfants au centre ou encore lors de la réalisation des entretiens. Ce constat peut nous permettre de faire l'hypothèse d'une persistance des inégalités homme/femme dans la prise en charge du travail domestique et dans la prise en charge des enfants. En effet, la réalisation des entretiens avec exclusivement des mères de famille nous pousse à penser que ce sont encore majoritairement les femmes qui s'occupent de l'éducation et de la prise en charge des enfants. « Les femmes sont encore aujourd'hui « les grandes perdantes » puisqu'à ces inégalités sur le marché du travail s'ajoutent des inégalités dans la famille. Au sein des couples bi-actifs, elles réalisent encore plus de 60% des tâches domestiques et les 2/3 des tâches parentales. (...) Ainsi pour le temps parental (équivalant d'un travail à mi-temps), les mères font deux fois plus que les pères. En outre, elles accomplissent les tâches les moins « nobles » comme faire le taxi pour les enfants, s'occuper de leur repas, aller les chercher à l'école ou aux activités extra-scolaires, tandis que les pères se réservent des occupations plus ludiques et plus gratifiantes. Quant aux tâches purement domestiques, force est de constater qu'elles constituent une sorte de noyau dur : le partage n'évolue guère et se fait toujours au détriment des femmes, surtout dans les familles avec enfants.⁷» J'ai également rencontré des familles monoparentales qui désignent une situation où l'enfant n'est pas pris en charge

⁷BARRERE-MAURISSON, Marie-Agnès. L'évolution des rôles masculin et féminin au sein de la famille. Les Cahiers français : documents d'actualité, La Documentation Française, 2012, numéro spécial des Cahiers Français : "Comment va la famille ?" (371), p23

quotidiennement que par un seul parent. J'ai donc eu, lors des entretiens, des mères de famille étant seules à élever leurs enfants et étant donc seules en chef de famille. « Enfin, les enfants vivant dans les familles ainsi désignées ont de plus en plus souvent leurs deux parents vivants, même s'ils vivent à titre principal avec le parent qui en a la responsabilité, le plus souvent la mère.⁸ »

Même si la majorité des familles interrogées proviennent du centre social la Toupie, les familles rencontrées n'appartiennent pas seulement à la classe populaire. Je me suis également entretenue avec beaucoup de familles de classe moyenne qui font usage de cette structure car le centre social La Toupie est avant tout, un lieu de mixité sociale de par les différents services qu'il propose notamment le contrat local d'accompagnement à la scolarité (CLAS). Le CLAS crée en 2000 est un dispositif qui « recouvre les actions visant à offrir, aux côtés de l'école, l'appui et les ressources dont les enfants ont besoin pour réussir, appui qu'ils ne trouvent pas toujours dans leur environnement familial et social. Il s'adresse aussi aux parents de façon à les accompagner dans le suivi de la scolarité de leurs enfants. Il contribue à l'égalité des chances et à la prévention de l'échec scolaire.⁹ » C'est en partie grâce à ce service que j'ai pu rencontrer des parents venant chercher leurs enfants à la sortie du CLAS après le travail et que j'ai pu leur proposer de réaliser un entretien par la suite.

⁸ LETABLIER, Marie-Thérèse.(2011) La monoparentalité aujourd'hui: continuités et changements. Ruspini, Elisabetta. Monoparentalité, homoparentalité, transparentalité en France et en Italie. *Tendances, défis et nouvelles exigences*, L'Harmattan, p9

⁹POTHET, Jessica. (2014). Le Comité national de soutien à la parentalité : ethnographie de l'élaboration d'une politique publique. Dans : , C. Martin, « *Être un bon parent* » : *une injonction contemporaine*.p 114

Choix d'analyse :

Concernant la méthode d'analyse, j'ai choisi de réaliser une analyse de contenu par thématique qui consiste à « analyser le contenu par des méthodes sûres, rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui est présenté, formuler et classer tout ce que contient le document ou cette communication.¹⁰ » J'ai fait le choix de réaliser deux parties distinctes dans mon rapport d'étude, une partie réalisée avec les financeurs et les partenaires créée dans le but de saisir les conceptions des enjeux et des actions à mettre en oeuvre concernant la santé et l'éducation à la santé des parents envers leurs enfants et une partie concernant les représentations et les pratiques concernant la santé et l'éducation à la santé par les familles pour ensuite rendre visible une analyse synthétique des enjeux de ce rapport d'étude.

Introduction à la représentation sociale :

J'ai décidé d'aborder l'objet santé au travers du concept de représentations sociales. Ce concept m'a paru nécessaire et important pour la mise en place de toute la méthodologie décrite ci-dessus mais également pour l'analyse que je vais expliciter à la suite de mon rapport d'étude. Un concept primordial pour essayer de comprendre ce que signifie cette notion de santé et de comment elle est mise en pratique notamment par les familles. La théorie des représentations sociales repose sur le postulat selon lequel « toute réalité est représentée, c'est à dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'entourne.¹¹ » En effet, en tant que « système d'interprétation régissant notre propre rapport au monde et aux autres et orientant

¹⁰ MUCCHIELLI, Alex, 1991. Les méthodes qualitatives. 2e édition. Paris : PUF, 128 pages. coll. « Que sais-je ? »

¹¹ Jeoffrion, Christine. « Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, vol. numéro 82, no. 2, 2009, pp. 73-115.

les conduites et les communications sociales¹² », les représentations sociales s'avèrent être un outil tout à fait judicieux pour aborder le rapport à la santé des individus que ce soit pour les partenaires ou les familles pour comprendre et anticiper les comportements, notamment ici sur les questions de santé et d'éducation à la santé des enfants au sein des familles. Cette théorie m'a amené à réaliser des entretiens avec d'un côté les professionnels et de l'autre les familles en faisant l'hypothèse qu'il existe une pensée profane concernant la notion de santé distincte de ce que peuvent penser et en dire les « experts ». Cette trame de recherche dans mon rapport d'étude s'appuie également sur les travaux de Claudine Herzlich sur les représentations sociales de la santé et de la maladie; un ouvrage incontournable quand il s'agit d'aborder la santé, ses représentations et les pratiques qui s'en suivent. Herzlich montre que l'angle des représentations sociales est important quand il s'agit de parler de la santé et de la maladie en la justifiant par « l'articulation réciproque de différents « niveaux » des phénomènes psychosociaux – organisation cognitive d'un objet social, élaboration de normes de comportement.¹³ » Ma recherche consiste donc à réaliser une étude comparative avec d'un côté les représentations et pratiques des partenaires sous-entendant des professionnels et les financeurs et de l'autre, les représentations et pratiques de la santé dans les structures familiales. Je voudrais essayer de comprendre d'un côté le poids des structures politiques concernant l'adoption et la prescription de certaines habitudes de vie par l'éducation à la santé à travers l'analyse des représentations et des pratiques mises en œuvre par les financeurs et les partenaires et d'un autre côté, comprendre et interpréter l'autonomie de l'acteur social avec ses choix individuels concernant l'objet santé.

¹² JODELET, Denise (1994) Les représentations sociales. Paris, PUF. P36

¹³ Herzlich, C., & Moscovici, S. (1984). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales. 1984. P176

1 - Représentation et pratique des enjeux de santé pour les partenaires

« Les individus baignent dans une société qui véhicule des croyances, des normes, des valeurs face auxquelles ils construisent des représentations sociales sur des objets sociaux.¹⁴ » Les manières de se représenter la santé et plus particulièrement le projet d'actions sociales Educ ta santé à été au centre des questionnement tout au long de la recherche. Les financeurs et les partenaires de l'action sont des personnes qui interviennent de diverses manières dans le projet (avec une différenciation en ce qui concerne leur champ professionnel. Dans cette partie je montrerai que l'objet même de la santé est saisi différemment en fonction des acteurs.)

1. 1) Approche comportementaliste de la santé :

La présence de la notion de responsabilité individuelle concernant la santé est un enjeu omniprésent dans tous les entretiens que j'ai réalisé avec les partenaires. Une notion présentée comme le but à atteindre dans les objectifs et dans les actions que mettent en pratique des différents acteurs.

Pour l'Agence régionale de Santé l'enjeu du projet Educ ta santé est un moyen d'inculquer aux adolescents et plus particulièrement aux familles, avec ses partenaires, la mise en place de bons comportements afin d'entretenir son capital santé en mettant en oeuvre diverses actions ciblées notamment celles présentes dans le projet Educ ta santé avec la mise en place d'un parcours santé englobant l'intervention d'acteurs que je décrirai par la suite. Une notion de santé pensée principalement comme un devoir individuel et familial et non collectif avec une personne entièrement responsable et consciente. Pour les partenaires et les financeurs, c'est aux parents de transmettre les bonnes pratiques à leurs enfants : « *les adolescents et leurs parents sont eux-mêmes responsables de leur propre santé (infirmière scolaire)* ». L'objectif du projet en lien avec les politiques de

¹⁴Joeffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, numéro 82(2), 73-115. doi:10.3917/cips.082.0073.

promotion de la santé est une sorte d'entreprise normative rendue productive par l'individualisme post-moderne et par une entreprise de normalisation et de moralisation des familles : *il faut qu'ils soient responsables de leur propre santé en leur faisant passer des messages de prévention pour qu'ils prennent soin d'eux, manger 5 fruits et légumes par jour, faire une activité physique et sportive pour leur permettre d'avoir les clés en main pour avoir une meilleure santé.*

Nous pouvons voir ici, à travers les discours, que notre société est telle qu'aujourd'hui, les politiques sont tournées vers le futur avec un objectif d'individualiser, d'autonomiser et de « responsabiliser l'individu en le poussant à prendre sa vie en main et à se projeter sans cesse dans l'avenir en s'appuyant pour cela sur le savoir des experts ¹⁵ ». L'Agence régionale de Santé et les partenaires de l'action perçoivent l'individu et plus globalement ici la famille comme acteur de sa propre santé et décideur autonome comme le souligne la définition de la Charte d'Ottawa en 1986 de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer.¹⁶ » Une définition sur laquelle s'appuie la mise en place du projet Educ ta santé.

Les normes d'auto-contrôle sont également relayées par les partenaires de l'action avec une logique de coordination des acteurs dans le sens des idéaux à transmettre sous-entendant l'imposition des normes de santé publique. Des normes de santé publique pénétrant dans les discours des partenaires perçus comme des relayeurs de messages qui viennent des politiques publiques de promotion de la santé : *l'éducation à la santé c'est manger sainement avec beaucoup de fruits et légumes, faire du sport pour se maintenir en bonne santé, avoir une bonne hygiène de vie pour gérer seul et durablement sa santé.* (Infirmière) ou encore : *c'est à la fois un bien être physique, un bien être social et moral.* (assistante sociale) Nous pouvons reprendre le sociologue Oward Becker pour décrire les normes à suivre en lien avec la notion d'entrepreneur de morale décrite dans l'ouvrage Outsider. L'agence Régionale de santé et les déclinaisons

Giddens. A (1991).Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity.

¹⁶ Chartres d'Ottawa :http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

des normes sur le terrain par les acteurs peuvent être rattachées à la notion d'entrepreneur de moral de Becker renvoyant notamment à des personnes qui se mobilisent pour faire adopter ou maintenir une norme sociale avec des « entrepreneurs qui occupent généralement une position dominante dans l'espace social avec un pouvoir symbolique pour imposer leurs vues dans le sens où ils créent des normes et les font appliquer.¹⁷ » Les professionnels de l'action peuvent donc être assimilés à ce terme qui désigne les individus cherchant à en influencer d'autres afin de leur faire adopter leur propre point de vue : *il y a des conduites qu'il faut faire adopter aux parents et aux adolescents pour qu'ils prennent en main leur santé correctement et de façon durable dans l'avenir, c'est hyper important et voilà on sait ce qui est bon ou pas à faire pour entretenir le capital santé, les bons gestes.*

Des normalisateurs de conduites mettent en avant leurs savoirs et leurs compétences pour renforcer leur légitimité. ¹⁸» Les politiques de promotion de la santé pénétrant dans les logiques d'action des financeurs et des partenaires peuvent être perçues comme des entreprises normatives renvoyant à « un ensemble organisé d'actions et de discours socialement formés et qualifiés épistémiquement, au travers desquels les agents participent à la construction, la révision, la défense, l'articulation d'un ordre normatif donné.¹⁹ » Des stratégies d'actions mises en place par la nouvelle santé publique cherche, par le biais de logiques déclinées sur le terrain à travers les partenaires, à transformer les consciences pour que les individus et plus globalement ici les familles aient un meilleur contrôle sur elles-mêmes : *L'idée c'est ça, c'est de les rendre autonome, moi je ne suis pas là pour les vacciner, je suis là pour qu'ils prennent l'initiative de se faire vacciner seul.* (Infirmier mission spécifique : vaccination)

¹⁷ Pavie, A. & Masson, A. (2014). Comment les normes sociales se construisent. Sociologie des « entrepreneurs de morale ». *Regards croisés sur l'économie*, 14(1), 213-215

¹⁸Pavie, A. & Masson, A. (2014). Comment les normes sociales se construisent. Sociologie des « entrepreneurs de morale ». *Regards croisés sur l'économie*, 14(1), 213-215. doi:10.3917/rce.014.0213.

¹⁹Roberto Frega, « Les pratiques normatives », *SociologieS*, Dossiers, Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations

La notion de responsabilité individuelle notamment dans les structures familiales avec la responsabilisation parentale est omniprésente dans tous les discours des partenaires même si elle se décline, comme nous l'avons vu plus haut, avec des enjeux de santé différents en fonction du champ professionnel de ceux-ci. Le réseau de partenaires peut être pensé comme un atout pour ces politiques en les outillant le plus possible de messages clés pouvant servir de support pour leur laisser, par la suite une marge de liberté dans la mise en place des actions sur le terrain : *C'est des missions état et c'est des financements qui sont spécifiques parce que voilà, moi bah je dois, j'ai des objectifs très globaux comme améliorer le taux de couverture à la vaccination chez les jeunes et après comment je fais, les moyens etc, la méthode bah on a plutôt une grande autonomie, ça là dessus on a de la chance. (Infirmier vaccination)*

Le contrôle social s'exerce aujourd'hui par une exigence d'autonomie de l'individu et plus particulièrement ici une autonomie des familles passant par l'intériorisation d'une forme d'auto-discipline engendrant chez les subjectivités un sentiment personnel d'obligation morale. Le contexte du contrôle social a évolué passant d'un contrôle institutionnel à un contrôle fondé sur de l'autosurveillance par les individus eux-mêmes et ici par les parents eux-mêmes. Nous sommes ici face à un moyen d'action avec le fait de sensibiliser les familles à ce qu'elles prennent une plus grande responsabilité de leur santé et qu'elles participent donc activement à l'amélioration de celle-ci. Nous pouvons souligner ici, grâce aux discours des partenaires, le fait que nous sommes bien dans un travail de remise en sens du réel avec le fait que les habitudes individuelles sont perçues en grande partie responsables des maladies chroniques. Nous assistons donc ici à une remise en norme du monde en éduquant et responsabilisant l'individu car, malgré l'approche multidimensionnelle que les politiques publiques énoncent quand elle parlent de la santé, les subjectivités restent tout de même un enjeu privilégié dans le but de modifier l'attitude de l'individu sous-entendant ses habitudes de vie qui peuvent être contrôlées et changées. En effet, le rapport Lalonde écrit en 1974 détermine les habitudes de vie comme « des facteurs pouvant être « contrôlés » par les

individus et surtout comme étant délibérément choisis par une personne.²⁰ » et la définition qui a été présentée dans le rapport illustre bien : « Les habitudes de vie représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle. [...] Le comportement et les habitudes de vie qui nuisent à la santé créent des risques auxquels la personne s'expose délibérément. Lorsque ces risques provoquent la maladie ou la mort, on peut dire que le mode de vie d'une personne est la cause, directe ou indirecte, de sa propre maladie ou de son décès.²¹ » Même si la nouvelle définition de la santé prend en compte l'environnement en considérant « l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun. On peut distinguer les déterminants liés à l'environnement physique ou écologique : qualité de l'air, qualité de l'eau (...) de ceux liés à l'environnement social : la pauvreté, le logement, l'éducation ...²²» L'accent est principalement mis, à travers les entretiens réalisés, sur la notion de responsabilité individuelle et plus particulièrement sur la responsabilité des familles sous-entendant le refus d'une vision entre guillemets déterministe avec à contrario l'accent est plutôt mis au profit d'une croyance dans le pouvoir de la volonté des individus. Il s'en suit donc, comme nous l'avons vu à travers les entretiens réalisés, une focale sur la nécessité d'agir avant tout sur les comportements individuels des familles avec pour but d'affaiblir considérablement les risques que ceux-ci occasionnent donc de manière délibérée. L'un des enjeux premiers est donc la nécessité d'agir principalement sur les subjectivités au sein des structures familiales en essayant de transformer les comportements à risques que les gens ont délibérément avec ici une focale mise davantage sur une volonté de transformer les comportements des parents au sein des familles.

²⁰ M.-P. Pomey, B. Lejeune et J.-M. Poullier, *Santé publique*, op. cit., p. 57

²¹ S.C. Gouvernement du Canada, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde), op. cit., p. 34.

²² Brasset. Bernard, Chaperon. Jacques, Frattini. Marie-Odile (1999) *Hôpital et santé publique : Introduction méthodologique*. Edition ENSP

1.1.2) Discipliner / Eduquer :

Les notions de discipline et d'éducation sont donc également des logiques omniprésentes dans la majorité des entretiens que ce soit avec les financeurs et les partenaires même si ces éléments sont saisis une nouvelle fois avec des problématiques différentes en fonction des acteurs dans les entretiens réalisés. Dans l'entretien avec l'Agence Régionale de Santé, les notions de discipline et d'éducation sont énoncées comme des enjeux centraux concernant la santé de manière globale avec l'intérêt axé plus précisément sur l'importance de cibler majoritairement les familles qui sont, selon eux, en manque d'informations notamment sur la problématique de l'alimentation : *Les parents ne savent pas que manger équilibrer c'est important, que les ados puissent l'intégrer pour qu'ils puissent eux aussi transmettre ce qu'ils apprennent à leurs parents (...) Je pense que les parents ne savent pas donc il faut les aider à comprendre, apprendre et à intérioriser les bons gestes à faire, c'est important.* Nous pouvons comprendre ici que l'enjeu est de proscrire les mauvais comportements associés aux comportements à risque pour la santé des individus et d'inculquer à contrario des habitudes de vie saine aux familles qui selon elle, ne savent pas manger équilibrer et qui ont de mauvaises habitudes de vie car ils n'ont pas l'information nécessaire pour proscrire eux-même leurs mauvaises habitudes et leurs comportements à risque : *Il faut essayer de supprimer les comportements à risques des familles qui engendrent la mauvaise santé comme le tabac, l'alcool, les drogues, ne pas faire de sport mais plutôt pratiquer une activité physique pour permettre d'avoir une meilleure santé, ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé et plutôt manger 5 fruits et légumes par jour en disciplinant les familles vers les bons comportements.* Nous pouvons ici montrer l'imprégnation des normes de santé publique dans le discours des partenaires avec un enjeu disciplinaire pour les consciences des familles partant du principe qu'elles ne savent pas. Nous verrons cependant, par la suite, que les familles ont justement conscience des bonnes pratiques à mettre en place pour préserver leur capital santé mais ont à contrario des pratiques d'éducation et plus particulièrement de manière de cuisiner qui leur sont propres. Ces deux concepts sont également présents dans la majorité des entretiens même s'ils sont saisis différemment : *Il faut éduquer les gens à la vaccination, si la*

personne me dit je ne me vaccine pas je vais sur une île déserte pas de problème mais par contre où ça me gêne c'est effectivement quand on est en collectivité, en société parce qu'il y a des personnes qui ne demandent rien et qui vont choper une maladie donc éduquer les jeunes et les familles à la vaccination c'est quand même important. (Infirmier mission vaccination)

Pour l'infirmière scolaire la notion d'éducation est également récurrente avec un fil rouge centré principalement sur le rapport à la nutrition : *En général, les parents ne se rendent pas compte du problème de poids de leurs enfants, ils me disent non il n'est pas gros, non elle n'est pas maigre, il faut éduquer les parents à mieux manger. Au lieu de manger que des frites et bien il faut manger des haricots car sinon vous allez prendre du poids et vos enfants aussi et du coup ils peuvent aussi par la suite avoir des maladies, diabètes, maladie cardio-vasculaire, il faut éduquer les consciences ..* Nous pouvons prendre l'article « *Foucault et la santé publique* » pour revenir à la notion d'éducation des consciences notamment avec la question de l'hygiène prise pour cible par les politiques de santé publique au XIXe siècle avec « une volonté d'emprise du pouvoir politique en place. Les politiques de santé publique allant de pair avec la surveillance des individus et la mise en place d'un devoir disciplinaire, qu'il s'agisse du contrôle des naissances, de la nécessité de réguler les accidents du travail par des mécanismes assurentiels ou encore des politiques de vaccination. ²³»

L'intériorisation de normes de comportements liés à l'alimentation est ici très prégnante et se caractérise par « une culpabilisation de l'individu en l'informant des risques liés à leurs pratiques. Une perspective correspondant à une nouvelle sorte de contrôle social qui procède d'une manière plus subtile à l'intériorisation des normes de comportements reliés à la santé ²⁴. » En provoquant l'inquiétude des parents concernant leur santé et celle de leurs enfants, ils cherchent à contrario à les faire adhérer à leurs normes. Cette notion de contrôle social par la culpabilisation notamment ici des familles peut être renvoyée à la genèse de la santé publique avec notamment le fait que, selon Raymond Massé, la santé publique est devenue le relais de la religion et de la loi dans le sens où comme le

²³ MARZANO, Michela (2011) Foucault et la santé publique. Les tribunes de la santé. n°33. P 40

²⁴ MASSE.Raymond (2003) *Ethique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Coll société, cultures et santé.

soutenait déjà Emile Zola en 1877 « la médecine était en train de devenir l'une des plus importantes institutions normatives, incorporant les institutions plus traditionnelles de la religion et de la loi (...) Les professionnels de la santé publique s'imposeraient comme les nouveaux codificateurs du bien et du mal. Les discours de ces nouveaux censeurs prendraient appui sur les percées technologiques, cliniques et épidémiologiques, mais, aussi, sur une nouvelle « insécurité » face à la maladie, source de mortalités « prématurées ». À l'ère des espérances de vie prolongées, les nouvelles « maladies de civilisation » (cancer, troubles cardiaques, sida) ne sont plus des phénomènes naturels ou des punitions divines mais plutôt des conséquences insécurisantes, mais évitables, d'une vie impure. Bref, selon Zola, « le recours constant à l'idée de la maladie comme moyen d'aborder les problèmes sociaux ne représente en rien l'abandon d'un cadre moraliste au profit d'une vision objective, mais simplement une stratégie de rechange ²⁵»

Cette notion d'auto-contrôle de soi décrite plus haut avec la volonté de discipliner et d'éduquer les consciences s'appuie encore maintenant sur une sorte de pédagogie par la peur comme nous venons de le décrire ci-dessus : *Si tu peux deux kilos par an ce n'est pas compliqué, je veux dire dans 40 ans tu fais 40 kilos de plus donc 150 kilos et là tu vas être en obésité et ça va vraiment t'handicaper. C'est pour cela qu'il faut apprendre à manger équilibrer et pas trop gras et trop sucré.* (Infirmière scolaire) La notion d'éducation et de discipline repose également comme je l'avais expliqué en amont sur une responsabilité individuelle passant par l'éducation pour véhiculer les impacts de la maladie en faisant non plus de la santé un simple état mais plutôt un projet complètement individuel reposant sur la vigilance et la discipline sanitaire. Nous pouvons d'ailleurs revenir sur l'éducation sanitaire qui s'inscrit historiquement dans le prolongement d'autres logiques notamment ici, pour comprendre cette notion d'éducation et de discipline des consciences par la culpabilisation.

C'est au XVIII^e siècle que la santé devient « une notion collective, statistique et politique notamment avec l'émergence du bio pouvoir dont Michel Foucault a livré

²⁵ MASSE, Raymond (1999) La santé publique comme nouvelle moralité. *La réforme de la santé au Québec*. Montreal : Les éditions fines. P155

une théorie. ²⁶» Durant cette époque, le pouvoir ne s'arrête pas seulement à son rôle de coercition et de sanction, mais il ambitionne de protéger et réguler la vie, et même la biologie des populations. « La maladie n'est plus autonome, elle devient l'objet d'observation puis de surveillance et de statistiques. La médecine prend une posture normative qui la fonde à régenter les rapports physiques et moraux de l'individu et de la société où il vit. ²⁷»

L'histoire de l'hygiène publique au cours du XIXe siècle commença par le remplacement du droit à la santé en devoir de santé imposé par l'Etat se formulant désormais en terme politique, législatif, pratique d'organisation d'une « police sanitaire. » notamment parce que la société est marquée au XIXe siècle, par de grandes endémies et de nouvelles épidémies comme la tuberculose, la méningite, la syphilis ou encore la fièvre jaune comme nous l'avons expliqué plus haut. A ce moment même, « la médecine affirme que ces maladies sont évitables, et se dit susceptible, par la connaissance qu'elle pense avoir des causes, de fournir les moyens d'en préserver le groupe social. Elle se prétend capable, par des mesures d'hygiène, d'éradiquer ces fléaux sociaux, pour peu que l'Etat lui en donne les moyens. L'hygiène se fait moyen de gouvernement (...) c'est à partir d'une telle position que la médecine s'autorisera à généraliser un discours d'énonciation de normes sur les domaines tenant aux comportements quotidiens et à l'apprentissage de ces comportements : soins du corps, alimentation .. vaccination obligatoire²⁸ » Le contrôle hygiéniste est le début du contrôle social puisque l'état en alliance avec la médecine participe au contrôle des populations par l'imposition d'une entreprise de moralisation en disciplinant et en éduquant les consciences en propageant des normes sanitaires à la population. « On peut dénombrer plusieurs dizaine de régimes d'interdiction dans la code de la santé publique et une centaine de régimes d'autorisation ou d'habilitation pour exercer des activités de santé. La législation peut avoir pour objet la protection d'autrui par la prohibition des

²⁶ Tabuteau, Didier. « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 109, no. 2, 2012, pp. 6-15.

²⁷ *ibid*

²⁸ Arveiller, Jacques. « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. vol. 39, no. 1, 2006, pp. 115-134.

comportements à risque (hospitalisation d'office, interdiction de fumer dans les lieux publics pour le tabagisme passif ..), a sauvegarde de la santé de chacun (port obligatoire de la ceinture de sécurité, interdiction de publicité pour le tabac, visites médicales impératives..) ou la protection indistincte de la collectivité et de l'individu.²⁹»

Dans la rencontre avec une assistante sociale, la notion d'éducation a également été omniprésente avec un fil rouge qui diffère cependant de l'alimentation se centrant davantage sur le spectre de la sexualité avec d'ailleurs une intervention sur cette problématique durant les journées de l'action sociale Educ ta santé avec une intervention sur le souci de la contraception : *c'est vraiment important d'apprendre et d'éclairer les jeunes sur les moyens de contraception pour se protéger, parler des moyens de contraception pour les filles mais aussi l'IVG, les maladies sexuellement transmissibles, protéger sa santé.* Une éducation renvoyant particulièrement à la médicalisation des corps et spécifiquement à celui des filles centrée sur les capacités reproductives de celles-ci comme l'a expliqué Monique Mambrado avec la description d'un domaine de la contraception et de la maîtrise de la fécondité : *La sage-femme intervient mais c'est surtout pour les filles hein, elles vont avoir besoin d'un moyen de contraception, avoir besoin de rencontrer la sage-femme pour une IVG car quand les garçons sont demandeurs c'est surtout pour la petite copine en fait.* (Infirmière scolaire) Comme l'explique Monique Mambrado, il y a ici une conception genrée de la contraception car « même si les femmes se sont émancipées d'un côté en accédant à une forme de liberté et d'autonomie vis à vis de la contrainte du coït ou de la reproduction, elles sont assujetties de l'autre à la normativité médicale (...) la possibilité de mettre au monde des enfants constitue pour les femmes un point aveugle à partir duquel vont s'élaborer les interprétations sociales et médicales de leur rapport à la santé et au monde.³⁰ »

²⁹ Tabuteau, Didier. « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 109, no. 2, 2012, pp. 6-15.

³⁰ MAMBRADO.Monique.2006. Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation. *Nouvelles questions féministes*. P16-31

Ces deux notions centrales présentes dans les représentations des partenaires de ce que doit être la santé et notamment le projet Educ ta santé en référence au fait de discipliner et d'éduquer les consciences en inculquant les normes sanitaires de politiques de promotion de la santé reposant sur une entreprise de moralisation des comportements de santé à adopter peuvent être mis en parallèle avec la notion de corps docile énoncé dans la thèse de Michel Foucault « surveiller, punir ». Cette notion peut être un point d'appui important pour essayer de comprendre les logiques des institutions publiques de promotion de la santé avec pour but la disciplinarisation des corps et des consciences passant par des partenaires ayant eux-mêmes intériorisés les messages et les normes provenant du « haut ». Nous pouvons expliquer le rôle des partenaires comme « des processus micropolitiques par lesquels les individus sont encouragés à se conformer aux règles morales de la société. » Nous pouvons également nous servir du biopouvoir de Foucault pour expliquer le pouvoir disciplinaire des politiques de santé allant de pair avec la surveillance des individus et la mise en place d'un pouvoir disciplinaire en essayant de réguler les pratiques à risque des individus comme nous l'avons décrit ci-dessus avec la mise en place des politiques hygiénistes.

L'héritage de Michel Foucault est incontournable quand il s'agit d'analyser les dispositifs par lesquels le pouvoir investit les corps des individus à travers les stratégies politiques de promotion de la santé. Foucault est inéluctable quand il s'agit de comprendre la rationalité de la gestion des individus dans une société. Nous pouvons justement nous servir de ce qu'énonce Foucault pour expliciter l'utilisation des termes discipliner et éduquer évoqués de façon récurrente lors des entretiens avec les professionnels. Une sorte de pouvoir qui n'exclut plus comme l'expliquait Foucault dans son premier ouvrage « *Histoire de la folie à l'âge classique* » avec l'idée principale qui était de décrire une forme de pouvoir excluante en prenant pour exemple les structures qui servaient à parquer les lépreux. Il s'attardera également sur l'emprisonnement et les lieux d'enfermement notamment les lieux d'internement pour les malades, les criminels etc lieux de répressions. Mais ici c'est la mise en place d'une sorte de pouvoir qui inclut l'individu et s'immisce dans tous les champs de la vie quotidienne en essayant de contrôler ses conduites et ses comportements. La forme de pouvoir que nous

pouvons appréhender à travers les discours recueillis peut être reliée à ce qu'énonce Foucault avec le fait que « les politiques de santé publique vont de pair avec la surveillance des individus et la mise en place d'un pouvoir disciplinaire que ce soit pour le contrôle des naissances, de la nécessité de réguler les accidents du travail par différents mécanismes ou encore des politiques de vaccination.³¹ »

Pour finir l'idée principale et centrale partagée par tous les partenaires interrogés est l'idée selon laquelle il est possible de réduire considérablement les risques en faisant l'hypothèse qu'il est possible de modifier les comportements individuels et plus précisément ici les comportements des parents principalement par la communication et la transmission de messages. Avec le fait qu'il suffit d'informer des bonnes habitudes à prendre pour modifier les comportements des parents, les poussant à agir en amont et toujours de plus en plus tôt et reprenant ici la famille comme au centre de la socialisation des individus et donc jouant un rôle majeur dans l'éducation des enfants. Les partenaires interrogés décrivent les conduites à risque comme évitables et ne relevant plus que d'une logique de responsabilité des individus et plus précisément ici des parents avec la théorie d'un individu capable de faire ses propres choix concernant sa santé par le biais de l'information de l'impact des conduites à risque et de l'orientation par les experts des bonnes conduites et des attitudes saines à intérioriser notamment ici par les parents.

Prévenir / informer :

Deux des enjeux fondamentaux ressortant des entretiens avec les professionnels concernant la santé sont la notion de prévention et la notion d'information même si ces deux concepts clés présents dans les discours ne se déclinent pas de la même manière et avec les mêmes objectifs en fonction des partenaires de l'action. Dans les entretiens nous pouvons relever que les notions de prévention et d'information vont de pair avec la notion de risques. Risques qui revêtent encore

³¹ MARZANO, Michela.(2011) Foucault et la santé publique. *Les tribunes de la santé*. n°33

une fois de problématiques et d'enjeux qui diffèrent en fonction des partenaires que j'ai interrogés durant mon étude. Dans l'entretien avec l'infirmière scolaire, les notions de prévention et d'information se déclinent à travers le fil rouge de la nutrition. Une prévention et une information pour contre-balancer la notion de risque se centrant dans cet entretien sur le risque de maladies liées à des mauvaises habitudes de vie. Le but étant encore une fois de modifier les habitudes de vie des individus par l'information des risques qu'ils peuvent encourir avec certaines pratiques jugées mauvaises pour la santé. La stratégie de ces acteurs étant d'informer et de documenter des risques que peuvent encourir les individus en leur faisant intérioriser les dangers qui peuvent surgir de leurs mauvaises conduites notamment ici le surpoids et l'obésité : *il faut éviter qu'ils aient des comportements mauvais pour leur santé, j'essaie de leur dire bah au lieu de manger que des frites, il faut que tu manges des haricots, manger 5 fruits et légumes par jour c'est important sinon tu vas devenir obèse*. Nous pouvons voir ici que la prévention se fait notamment par l'information des risques que les individus peuvent encourir pour leur santé avec un rôle d'alerte avec une sorte de pédagogie par la peur en utilisant le risque ici de la prise de poids et de l'obésité. Des risques qui peuvent être évités puisque ne relevant encore une fois, que de la propre responsabilité des individus : *je leur dis voilà, je fais monter sur la balance, je calcule l'IMC et je dis là tu as 15 ans et tu fais 90 kg donc si tu prends deux kilos par an ce n'est pas compliqué ça veut dire que dans 40 ans tu feras 40 kg de plus et donc 150 kg et là tu vas être en obésité donc ça va t'handicaper et il faut vraiment que tu aies des habitudes de vie plus saines et que tu fasses attention à ce que tu manges*. Ici, nous pouvons tout d'abord comprendre que le normal et le pathologique se lisent à travers l'imposition de la norme médicale à travers ici, l'indice de masse corporelle utilisé par l'infirmière pour déterminer si l'individu est en surpoids ou non. Nous pouvons émettre une petite parenthèse concernant cet outil créé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000 comme étant la mesure universelle de l'obésité et constituant à la fois un révélateur de cette interaction entre science et politique. Jean-pierre Poulain nous montre, dans son ouvrage « sociologie de l'obésité », comment cette consécration de l'IMC, tout en ayant favorisé la coordination internationale des discours scientifiques et des actions en matière d'obésité, a également fortement participé à l'établissement de normes

corporelles générales tout à fait contre-productives. Ces normes en matière de poids et de corpulence ne tiennent absolument pas compte des caractéristiques propres à chaque individu, tant en matière physique qu'en termes d'origines géographiques ou culturelles. « Ainsi, lorsque le seuil qui délimite la frontière entre le surpoids et le poids normal a été fixé à 25 alors qu'il se situait jusqu'à présent à 27, la catégorie des personnes américaines en surpoids a augmenté du jour au lendemain de 35 millions de personnes. De même, l'abaissement du seuil entre maigreur et poids normal, passant de 20 à 18, a entraîné selon l'auteur une normalisation des corpulences considérées avant cette décision comme trop minces et trop faibles. Or, c'est bien sur cette mesure que sont adossées et justifiées la plupart des actions et discours publics et médiatiques en matière d'obésité.³² » Même si l'indice de masse corporel est un outil mondialement reconnu dont se servent tous les professionnels de la santé comme le montre notamment le discours de l'infirmière scolaire dans l'entretien pour démontrer le surpoids de l'adolescent, cet outil est néanmoins très approximatif et ne dit absolument rien sur notre situation corporelle de façon rigoureuse. Tout d'abord, il ne tient absolument pas compte de la masse grasse, ni du poids des os et de notre âge car il sert juste à déterminer un rapport entre le poids et la taille et ne tient donc absolument pas compte de l'aptitude physique sachant que par exemple, un individu pratiquant du sport prendra du poids sachant que les muscles pèsent plus lourd que la masse grasse. Nous pouvons nous appuyer sur l'indice de masse corporelle pour montrer ici que le savoir médical est une norme et l'IMC est une référence pour normaliser les comportements et les corps. Nous pouvons notamment reprendre la notion de biopouvoir annoncé par Michel Foucault concernant la norme d'indice de masse corporelle car pour celui-ci « nos sociétés sont travaillées en profondeur par des mécanismes qui ne cessent de réguler la vie. Le pouvoir contrôle les individus en organisant la vie sur la base d'un certain nombre de traits censés concerner tous les êtres vivants : espérance de vie, taux de mortalité, possibilité de telle pathologie etc .. Chaque personne est ainsi réduite à un ensemble de constante biologique qui l'intègre malgré elle à une

³² POULAIN, Jean-Pierre, 2009. *Sociologie de l'obésité*. Science sociale et société : PUF. p193-194

population.³³ » l'indice de masse corporelle peut également être perçu comme une constante biologique qui peut donc asseoir des dispositifs biopolitiques avec par exemple des dispositifs de lutte contre le surpoids et l'obésité qui peuvent justement s'apparenter à ce que Foucault décrit comme des « technologies du pouvoir » qui s'en prennent au corps vivants.

En dehors de la référence à l'indice de masse corporelle faite par l'infirmière pour qualifier un individu ou pas en surpoids et donc de normal ou de pathologique, celle-ci a pour rôle d'informer des bonnes habitudes de vie à prendre et à mettre en place, en prenant encore une fois comme fil rouge, l'alimentation avec pour but de réguler les conduites jugées déviantes ne rentrant pas dans les normes de santé publique : *je dis qu'il faut pratiquer une activité physique pour ne pas prendre de poids, manger des fruits et des légumes tous les jours et mélanger féculents et légumes, c'est important pour le bol alimentaire de l'estomac.* Nous pouvons cerner ici plusieurs stratégies de la part de l'acteur avec ici le fait de mettre l'accent dans un premier temps sur les comportements à risque pour la santé (manger trop gras, trop sucré ..) et de mettre en évidence, par l'information, les comportements qu'il faut adopter pour ne plus rentrer dans une pratique nocive et pour de nouveau avoir un IMC qui rentre dans la normale : *voilà si tu manges équilibré avec des légumes verts à la place de ne manger que des frites et bien si tu prends de bonnes habitudes au niveau de l'alimentation tu auras un IMC correct.* A travers le discours de l'infirmière scolaire, nous pouvons comprendre qu'il ne suffit plus seulement d'être malade pour être suspect mais juste présenter quelques facteurs de risque comme ici un indice de masse corporelle supérieur à la moyenne « d'où l'établissement de toute une série de dispositifs inédits de sécurisation de la vie qui recourent à des procédures de contrôle en rapport à des perceptions de danger. Les nouvelles politiques de prévention ne s'occupent même plus directement des individus malades, elles s'intéressent avant tout aux « corrélations statistiques d'éléments hétérogènes ». Ce qui veut dire que, pour être « suspects », il ne faut même plus être « malades », mais tout simplement

³³ MARZANO, Michela.(2011) Foucault et la santé publique. *Les tribunes de la santé*. n°33

présenter quelques facteurs de risque ³⁴». Comme par exemple ici à travers la mise en garde des parents par l'infirmière scolaire à cause d'un IMC jugé inadéquat de leur enfant.

La notion de prévention n'est pas isolée, elle est à contrario, rapprochée de deux autres notions qui sont d'un côté la protection faite par l'information et surtout le risque. Nous retrouvons d'ailleurs l'omniprésence de ces trois notions bien souvent dans les entretiens avec les partenaires de l'action : *il faut prévenir et informer des risques* ou encore *il faut protéger les gens des facteurs de risque pour leur santé en passant avant tout par l'information et la prévention*. Un triptyque présent dans tous les entretiens réalisés avec les partenaires même si encore une fois, la prévention du risque revêt des problématiques différentes en fonction des acteurs de l'action. Ici la prévention du risque par l'information se fait avec le fil rouge de la vaccination luttant contre les maladies notamment les agents infectieux comme hépatites, papilloma virus .. : *Quand je parle de prévention je parle des vaccins, c'est pas uniquement se protéger soi-même c'est aussi protéger les autres.. on va pouvoir parler de vaccins, à quoi ça sert, comment ça marche ? Et ce qu'on entend sur les vaccins, les conneries qu'on peut entendre et pourquoi, il faut les informer que c'est des conneries (...) quand je fais des interventions pour Educ ta santé je le fais de manière très simple avec un petit film sur les maladies, sur ce qu'on risque et pourquoi le vaccin est important et comment ça fonctionne et puis voilà c'est important de leur dire que s'ils ne se vaccinent pas ils encourent un danger*. Avec ces deux discours nous pouvons remarquer que les acteurs de l'action promeuvent des « bons comportements » de santé en informant des risques liés à leur comportement personnel à l'égard de la santé. nous pouvons également discerner que les professionnels forment les individus à des pratiques sanitaires et les incitent à les mettre en pratique tout en utilisant encore une fois la pédagogie par la peur comme je l'ai expliqué plus haut : *je sais pas moi, il faut leur expliquer que plus tard par exemple, tu auras peut-être un enfant et plus tard tu l'amèneras chez une assistante maternelle qui ne se vaccinera pas et qui lui donnera la Coqueluche et pis ton enfant il meurt*. C'est ici, une prévention et une

³⁴ Marzano, Michela. (2011). Foucault et la santé publique. *Les Tribunes de la santé*, 33, 39-43.

information passant par une pédagogie par la peur en adoptant un discours fait d'exemples réalistes qui peuvent se passer dans la vie quotidienne. La prévention passe également par l'information du risque encouru de manière réelle en ayant recours à un cumul et à une corrélation qui sont plus simples à percevoir plutôt qu'un risque isolé en utilisant « souvent l'abondance des données chiffrées qui donne à ces critères force de réalité avec l'information se centrant sur des chiffres pour construire l'information du risque : *Il suffit de regarder la rougeole, la jeune qui a 16 ans qui meurt, oh bah c'est bête, oui mais on a oublié que c'était 6000 personnes par an et 60 000 qui arrivent aux urgences tous les ans, c'est important d'informer de tout ça.*

Pour les partenaires de l'action, l'information touche d'un côté l'information sur les conduites à risque avec l'intériorisation d'un danger qui peut être évité en appliquant de « bonnes attitudes » à l'égard de la santé et d'un autre côté le fait qu'il est important de savoir où s'informer car la majorité des partenaires interrogés partent du principe que les parents ne savent pas, et sont en manque d'informations quant aux bonnes pratiques à avoir à l'égard de la santé et font donc des erreurs par manque d'informations. Il serait donc primordial de mettre en place un discours préventif pour les parents en partant de l'hypothèse que « les gens seraient privés de la possibilité d'adopter un comportement préventif hors d'un apprentissage les obligeant à entrer dans des rapports d'enseignés à enseignants avec les acteurs préventifs.³⁵ » : *Les parents ils ne savent pas forcément ce qui est bon ou pas pour leur santé et aussi pour la santé de leurs enfants, c'est important de les informer sur les bonnes attitudes à avoir à l'égard de la santé pour qu'ils puissent se prendre en main et être bien équipés pour avoir les cartes en main pour qu'ils soient acteurs de leur santé.* Nous pouvons reporter le discours de l'infirmière scolaire à l'imposition d'une norme d'auto-contrôle de soi décrit dans la première partie du rapport avec la mise en place, par l'information, d'une prévention entre guillemets individuelle dans le but de façonner les consciences avec les normes de santé publique s'appuyant sur la notion de risques. « Selon Ulrich Beck, dans notre organisation sociétale, le risque serait

³⁵ GOTTRAUX, Martial, 1982. *La construction sociale du champ de la prévention.* sciences sociales et santé. P15-37

devenu plus qu'une menace, le moteur et même la mesure de toute action individuelle et collective.³⁶ » Même si la santé passe avant tout, pour les partenaires, par de la prévention et par l'information dans le but de valoriser une liberté individuelle : *Il faut qu'ils soient dirigés le plus possible vers des personnes qui peuvent au mieux les informer concernant les conduites à risques que ce soit pour l'alimentation, pour le manque de sport, pour l'alcool, la drogue, il faut qu'ils soient conscients des risques qu'ils provoquent avec leurs conduites et du coup, il faut les informer des choses qu'ils ne savent pas, dont les parents et les adolescents n'ont pas conscience.* Nous pouvons cependant l'appréhender comme une sorte de rappel à l'ordre des individus qui ne se conformeraient pas aux impératifs de santé mentionnés par les politiques de santé publique. Beaucoup de partenaires évoquent des mots forts pouvant renvoyer à une dissimulation de l'enrôlement des consciences par la notion de stratégie qui est souvent annoncée : *pour les familles il faut penser de façon stratégique, il faut éviter d'être sur de la contrainte même si des fois il y en a vraiment besoin, il faut amener ça de façon ludique par l'information.* (assistante sociale) Dans les stratégies préventives, l'information occupe une place centrale avec l'hypothèse que, selon les partenaires, il est tout à fait possible de corriger les comportements individuels des parents par le biais d'une communication d'informations et de messages : *il faut informer les parents des bonnes conduites à suivre que ce soit au niveau de ce qu'est une bonne alimentation, des informations fiables quoi.* (infirmière scolaire)

Conclusion :

Grâce aux entretiens réalisés avec quelques partenaires et les financeurs, nous pouvons comprendre que la représentation et la mise en pratique de la santé passe avant toute chose par une responsabilisation des individus notamment ici des parents à travers la mise en place de différents modes d'actions poussant à l'auto-discipline. Une représentation de la santé basée sur une notion de

³⁶ CHAUVIERE, Michel. « Prévention et action sociale », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 94, no. 2, 2007, pp. 20-29.

prévention tout à fait récurrente dans les discours pour conduire les parents à travailler sur eux-mêmes car perçus comme responsables de leur propre santé , de leurs conduites à risque et de leurs habitudes de vie jugées néfastes pour leur santé mais étant cependant modifiables par le biais d'informations et d'éducation sur les bonnes et les mauvaises conduites.

Une éducation et une information sont relayées par les partenaires de l'action dans le but d'encourager les familles à modifier leurs comportements sous-entendant leurs mauvaises habitudes de vie comme (manger trop gras trop sucré trop salé, ne pas se vacciner ou encore ne pratiquer aucune activité physique), et en contre partie, tenter de faire intérioriser les normes et de conformer les individus aux règles morales véhiculées par les professionnels et plus largement par les politiques d'éducation et de promotion de la santé. Nous sommes donc ici face à un moyen d'action dans le but de sensibiliser les individus et notamment les parents à ce qu'ils prennent une plus grande responsabilité de leur santé et qu'ils participent de manière active à l'amélioration de celle-ci puisque les individus sont , de manière globale, perçus en grande majorité responsables quant à l'apparition de maladies chroniques. Pour finir, nous pouvons comprendre que même si l'accent est porté ici sur l'autonomisation des individus nous sommes cependant dans une sorte de paternalisme des experts dans le sens où ils sont légitimement apte à définir ce qui est bon ou pas pour les familles en leur imposant un contrôle et une domination sous couvert d'une protection qu'est ici la santé avec pour réponse un mieux-être des populations. Cela peut créer un débat puisque ces deux visions sont formellement opposées. Nous pouvons comprendre à travers le discours, que l'éducation à la santé pousse les populations à l'auto-contrôle d'elles-mêmes. Les actions mises en place par les acteurs de l'action montrent tout de même, par l'éducation et la prévention, un contrôle social appréhendé comme une sorte de rappel à l'ordre des familles qui ne se conformeraient pas aux impératifs de santé. Tout en mobilisant le fait d'un individu conscient de l'intérêt d'agir pour son bien-être et elles l'appellent donc à agir dans ce sens avec l'aide des professionnels. Nous pouvons comprendre, à travers les discours des partenaires et des financeurs que la pratique de la santé et de l'éducation à la santé passe avant tout par un travail de moralisation des familles à partir d'un discours de normalisation des comportements sous-entendant la

transmission par l'information, des bonnes pratiques à mettre en place que ce soit au niveau de l'alimentation (manger plus de fruits et de légumes, de la pratique d'une activité physique ou encore sur la vaccination) notamment à travers une éducation par la peur et par la culpabilisation en informant avant tout des risques que les individus, ici les parents, peuvent encourir en continuant leurs pratiques jugées mauvaises dans le temps : prise de poids pouvant engendrer l'obésité, maladies contagieuses ...

2) La santé et l'éducation à la santé perçues par les familles :

Cette nouvelle partie sera destinée à mettre à jour les représentations et les pratiques des familles concernant les notions de santé et d'éducation à la santé de leurs enfants même si nous avons décidé de laisser libre court aux expressions des parents dans une première partie pour ne pas influencer le questionnaire avec en premier lieu cette notion de santé. Cette deuxième partie sera donc destinée à mettre en lumière les enjeux importants que nous avons pu relever à travers le recueil et l'analyse des entretiens avec les familles interrogées.

2.1) Santé effacée et retirée de l'éducation dans les structures familiales

L'un des enjeux premiers à été pour moi de ne pas amener tout de suite la question de la santé lors des entretiens réalisés avec les familles dans le but de les laisser s'exprimer sur les attentes et sur les préoccupations prépondérantes qu'ils pouvaient rencontrer ou plutôt de cerner leurs propres perceptions de ce qui est important pour eux concernant leurs enfants sans les influencer avec mes questionnements notamment sur l'objet santé. Grâce à cette stratégie mise en place dans la grille d'entretien j'ai réussi à relever un enjeu fondamental dans absolument tous les discours des familles et de tous capitaux, ou celui de la scolarisation sous-entendant la réussite scolaire et l'avenir professionnel des enfants : *Le plus important pour moi c'est la scolarité de mes enfants, c'est vraiment le souci premier pour moi, j'ai envie qu'ils aient une belle situation, qu'ils soient heureux, bien gagner sa vie et faire ce qu'on aime faire.* (Dolores, infirmière) ou encore : *Je ne veux pas que ma fille tombe enceinte à 13 ans, elle va tout perdre et elle va surtout perdre sa scolarité c'est beaucoup trop important l'école, moi c'est ça qui me préoccupe le plus !* (Carole bénéficiaire du RSA)

Grâce à ces extraits de discours nous pouvons dans un premier temps comprendre que la préoccupation première pour ces mères de famille est la réussite au niveau scolaire de leurs enfants cela est présent dans toutes les familles et de tous capitaux. Nous pouvons comprendre que la scolarité des enfants est une préoccupation première car l'école est devenue et demeure le

principal vecteur de mobilité sociale. « Elle est reconnue à la fois dans sa fonction cognitive (dispenser ses connaissances) et dans sa fonction sociale (pourvoir une formation professionnelle), toutes deux liées. ³⁷» L'enjeu de la réussite scolaire des enfants au sein des familles touche désormais tous les tissus sociaux car l'objectif de la réussite scolaire s'est généralisé à toutes les familles s'expliquant notamment par l'histoire de l'importance du diplôme car « Durant les trente glorieuses (1945-1975) l'accès à l'emploi n'exigeait pas de diplôme. Tout a brutalement changé avec le chômage de masse à partir des années 1970-1980. Le diplôme est devenu indispensable, d'autant que les pouvoirs publics ont voulu faire accéder le plus grand nombre au baccalauréat et ouvrir l'université aux bacheliers de familles populaires. L'effet de cette évolution rapide est double : les non-diplômés sont très handicapés dans leur insertion sociale et professionnelle; l'inflation des titres scolaires a entraîné leur dévalorisation si bien que le coût d'obtention du statut social, mesuré en années d'études à augmenté. Cette nouvelle donne, ajoutée à la crise du monde du travail (raréfaction des emplois, chômage de masse, restructurations industrielles) qui a rendu moins attractive la condition d'ouvrier, explique que l'école soit maintenant un enjeu crucial pour beaucoup de familles ouvrières.³⁸ » Même si l'explication de Jean Hugues Déchaux retrace une augmentation de l'importance de l'école spécifiquement pour les familles de classes populaires, ce qui se trouve avéré dans les entretiens que j'ai réalisés avec des familles à faibles capitaux : *Ce qui me préoccupe le plus c'est que mes enfants réussissent à l'école, c'est très important qu'ils puissent choisir ce qu'ils veulent faire plus tard quoi surtout qu'en plus de ça maintenant avec le chômage et les emplois précaires c'est pas facile. (Mme Besançon : bénéficiaire du RSA)* ou encore : *La scolarité des enfants pour moi c'est ma plus grande préoccupation parce que qui dit réussite des études qui dit futur métier et qui dit future place dans la société. (Christelle : Bénéficiaire du RSA)* Ces extraits de discours montrent ici une réelle importance de la scolarité pour les parents. L'article de Jean Michel Devaux explique également bien que pour les parents « L'école signifie l'accès au futur métier, donc à la place occupée dans la société.

³⁷ LORCERIE, François, CAVALLLO, Delphine (2017) Les relations entre familles populaires et école. p9

³⁸ DECHAUX, Jean-Hugues (2009) *Sociologie de la famille*. Collection repère. La découverte. p50
Page 36 sur 81

C'est ainsi que leurs aspirations ne valorisent pas forcément les connaissances acquises dans le domaine culturel mais bien dans un objectif social et économique, à savoir l'adéquation entre succès scolaire et l'importance des futurs revenus (...) ils accordent à une bonne scolarité un rôle de plus en plus important dans la possibilité d'insertion professionnelle.³⁹ » Les entretiens avec les familles à faibles capitaux montrent également que la scolarité représente le seul moyen de s'élever dans la hiérarchie sociale et de sortir de la situation précaire des parents : *Je le dis à Leslie, il faut que tu travailles bien à l'école c'est très important parce que voilà comme ça si elle réussit bien à l'école qu'elle a son bac tout ça et bah elle sera pas au RSA comme moi, elle aura une belle situation plus tard quoi.* (Carole Bénéficiaire du RSA) Ici l'école est vécue par les familles comme un des seuls moyens pour gravir les échelons et pour sortir de la précarité. Pour les familles de classes populaires « l'école est devenue et demeure le principal vecteur de mobilité sociale, en tant qu'institution elle bénéficie d'une forte légitimité parmi les familles populaires. Elle est reconnue à la fois dans sa fonction cognitive (dispenser des connaissances) et dans sa fonction sociale (pourvoir une formation professionnelle), toutes deux liées. L'école continue de représenter, plus encore peut-être que pour les autres classes sociales, le moyen exclusif d'ascension sociale.⁴⁰ » Selon certaines familles, l'enjeu de la scolarité est primordial pour leurs enfants car il est vécu comme une sorte de revanche sur leur propre échec scolaire : *C'est mon échec scolaire à moi qui a surgi en fait, du coup quelque part, je me projetais moi en eux, je me disais bah toi tu as eu un échec scolaire, tes parents t'ont pas beaucoup suivie, ils n'ont pas eu le temps et euh bah toi tu vas pouvoir être là et leur dire bah il faut bien travailler, il faut réussir pis finalement je sais que je mets justement un peu trop la pression pour l'école car voilà moi je leur disais que j'avais pas fait le métier que je voulais et que du coup il fallait bosser à l'école.* Le discours de Mme Martins montre ici que la préoccupation grandissante pour la scolarité de ses enfants s'inscrit dans une histoire et plus particulièrement dans un projet familial intime. Le cas de Carole explique également cela : *moi j'ai pas beaucoup été à l'école et du coup bah voilà*

³⁹ DEVAUX, Jean-Michel (1989) L'école, les parents et la réussite scolaire. *Communication et langage*. n°79. P40 à53

⁴⁰ *ibid*

on se retrouve à faire des jobs par-ci par-là et carrément se retrouver sans rien comme à cette heure-ci et voilà c'est pour ça que je dis à Leslie que l'école ça compte beaucoup, que c'est important, j'ai pas envie qu'elle fasse comme moi, j'ai envie qu'elle réussisse sa scolarité, qu'elle réussisse à l'école pour pas qu'elle ait la même situation que moi quoi. Les discours des deux mères de famille expliquent bien le fait que l'enjeu du parcours scolaire des enfants est pensé comme un tremplin pour pouvoir sortir de la situation familiale précaire. La réussite des enfants peut se traduire pour les parents comme l'élargissement des possibles sous-entendant « l'absence d'échec, l'exclusion des emplois jugés instables et le risque d'une carrière négative. Nombre de chercheurs ont rencontré des parents qui dévalorisent leur propre situation professionnelle afin de motiver l'investissement scolaire de leurs enfants. Ce qu'ils signifient par là est à la fois le souvenir douloureux de leur propre scolarité interrompue ou ratée, et la volonté de voir leurs enfants « s'en sortir » mieux qu'eux. ⁴¹ »

Les préoccupations grandissantes pour la scolarité des enfants ne touchent cependant pas seulement que les familles de classe populaire, les classes moyennes à moyennes supérieures apportent également une très grande importance à la réussite scolaire de leurs enfants : *Alors chez nous tout tourne autour de la scolarité et des notes, si les filles reviennent avec de mauvaises notes oulala .. on est vraiment très investi dans la scolarité des filles, je participe aux réunions parents professeurs je fais même partie des délégués de parents d'élèves pour suivre du plus près que je le peux la scolarité des filles quoi. (Mme Santos)* Ici, les extraits d'entretiens d'une famille de classe moyenne supérieure nous montre que la scolarité occupe une place prépondérante dans la structure familiale avec une participation de la mère pour être au plus proche de l'école et pour assurer un contact régulier avec l'institution en y adhérant sous l'étiquette de parents d'élèves tout comme une autre famille de classe supérieure : *C'est important pour nous les études bien sûr et les filles suivent très bien, il y en a une qui veut être psychologue et l'autre faire des études de médecine. Je pense qu'elles veulent avoir le même parcours professionnel que nous. Alors oui une*

⁴¹ DEVAUX, Jean-Michel (1989) L'école, les parents et la réussite scolaire. *Communication et langage*. n°79. P40 à53

bonne scolarité c'est bien sûr ce qui va faire qu'elles vont pouvoir réaliser de la meilleure façon leur avenir professionnel et elles ont la chance qu'on puisse les aider quand il y a des choses sur lesquelles elles bloquent et puis je pense qu'on a toujours fait en sorte qu'elles aient un climat favorable pour réussir, elles sont allées en école privée, elles ont accès à la culture, voilà même si elles ont un climat favorable pour réussir c'est sûr que c'est la réussite des études qui amène aussi un statut social on ne va pas se le cacher. (Mme Klein) Nous pouvons comprendre que le rôle de l'école est ici vécu comme primordial pour que les enfants puissent acquérir le même statut professionnel que les parents et donc pour permettre une reproduction sociale au sein de la famille. Pierre Bourdieu dit que la famille « est un des lieux par excellence de l'accumulation de capital sous ses différentes espèces et de sa transmission entre les générations. Il va même plus loin en affirmant qu'elle sauvegarde son unité pour la transmission et par la transmission afin de pouvoir transmettre et parce qu'elle est en mesure de transmettre. Pour assurer sa fonction de transmission, la famille met en oeuvre des stratégies qui diffèrent selon le contexte historique et social : si les stratégies matrimoniales étaient prépondérantes dans les sociétés précapitalistes, elles ont progressivement été supplantées par les stratégies scolaires.⁴² » Ici, la famille Arnoux explique notamment bien le fait d'une reproduction de classe qui est légitimée par le niveau d'étude et donc par le fait que seules les études sous-entendant la réussite scolaire est importante pour assurer une reproduction sociale au sein de la structure familiale : *on sait très bien qu'aujourd'hui, la réussite scolaire assure de la plupart du temps, une bonne place en société et voilà on est aussi fier d'avoir transmis le goût de notre métier à nos filles.* Les discours des familles nous montrent ici que la réussite scolaire des enfants constitue une sorte d'épreuve décisive pour les parents. L'enjeu premier cerné dans les discours relève d'une forte inquiétude ou plutôt une préoccupation intense quant à l'avenir des enfants d'autant qu'aujourd'hui « les enfants sont soumis à une concurrence bien plus sévère que dans les années soixante-dix, le suivi de leur travail scolaire doit être

⁴² JOURDAIN, Anne et NAULIN, Sidonie (2011) Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu. *Idées économiques et sociales*. n°166. P 6 à 14.

organisé méthodiquement.⁴³ » c'est d'ailleurs en grande partie pour cela que les parents qui n'ont pas les ressources culturelles pour aider leurs enfants pour les devoirs et les parents qui travaillent tard inscrivent leurs enfants au Contrat local d'Accompagnement Scolaire pour palier au manque de temps dans l'accompagnement scolaire des enfants : *c'est sa première année au collège donc là il est en 6ème et euh on avait décidé avec le papa de le mettre à l'accompagnement scolaire à la Toupie parce qu'on savait qu'il y avait le côté ludique, qu'il y avait le coté partage, social et donc bah plutôt qu'il rentre et qu'il reste seul à la maison parce qu'on travaille et bien on l'a inscrit car on s'est dit avec lui, tu peux venir à la Toupie, tu peux faire un petit peu tes devoirs, tu es suivi, tu peux rencontrer d'autres enfants, vous pouvez vous aider mutuellement pour les devoirs et voilà on a trouvé ça chouette et lui aussi d'ailleurs. Il peut partager des choses avec les autres enfants, faire surtout ces devoirs, il est aidé là-bas pour les choses qu'il ne comprend pas et voilà il peut partager des choses que nous on a plus trop le temps de partager avec lui, donc il a dit bah ok pourquoi pas. Donc il est venu à La Toupie depuis septembre, voilà on avait surtout prévu l'aide aux devoirs c'est très important qu'il ait un appui et voilà parce que nous avec le boulot on ne pouvait plus. (Mme Martins)*

Les entretiens avec les familles ont aidé à relever un autre enjeu majeur dans les discours, étant celui d'une éducation majoritairement portée sur les compétences relationnelles des enfants. Lorsque la question des enjeux primordiaux pour les familles est apparu lors des entretiens, la majorité de celles-ci ont décrit un intérêt bien particulier pour une éducation axée sur les valeurs relationnelles et notamment le respect : *la base de notre éducation c'est surtout élever les enfants dans le respect, par exemple je dis à mes enfants quand ils vont manger chez papi mamie, il n'y aura pas de porc, j'explique à mes enfants parce que voilà j'ai été éduquée comme ça, on respecte les grands-parents parce que c'est leur origine on ne va pas bafouer tout ça, je dis il faut respecter.* Le discours de madame Martins explique bien que l'enjeu primordial dans l'éducation des enfants est d'inculquer

⁴³ CADOLLE, Sylvie (2001). Charges éducatives et rôle des femmes dans les familles recomposées. *Cahiers du Genre*, p27 à 52

des valeurs de respect d'autrui et de tolérance : *donc voilà ça leur apprend à respecter les religions des autres, respecter le choix des autres, on apprend beaucoup, on parle beaucoup de respect chez nous c'est vraiment la chose la plus importante dans leur éducation et voilà on les accompagne dans l'apprentissage de la tolérance.* Les discours des différentes familles montrent que « les qualités que les parents encouragent chez leurs enfants concernent de plus en plus les compétences relationnelles : tolérance et respect des autres, sens des responsabilités. ⁴⁴» L'entretien avec Doloress décrit également l'importance du relationnel dans l'éducation qu'elle donne à ses enfants : *Chez nous c'est vraiment la confiance et le dialogue, c'est vraiment quelque chose de très important, on se parle beaucoup, j'échange beaucoup avec mes enfants et du coup je les conseille, je suis aussi là pour les accompagner dans leurs choix futurs comme par exemple à cette heure-ci avec Manon qui ne sait pas quoi faire sur le plan professionnel et au niveau des études, je suis très attentive à leurs choix et je conseille comme je peux, j'aide comme je peux mes enfants mais une des choses les plus importantes chez nous c'est vraiment le dialogue, le relationnel.* Les familles à faibles revenus axent elles-aussi leur éducation sur la base du respect et de la tolérance avec une importance du relationnel et du dialogue : *je partage beaucoup de choses avec mes enfants, on fait tout ensemble, on discute aussi beaucoup et voilà je les aide à devenir aussi autonomes, je les responsabilise, ils m'aident pour les tâches ménagères (...) il faut savoir les écouter, savoir partager des choses avec eux, faire du paintball, du laser game qu'on a fait à Noël par exemple, c'est vraiment très important qu'on partage des choses ensemble.* Contrairement à Jean Hugues Déchaux qui distingue dans son ouvrage « sociologie de la famille » différents styles éducatifs en fonction de l'appartenance sociale avec d'une part une éducation autoritaire reposant sur une vision statutaire des parents vis à vis des enfants qui privilégient l'obéissance aux règles et la discipline des enfants perçus comme immatures qu'il faut discipliner et cadrer. Un style éducatif, renvoyant, selon lui au bas de la hiérarchie sociale et à contrario une éducation basée sur l'autonomie de l'enfant avec des parents accompagnateurs plutôt que la mise en place de normes disciplinaires au sein de la structure familiale avec un style

⁴⁴DECHAUX, J. (2009). III. L'éducation familiale sous pression. Dans : Jean-Hugues Déchaux éd., *Sociologie de la famille* (pp. 50-69). Paris: La Découverte.

éducatif plutôt apprécié des cadres et des professions intellectuelles. Pourtant, les discours recueillis lors des entretiens montrent que même les familles à faibles capitaux tendent à privilégier une éducation basée sur des compétences relationnelles laissant la place au dialogue entre parents et enfants plutôt que la mise en place d'une éducation autoritaire. Les enfants sont plutôt pensés ici comme des futurs adultes qu'il faut accompagner : *je suis présente pour mes enfants, c'est aussi ça le rôle d'une mère, les aider à avancer en leur donnant des conseils en étant là pour les difficultés qu'ils peuvent avoir voilà chez nous on parle beaucoup, on s'écoute aussi c'est très important, écouter l'autre respecter l'autre, c'est quand même des valeurs qui sont importantes, être respectueux des autres.* (Christelle) - Ou encore : *ce qui est important dans l'éducation qu'on donne à nos filles c'est vraiment le respect des gens, des animaux, le respect de la nature enfin tout quoi, la politesse, la gentillesse., être à l'écoute des autres, respecter les gens, respecter les grandes personnes ..* (Mme Martin) Nous pouvons comprendre ici que les mères de famille accordent une très grande importance dans l'éducation des règles de vie en collectivité en ayant une éducation majoritairement axée sur le relationnel et le respect d'autrui dans le but de préparer l'intégration scolaire et sociale des enfants.

Conclusion :

Lorsque l'interrogation des familles se réalise sans influencer leurs réponses sur l'objet santé, nous pouvons analyser que les préoccupations et les attentes des parents les plus importantes au niveau des enfants sont dans un premier temps, une inquiétude et une préoccupation première du parcours et de la réussite scolaire des enfants avec le fait qu'ils aient avant tout un bon parcours scolaire donc une réussite scolaire dans le but qu'ils puissent s'élever en société car l'école est le seul moyen de levier social pour eux pour assurer par la suite un avenir professionnel et donc un moyen pour sortir de la précarité familiale. Même si la première préoccupation des parents concerne la réussite scolaire et l'insertion professionnelle des enfants, cet enjeu soutient également la santé dans le sens où à partir du moment où il y a une ascension sociale que ce soit par le niveau

d'étude ou la catégorie socioprofessionnelle, cela est en lien avec la santé car l'ascension sociale est un des premiers indicateurs de santé. Nous pouvons justement reprendre un tableau d'une enquête statistique réalisée sur les ressources et les conditions de vie en 2007 par l'INSEE :

Tableau 2 • Santé perçue, santé fonctionnelle, maladies chroniques selon le niveau d'études (%)

Niveau de diplôme	Part de la population déclarant...			Part dans la population totale
	être au moins en assez bonne santé*	avoir un problème de santé chronique**	avoir une limitation d'activité***	
Sans diplôme ou CEP	80,5	50,4	40,2	30,3
CAP-BEPC	92,5	31,0	18,8	9,7
Bac-Bac +2	93,9	28,9	16,3	38,8
Diplôme supérieur	97,3	23,6	11,3	21,2
Total	90,4	34,5	22,7	100

* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ».

** Libellé de la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? »

*** Libellé de la question : « Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité(e) dans les activités que font les gens habituellement ? »

Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans vivant en logement ordinaire en France métropolitaine.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, INSEE.

Nous pouvons voir à travers cette enquête que, plus le niveau d'étude est élevé, moins les individus déclarent avoir un problème de santé chronique et déclarent avoir une limitation d'activité en raison de problème de santé. 50,4 % des individus sans diplôme ou CEP déclarent avoir un problème de santé chronique contre 23,6% des individus avec un diplôme supérieur. Nous pouvons comprendre à travers l'analyse des entretiens avec les familles que, même si les logiques des parents concernant leurs enfants ne vont pas dans le même sens que les politiques de santé publiques en matière d'éducation à la santé, les moyens utilisés ne sont pas les mêmes mais la préoccupation au niveau de la scolarité est importante concernant la santé comme le montre le tableau ci-dessus dans le sens où plus le niveau de diplôme est élevé, moins les individus déclarent avoir un problème de santé chronique.

Un des enjeux fondamentaux dans l'éducation donnée aux enfants par les parents est dans un deuxième temps, l'importance des compétences relationnelles sous-entendant le respect et la tolérance envers autrui, valeurs indispensables à inculquer aux enfants selon les parents que ce soit pour les classes moyennes supérieures et les classes populaires. Nous pouvons donc voir ici que quand la notion de santé n'est pas encore abordée dans les entretiens, il y a d'autres enjeux qui pèsent très lourd dans les logiques éducatives des parents notamment réussir dans la vie à travers un bon parcours scolaire, ne pas paraître comme quelqu'un qui élève mal ses enfants... en leur inculquant la politesse, le respect d'autrui, outils indispensables selon eux pour s'intégrer en société : *Chez nous la politesse, le respect des autres c'est une valeur éducative primordiale dans le sens où à partir du moment où on est poli et respectueux on part déjà dans la vie avec de bonnes valeurs pour s'intégrer en société de la meilleure manière possible, l'intégration ça passe déjà par le respect de l'autre pour nous.* (Mme Besancon) Pour les familles rencontrées, l'inculcation des dispositions ayant une incidence sur les rapports avec autrui que ce soit dans l'entourage familiale et/ou professionnel sont au cœur des pratiques éducatives des familles.

Même si l'enjeu d'une bonne santé n'apparaît pas dans les enjeux les plus importants pour les parents, l'enjeu scolaire est intéressant quand on veut le penser en lien avec la santé car il permet aux enfants de s'élever dans la hiérarchie sociale à travers la réussite des études et donc nous pouvons comprendre à travers ce tableau que, plus les individus s'élèvent socialement avec des diplômes, plus ils sont en meilleure santé.

II) Perception des enjeux de santé éloignés des enjeux de santé publique.

Après avoir essayé de cerner les préoccupations des familles énoncées sans induire la question de la santé lors des entretiens, une fois la question de la santé annoncée lors des entretiens avec les différentes familles, celles-ci ont toutes, sans exception fait le lien entre santé et maladie dans leurs explications.

II) 1 « La santé c'est la vie dans le silence des organes »

Quand la question « qu'est ce que pour vous la santé et que mettriez vous derrière cette notion ? » est apparue lors des entretiens, j'ai pu recueillir les perceptions des familles et par la suite les pratiques des parents concernant cette notion. Il m'est paru important de mettre en place cette interrogation car, comme nous l'avions annoncé dans les premières pages du rapport, il semble primordial de comprendre et d'analyser les représentations sociales pour produire une analyse des opinions des familles et ensuite, des attitudes et des comportements qui en découlent.

La formule « la santé c'est la vie dans le silence des organes » provient du Chirurgien René Leriche et date de 1946. Même si cette citation est connue et reprise dans une majorité d'articles aujourd'hui, elle reste toute fois « critiquée, commentée et jugée inexacte et obsolète ⁴⁵ » Cependant, cette définition paraît tout à fait intéressante quand il s'agit d'analyser le discours des familles sur l'objet santé.

Après l'annonce de la question « qu'est ce que la santé pour vous » lors des entretiens, toutes les familles sans exception ont fait référence dans un premier temps à la maladie pour parler de la santé : « *la santé ? je n'ai jamais eu des enfants malades alors je ne peux pas .. Ils n'ont jamais eu de maladie grave, à part euh les gripes, les oreillons, les choses comme ça ..* (Doloress) ou encore : *la*

⁴⁵ BEZY, Olivier. (2009). « La santé c'est la vie dans le silence des organes ». *La revue lacanienne*, 3(1)

santé bah à vrai dire mes filles n'ont jamais été malades, jamais de maladies graves, par contre j'ai un neveu qui a de la polyarthrite déformante c'est pas simple du tout pour lui mais voilà pour moi la santé c'est quand tu as mal nulle part, ma fille elle a juste eu des petites grippes par-ci ,par-là donc voilà je ne me pose pas de questions car elle n'a jamais eu de maladies graves. (Mme Martin) Ici les extraits de discours des deux mères de famille de classe moyenne et populaire soulignent bien le lien significatif que les mères font entre santé et absence de maladie et de souffrance. Ici, les parents partent de l'idée selon laquelle quand on ne ressent pas son corps, il est pensé comme étant en bonne santé contrairement au fait que, l'idée de ressentir son corps à travers divers maux se traduit selon elles, par une mauvaise santé. La santé est vécue dans un premier temps par les parents comme une simple absence de souffrance du corps : *la santé bah, voilà c'est quand on a mal nulle part que tu peux te lever le matin et faire ce que tu as à faire, à partir du moment où tu commences à avoir des douleurs, il faut s'inquiéter en même temps c'est quand même signe que quelque chose ne va pas, et là il faut quand même aller consulter le médecin, à part pour un petit rhume ou une grippe là c'est pas grand chose. (Carole)* Selon le discours de Carole, la santé est renvoyée dans un premier temps à l'absence de trouble du corps mais aussi au fait que le sujet va bien et que rien ne l'empêche de continuer à vivre son existence de manière normale. La citation de René Lerich illustre donc bien ici les discours des mères de famille. Les entretiens réalisés avec les familles illustrent un rapport particulier que le sujet peut entretenir avec sa santé somatique puisque celle-ci est perçue comme l'absence de trouble du corps. Pour reprendre la citation de René Lerich « la santé c'est la vie dans le silence des organes », nous pouvons appuyer cette formule grâce aux entretiens réalisés avec les familles dans le sens où, selon elles, la santé est « l'inconscience qu'a le sujet de son corps, tandis que la conscience du corps est donnée dans les sentiments de limites, de menaces et d'obstacle à la santé.⁴⁶ » : *Bah, c'est pas facile comme question parce que en fait quand on n'est pas malade, enfin quand on souffre pas ou qu'on ne ressent pas de douleur à vrai dire on y pense pas, à vrai dire quand on n'est pas malade la santé bah c'est pas quelque chose à laquelle on pense comme ça, ça va*

⁴⁶ CUPA, D. (2009). Le silence des organes n'est pas la santé.... *Revue française de psychosomatique*

de soi en fait, c'est sûr que quand voilà on commence à avoir des douleurs, être malade.. mais j'ai de la chance mes enfants ont jamais eu de maladies graves, juste voilà les choses basiques, varicelles, oreillons, quelques petites otites mais rien de trop grave.

Même si pour les politiques de promotion de la santé, la santé ne se limite pas qu'à l'absence d'infirmité et de maladie mais est définie et véhiculée de façon positive par l'Organisation Mondiale de la Santé aujourd'hui comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Nous pouvons cependant comprendre, à travers les discours des familles, que l'objet de la santé est immédiatement renvoyé par les parents à l'absence de maladie et de maux du corps. L'analyse des discours montre tout de suite la création de lien entre santé et maladie qu'elle soit bénigne ou grave et / ou des suivis médicaux plus particulièrement les suivis médicaux des enfants : *Pour moi la santé bah c'est tout ce qui est les suivis médicaux des enfants, les suivis dentaires, les rendez-vous tous les ans chez l'ophtalmo pour vérifier l'état des yeux (...) quand ils sont pas bien et bah hop, je prends, je téléphone à ma chef, mon gamin n'est pas bien je l'amène chez le médecin. Mais voilà, les rendez-vous médicaux, le dentiste sur Vittel, s'il y a des examens particuliers quand ils sont malades bah il faut monter sur Nancy. (Mme Aubertin) ou encore : euh la santé ? Bah mon fils est allergique à l'arachide est au lupin, il est suivi depuis ses trois ans au niveau allergie et du coup dans l'abord de la santé, bah lui il a ça comme souci de santé et sa soeur au niveau des yeux elle à toujours le souvenir de son opération. Concernant la santé il y a aussi en terme de soins : allergologue, aussi les suivis orthodontiques c'est des rendez vous réguliers. (Agnes).*

Nous pouvons comprendre à travers les entretiens avec les familles que la notion de santé est donc ici appréhendée de façon négative et renvoie dans tous les entretiens à la notion de mal-être, de maladie et de douleur. La santé apparaît avant tout pour ces mères de famille comme l'absence de pathologies, l'absence de troubles qui peuvent empiéter sur le quotidien d'un individu. : altération de l'état normal. / inconscience du sujet de son corps En contre parti la santé est vécue par les parent comme une inconscience de son corps avec le fait que quand le corps ne fait pas souffrir, il est forcément en bonne santé.

Conclusion : Contrairement à l'Organisation Mondiale de la Santé qui véhicule une représentation positive de la santé en la définissant depuis 1946 comme » un état de complet bien-être physique mental et social, et ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Nous pouvons comprendre à travers les entretiens que, les familles perçoivent quant à elles, la santé en premier lieu en référence à l'absence de maladie et de souffrance du corps. L'objet santé est avant tout renvoyé selon les familles à un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme et ne présentant en contre parti aucunes gênes et souffrances . Les pratiques des familles qui s'ensuivent montrent donc des consultations chez les médecins en fonction de la pathologie et des douleurs observées notamment chez les enfants et/ou des suivis médicaux réguliers quand cela est nécessaire comme par exemple le dentiste ou l'orthodontiste pour les soins dentaires des enfants. Après avoir cerné la représentation et la pratique de la santé des parents nous pouvons comprendre dans un second temps, l'absence de prévention au sein des structures familiales. Les familles ne posent donc pas les autres pratiques comme des problèmes puisque pour elles, la santé ne se résume, dans un premier temps que dans le fait de n'avoir mal nulle part et de ne pas être malade.

II) 2 Représentations et pratiques d'une « bonne santé » pour les familles

La deuxième question posée lors des entretiens avec les familles a été d'essayer d'approfondir les perceptions de la santé des parents et également de comprendre comment ils la mettent en place au quotidien au sein de la structure familiale, dans leur mode de vie .

La majorité des familles rencontrées amènent dans un deuxième temps la question de l'alimentation comme réponse à la notion de bonne santé : *la santé bah déjà aussi une bonne alimentation. (Mme Aubertin)* / Doloress fait également le lien entre santé et alimentation après avoir parlé de l'absence de maladie : *Après la santé, c'est quoi d'autre bah la santé ça passe aussi par la nutrition.* Toutes les familles sans exception amène la question de l'alimentation pour faire le lien avec santé : *la santé et bien ça passe aussi par une bonne alimentation. (Mme Martin)*

Après avoir relever l'importance de l'alimentation en lien avec la bonne santé, nous avons poussé les familles à s'exprimer sur leurs pratiques en les amenant à décrire comment se passe les repas, qui fait à manger et quoi à manger pour comprendre les représentations et les pratiques des familles concernant l'alimentation et plus largement la confection des repas. Ici, nous allons montrer que les représentations et les pratiques d'une bonne alimentation et du bien manger varie en fonction de la place qu'occupe les individus dans la hiérarchie sociale : *Ah bah la santé c'est aussi une bonne alimentation voilà je leur dis prenez un désert comme Sarah hier prends un yaourt non, prends des fruits au sirop non, c'est bien manger ! Ils aiment bien un petit déj le matin, le midi, un goûter et le soir un repas, on aime bien la charcuterie nous quand même, on aime bien le jambon. David il mange beaucoup alors des fois (...) je fais des patates rôties ou des frites c'est deux kilos, lui il prend la poêle puis nous il nous laisse la deuxième parce que je suis obligée d'en faire deux, puis quand ils en ont pas assez bah moi j'en ai dans mon assiette donc si tu en veux prends dans la mienne, voilà il faut qu'ils soient bien, la santé c'est bien manger. (Mme Aubertin)* Le discours de madame Aubertin montre ici que la notion de santé est rattachée au bien manger. Le bien manger est ici perçu comme renvoyant à la notion tout d'abord de plaisir c'est à dire manger avant tout par

plaisir et ce qu'on aime car elle insiste bien sur la prise d'aliments sucrés comme les prises de déserts, le goûter etc : *Le matin quand ils déjeunent du lait avec des céréales et bah je vois Simon s'il fait le temps là il va rentrer et je vais lui dire fais toi un cacao, une tisane, les chocorems, les petits gâteaux, les petites douceurs.*

La notion de bien manger est également renvoyée au fait d'être rassasié et d'avoir toujours quelque chose dans l'assiette, ne manquer de rien et manger beaucoup comme elle le décrit ci-dessus et ici : *J'ai fait deux kilos de patates rôties donc il a pris sa poêle, à midi il avait mangé trois steaks et le soir je lui en ai refait un donc il mange bien vraiment bien, il a bon appétit.* Pour ce qui est des denrées alimentaires, Mme Aubertin décrit des aliments qui tiennent au corps et qui sont à des prix tout à fait abordables que ce soit les pommes de terre sous toutes leurs formes, la charcuterie, la viande ou encore les féculents : *bah c'est un peu toujours la même chose, des patates, des frites, des patates rôties, des pâtes à la bolognaise, des pâtes à la carbonara, on mange aussi des haricots avec des lardons, de la crème.* Mme Martin décrit de la même manière une alimentation basée sur des aliments consistants et cuisinés de manière répétitive lors de la confection des repas : *Elle aime bien le mc-do, on y va pas tout le temps mais elle aime bien aussi les patates rôties, les frites, la purée, les crocs monsieur, les pâtes enfin ça reste toujours les mêmes choses donc euh voilà mais il faut bien manger c'est important.* Le discours de Mme Martins décrit de la même manière que Mme Aubertin, une alimentation basée sur des aliments abordables comme les pommes de terre ou encore les féculents. Ici nous pouvons comprendre à travers les discours des familles que la représentation et la mise en pratique d'une bonne alimentation renvoie, pour les classes à faibles capitaux, à la notion de plaisir en mangeant avant tout ce qu'on aime et surtout ce que les enfants aiment. Les aliments décrits font également référence à des produits traditionnels et qui ne coûtent pas cher. « Le calcul des indices moyens de consommation par catégories socioprofessionnelles et par produit fait ressortir l'opposition entre les aliments surconsommés par les classes populaires, produits traditionnels à bon marché comme le pain, les pommes de terre, les pâtes alimentaires. » Les discours des deux mères de famille décrivent également la consommation d'aliments jugés trop gras et pas assez diversifiés selon les politiques de santé publique mais dans leurs discours, les femmes ne citent pas la présence de légumes dans l'alimentation

quotidienne des enfants avec au contraire une récurrence de féculents lors de la confection des repas. Les extraits d'entretiens avec ces mères de famille concernant l'alimentation rentrent en contradiction avec les normes de santé publique qui elles, depuis 2001 ont mis en place une politique nutritionnelle avec le plan national nutrition santé (PNNS) visant à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition en divulguant par des messages, comment bien manger et bien se nourrir pour éviter le risque et « pour protéger du diabète, de l'obésité, de l'ostéoporose ou de diverses inefficiences.⁴⁷ » Pour le plan national nutrition santé, la bonne alimentation et le bien manger passent par « une alimentation variée et équilibrée, c'est à dire manger de tout mais en quantités adaptées. Cela consiste à privilégier les aliments bénéfiques à notre santé (fruits, légumes, féculents de préférence complets, poisson ...) et à limiter la consommation de produits sucrés (confiseries, boissons sucrées ..), salés (gâteaux apéritifs, chips) et gras (charcuterie, beurre, crème..).⁴⁸ » Contrairement aux pratiques qu'énoncent les politiques de santé publique à travers le plan national nutrition santé, les discours des mères de famille ci-dessus décrivent des pratiques alimentaires en rapport avec une bonne santé et une bonne alimentation très éloignées des conseils promulgués par les politiques publiques de santé avec en partie l'absence de fruits, de légumes, de féculents complets, de poisson avec à contrario une alimentation basée essentiellement sur des féculents, de la viande et des produits sucrés dans le but de procurer de la force aux hommes de la famille : *Il faut faire à manger des aliments qui donnent des forces hein parce que David voilà lui il mange comme un homme donc voilà il mange beaucoup quand même beaucoup.* (Mme Aubertin)

Les mères de famille à faibles capitaux, plus particulièrement économiques et sociaux, expliquent également, à travers les extraits d'entretiens ci-dessus, faire à manger, la plupart du temps, ce que les enfants aiment et désirent. Elles dévoilent au travers les entretiens, le fait qu'elles demandent aux enfants avant tout ce qu'ils

⁴⁷ <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Que-veut-dire-bien-manger/Equilibrer-et-varier-son-alimentation>

⁴⁸ <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Que-veut-dire-bien-manger/Equilibrer-et-varier-son-alimentation>

veulent manger lors de la confection des repas et n'imposent donc pas les repas déterminés à l'avance par elles-mêmes : *Quand il est l'heure de préparer à manger je leur demande ce qu'ils veulent, c'est peut-être mon tort parce que sinon ils ne mangent pas, David me dit j'aime pas et puis voilà je ne vais pas non plus faire 5000 plats.* (Mme Aubertin) - *On fait à manger, je fais à manger en fonction de ce qu'elle aime sinon c'est simple elle ne mange pas et voilà du coup ça crée du conflit à table alors je fais à manger ce qu'elle aime pour qu'elle mange, pour qu'elle ait quelque chose dans le ventre quoi.* (Mme Martin) Ici, les mères de famille cuisinent avant tout ce que les enfants aiment manger, elles ne choisissent donc pas elles-mêmes les repas pour laisser place à la bonne entente durant les repas : *je demande ce qu'ils veulent manger parce que voilà si je commence à ne pas faire ce qu'ils veulent manger les repas ne sont pas joviales et voilà pour nous le repas c'est important, c'est le moment où on peut se retrouver tous ensemble en famille et voilà on aime bien que ça se passe bien.* Ici, les mères de famille réalisent donc des repas qui correspondent aux désirs des enfants pour ne pas rentrer en conflit avec eux lors des repas et pour qu'ils mangent car ce moment est perçu par les mères de famille comme un moment de plaisir et de partage avec les membres de la famille et elles ne souhaitent pas rentrer en conflit notamment avec les enfants durant les repas. Nous pouvons faire l'hypothèse que les mères de famille préfèrent faire plaisir aux enfants en leur préparant des repas qu'ils apprécient et qu'à contrario elles feraient peut-être davantage de préparations plus équilibrées s'il n'y avait pas de conflits lors des repas avec les enfants. « Les obstacles qui s'opposent à la diffusion de la valeur de santé ne sont pas, comme dans le modèle précédent, des incompréhensions ou des résistances individuelles, mais ils proviennent des impératifs propres, au fonctionnement de la structure familiale dans laquelle la santé prétend pénétrer (...) on peut constater que la mise en pratique des connaissances rencontrent des obstacles qui tiennent précisément et fonctionnement familiale. Une mère préparera t-elle du riz complet, qu'elle apprécie pour sa valeur nutritive ? Certainement pas, si l'un ou l'autre de ses membres, de la famille n'aime pas ce met et si elle craint par ce choix de perturber l'ambiance du repas et de compromettre peut-être ainsi son rôle de conciliatrice au sein de la famille. Ce qui importe avant tout, c'est d'être ensemble,

d'éviter le confit et la disharmonie familiale, fut-ce au prix de l'abandon de certaines attentes relatives à la qualité diététique de la nourriture. ⁴⁹»

Les extraits d'entretiens des familles à faibles capitaux nous aident à discuter ce que manger veut dire. Selon elles, les représentations et les pratiques du bien manger ne se réfèrent pas seulement à la notion d'alimentation car pour elles, le lien familial est premier et l'alimentation secondaire. Nous pouvons comprendre que pour les familles de classe populaire, le fait de manger fait référence avant tout à un moment pour se retrouver, à un moment de plaisir avec toute la famille car le repas est vécu comme un moment de retrouvailles et de partage où tous les membres de la famille peuvent se rejoindre pour partager un moment de plaisir . Le repas est vécu avant tout comme un moment pour faire plaisir aux enfants notamment en leur préparant ce qu'ils aiment manger et non un moment de contrainte, de conflit et de disharmonie familiale. Le repas est vécu avant tout comme un moment convivial. Contrairement aux familles à forts capitaux économiques qui mettent au premier rang l'alimentation au centre de leurs attentions comme nous allons le voir ci-dessous, pour les familles à faibles capitaux économiques, les repas construisent avant tout la famille, il n'est alors pas question d'entrer en conflit avec ses membres durant cet instant. Pour les familles qui travaillent beaucoup, le repas est également pensé comme un « outil » qui sert à palier au fait que la famille tend à se déliter. Les parents restent donc très indulgents quand aux choix alimentaires des enfants et préfèrent passer tous les caprices des enfants concernant l'alimentation pour passer avant tout un bon moment en famille notamment lors des dîners le soir : *Pour les repas du soir, parce que déjà c'est le seul moment où on peut se retrouver tous ensemble, car les enfants sont à la cantine le midi et du coup c'est le repas du soir qui nous permet de nous retrouver et ça nous permet de discuter, de nous raconter nos journées, ils me demandent tout le temps en rentrant voilà et donc du coup c'est pas difficile je leur demande ce qu'ils veulent manger, voilà comme ça je fais quelque chose qu'ils aiment et on passe un bon moment, en plus je sais qu'ils aiment bien manger, le soir ça nous permet aussi de passer un peu plus de temps à cuisiner, à faire des*

⁴⁹ CARDIA-VONECHE Laura, BASTARD Benoit (1995) Préoccupations de santé et environnement familial. *Sciences sociales et santé*. P67

plats en sauce, des plats bien mijotés car voilà le midi c'est toujours le repas qui doit vite se finir même quand ils rentrent à la maison ils ont une heure donc voilà pas le temps de grand chose donc le repas du soir c'est avant tout le moment pour se retrouver tous ensemble. (Mme Arnoux). Nous pouvons comprendre à travers l'extrait d'entretien de Mme Arnoux que « le repas du soir occupe une place particulière au sein des repas quotidiens. Il est moins soumis au travail professionnel que le déjeuner, qui s'inscrit généralement dans la journée de travail et dont les horaires sont souvent imposés, si ce n'est par l'entreprise, du moins par le rythme quotidien de travail. Il est par ailleurs soumis à des contraintes temporelles plus diverses que le petit-déjeuner, encadré en semaine par l'heure du lever et l'heure du départ du domicile et s'inscrivant moins souvent pour les individus dans le temps familial. Le dîner est le repas le plus pris au domicile et apparaît ainsi comme un des derniers refuges de la sociabilité familiale. » Pour la mère de famille, le repas est perçu comme le partage d'un moment en famille et un moment propice pour faire avant tout plaisir aux enfants au travers d'un plat décidés par eux-mêmes. Le temps du repas n'est pas nécessairement un temps sur lequel s'exerce la pression éducative pour les familles à faibles capitaux contrairement comme nous l'avons vu plus haut avec l'enjeu de la scolarité : *Le temps du repas c'est le moment où voilà il n'y a pas de prises de tête entre nous, c'est détendu avec les enfants, c'est vraiment le moment où tout le monde lâche prise de la journée, ils étaient déjà à l'école toute la journée, les devoirs tout ça c'est fait, et dans les moments là c'est le conflit parfois avec j'ai pas envie, j'ai pas envie, j'arrive pas .. donc voilà le repas c'est fin de journée, moment tranquille sans prise de tête avec les enfants. Chez nous le repas c'est convivial, c'est notre temps pour se réunir ensemble quoi.* Pour ces mères de famille, le repas n'est pas seulement et avant tout l'acte d'absorber de la nourriture, à travers les entretiens avec les familles nous pouvons comprendre que le repas combine d'autres éléments comme, ici pour les familles populaires où le moment du repas est avant tout un temps de vie familiale.

La notion de bonne alimentation revêt de représentations et de pratiques différentes au sein même d'une seule classe sociale relevant de faibles capitaux : *bien manger c'est important, moi bah je fais à manger, ça dépend, des pâtes, du poulet, on peut faire des frites ah mais nous on épluche les pommes de terre hein, pas de trucs industriels chez nous ! Après moi mes gosses ils sont pas du tout légumes, lui il adore les lasagnes maison que je fais, les pizzas, les galettes des rois que je fais moi-même, on mange très bien chez nous.* (Carole) Ici, la représentation et la pratique d'une bonne santé passe par le « faire soi-même » en appuyant bien le fait qu'au sein de la structure familiale, l'alimentation est cuisinée à la maison et les produits sont achetés brutes par la mère de famille et qu'il n'y a pas de produits en conserve dans l'alimentation qu'elle décrit car selon elle, les produits en conserve ne sont pas le reflet d'une bonne alimentation : *Leslie quand elle va manger chez ses copines, sachant que la mère de Leanna elle fait vraiment n'importe quoi à manger, elle sait pas faire à manger, elle ouvre des boîtes de conserve, la première fois que la gamine est allée chez elle, elle a mangé du cassoulet en boîte, du coup la gamine elle venait manger à la maison pour bien manger car elle appréciait le fait que ce soit cuisiné (...) moi j'aime bien faire à manger pour le soir par exemple j'ai gnocchis au fromage, on a mangé ça hier à midi et en même temps je fais cuire mes tranches de lard euh avec des frites aussi, j'ai fait des frites donc j'avais épluché des frites pour le soir moi même. Je fais toujours d'avance, là par exemple je vais faire des beignets ..* Les extraits d'entretien avec Carole décrivent bien le fait que pour elle, la bonne alimentation fait référence au fait maison contrairement aux produits industriels qui sont, pour elle, mauvais pour la santé. Son discours montre également bien, comme les deux entretiens précédents, une surconsommation de féculents, de produits gras et sucrés et l'absence de fruits et légumes lors de la préparation des repas. Le discours de Carole sur la notion de bonne alimentation est ici, encore une fois de plus, éloigné des discours de santé publique concernant la bonne alimentation. Contrairement aux conseils de santé publique concernant la nutrition qui promulguent une alimentation variée et équilibrée faite majoritairement de légumes et de fruits et éviter le plus possible les aliments gras, sucrés et salés, Carole explique que pour elle, la bonne alimentation est renvoyée à la création de repas « fait maison avec la présence d'aliments bruts en référence à la pomme de terre

ou encore à la fabrication de beignets faits à la main et non industriels. Les entretiens analysés nous montrent que les familles à faibles capitaux associent le bien manger et la bonne alimentation à la dimension première du plaisir et privilégient les aliments qui tiennent au corps et peu coûteux. Pour les familles à faibles capitaux, l'alimentation n'est pas perçue comme un moyen de prévenir les problèmes de santé mais plutôt comme avant tout un plaisir avec le fait de manger tout ce qui plaît sans contraintes, manger à sa faim, être repu avec des aliments qui procurent une certaine satiété et tenant au corps. La notion de plaisir est donc, pour les familles à faibles capitaux, une dimension inhérente au bien manger.

Pour les familles de classe moyenne et moyenne supérieure, la représentation et la pratique de la bonne alimentation se décrit avant tout à travers une alimentation variée, équilibrée faite de légumes et de fruits et de préférence l'achat de produits locaux avec un désir de savoir d'où viennent les aliments présents dans l'assiette : *Alors la bonne santé ça passe également par une bonne alimentation. Moi je fais beaucoup de légumes, je fais de la viande mais j'essaie d'aller chercher de la viande chez les producteurs locaux pour encourager les circuits courts mais j'essaie de ne pas trop en faire non plus car ce n'est pas vraiment bon pour la santé, ils disent qu'il faut justement limiter la viande à une fois par semaine .. J'essaie de manger aussi bio et manger local aussi c'est très important. Manger bio et local le plus possible même si ce n'est pas donné c'est sûr ! Car voilà je pense que la santé passe avant tout par une alimentation saine et équilibrée. J'ai appris à mes enfants à manger et à aimer les légumes, ils faisaient à manger avec moi et du coup maintenant ils ne sont pas du tout difficiles voilà, la santé de mes enfants ça passe beaucoup par une bonne alimentation variée et encore une fois beaucoup de légumes, de fruits, et pas manger non plus trop gras quoi.* Pour Doloress, le lien entre santé et alimentation est tout de suite établi dans ses propos. Pour elle, la notion de bonne alimentation renvoie à une alimentation équilibrée faite avant tout de légumes et de fruits. Mme Klein explique de la même façon le lien entre alimentation et santé : *l'alimentation c'est vraiment pour nous un enjeu primordial pour rester en bonne santé, à la maison c'est beaucoup de légumes, beaucoup de fruits au dessert je dis aux filles de préférer des fruits plutôt qu'aux gâteaux sucrés*

pour le goûter ou pour le dessert, on mange beaucoup de poissons elles adorent ça, on mange équilibré de toute façon, légumes, féculents et protéines voilà pour être en bonne santé il faut manger de tout et pas en grosse quantité c'est pour ça que j'ai appris aux filles à ne pas faire que des pâtes quand elles ont faim mais plutôt à faire une petite portion de pâtes, une petite portion de légumes et une petite portion de viande mais bon nous déjà on préfère le poisson car bon ils disent quand même qu'il faut limiter la consommation de viande et surtout la viande rouge. Les extraits d'entretiens avec les deux mères nous montrent que la notion de bonne alimentation est particulièrement semblables aux conseils de santé publique concernant la nutrition développés notamment dans le programme plan national nutrition santé décrit ci-dessus. Les notions promulguées par les politiques de santé publique comme manger équilibré et varié en privilégiant davantage les fruits et les légumes sont reprises principalement dans les discours des mères de famille de classes moyenne et moyenne supérieure : la santé ça passe avant tout aussi par l'alimentation par exemple chez nous il y a toujours eu des fruits et des légumes à la maison. Les enfants aiment les pommes, voilà et puis il faut dire que depuis qu'ils sont tout petit et bien je les apprend à manger des pommes et voilà avec un petit peu de sucre dessus ou avec un petit bout de fromage, ma grand-mère faisait ça pour que je mange des fruits et maintenant c'est les fruits et les légumes qui priment dans notre alimentation, c'est important pour rester en bonne santé, manger des fruits et des légumes, manger équilibré , voilà on mange aussi de temps en temps mcdo mais c'est vraiment très rare, par exemple je préfère faire des hamburger maison et pas aller au fast food mais voilà on essaie aussi de prendre des fruits et des légumes bio pour éviter le moins de pesticides possibles. Et puis nous à la maison il n'y a pas de boissons sucrées , pas de sodas et tout ça, pas de bonbons, il y a de la grenadine mais sinon toutes les boissons sucrées on sait aussi que voilà c'est pas bon du tout, le sucre raffiné tout ça. (Mme Klein).

Le discours de Madame Klein est encore une fois complètement en adéquation avec les discours de santé publique comme le fait de privilégier les aliments bénéfiques à notre santé comme les légumes et les fruits et de limiter les aliments sucrés comme les confiseries et les boissons sucrées. Après la réalisation de

l'analyse des représentations et des pratiques de la bonne alimentation des familles, nous pouvons comprendre que les familles qui intériorisent le mieux les discours de santé publique sont les familles de classe moyenne et moyenne supérieure qui perçoivent l'alimentation comme déterminante dans le maintien et la prévention d'une bonne santé en privilégiant davantage une alimentation dite variée composée essentiellement de fruits, de légumes tout en limitant les aliments gras, sucrés et salés. Contrairement aux familles à faibles capitaux qui elles, s'alimentent majoritairement avant tout de ce qu'elles aiment (plats gras, sucrés) et d'aliments qui tiennent au corps et peu coûteux avec des représentations et des pratiques bien éloignées des discours de santé publique concernant la bonne alimentation. Pour les familles populaires, le repas comprend le fait de se nourrir mais il est avant tout un moment de retrouvaille et de partage avec les membres de la famille.

Nous pouvons nous référer à l'effet saint Matthieu qu'Henry Deleek définit comme « le résultat de facteurs culturels et politiques qui se traduisent par la tendance des groupes socio-économiques les plus élevés à bénéficier des mesures sociales et politiques proportionnellement davantage que les groupes socio-économiques les plus bas ⁵⁰» Grâce aux entretiens réalisés nous pouvons comprendre que ce sont les familles dotées de forts capitaux économiques qui reçoivent et intériorisent d'autant mieux les discours des politiques de santé publique concernant par exemple la bonne alimentation en contradiction avec les familles à faibles capitaux économiques qui elles, privilégient une alimentation non pas pour garantir la bonne santé mais pour se faire plaisir. Selon Henry Deleek « les politiques sociales et sanitaires entreprises auraient davantage profité aux riches qu'aux pauvres grâce à une meilleure utilisation des moyens existants par les groupes socialement élevés du fait de l'importance qu'ils attachent à la santé, à leur meilleure information et à une prise de conscience plus grande du futur, ce qui les conduit donc à accorder plus d'attention aux bénéfices supposés de la prévention.⁵¹ » Nous pouvons comprendre ici que les groupes sociaux les plus susceptibles d'abandonner des

⁵⁰ AÏACH, Pierre (2004) Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociales. *Inégalités sociales de santé*. p7

⁵¹ *ibid*

pratiques et des usages susceptibles de nuire à plus ou moins long terme à la santé sont les groupes sociaux les plus dotés en capitaux économiques. Nous pouvons donc comprendre à travers l'analyse des représentations et des pratiques familiales que certains programmes sociaux notamment le programme national nutrition santé initialement ciblé pour les populations les plus pauvres dans le but d'améliorer leur santé en agissant sur la nutrition bénéficierait essentiellement aux classes moyennes et aux classes moyennes supérieures qui intériorisent et mettent plus facilement en pratique les discours de santé publique au sein de leur foyer contrairement aux familles populaires qui intériorisent les discours mais privilégient le relationnel, le dialogue et l'écoute entre les membres de la famille et privilégient avant tout la bonne entente et l'harmonie familiale notamment au sein des repas perçus comme un moment de plaisir et non comme un moment de contrainte et de pression éducative. La notion de plaisir passerait avant la contrainte et serait avant tout inhérente au bien manger selon les familles à faibles capitaux. Il y aurait donc détournement des objectifs avec des programmes conçus initialement pour aider ceux qui ont le moins et accroîtrait donc davantage les inégalités.

Conclusion :

Nous pouvons comprendre à travers les entretiens avec les familles, que la notion de bonne santé renvoyée précisément ici à l'alimentation et plus globalement à l'organisation des repas est une voie d'accès à des niveaux de vie et à des cultures de classes. Les représentations et les pratiques d'une bonne alimentation jouent ici le rôle d'un révélateur de niveau de vie et de culture de classe des familles. Les entretiens avec les familles nous montrent qu'il vaut mieux prendre en compte le contexte social dans lequel sont les individus, pour comprendre les inégalités sociales en matière d'alimentation et plus globalement en matière de santé pour améliorer l'efficacité des interventions.

Même si les politiques de promotion de la santé se concentrent, comme nous l'avons vu plus haut, « sur principalement, les comportements au niveau individuel avec l'idée principale selon laquelle il suffit d'apprendre aux parents que leurs

comportements alimentaires ne sont pas bons pour la santé ou de les convaincre par le biais d'informations et d'éducation pour qu'ils abandonnent ces comportements⁵² » par exemple ici au niveau de l'alimentation et de la vaccination. L'approche individuelle privilégiée par les politiques publiques qui consiste à croire à un individu complètement rationnel dans ses faits et gestes « en exagérant la place des choix rationnels, elle surestime le poids de la dimension individuelle de ces comportements et sous-estime l'imbrication de l'individu au sein des différentes structures sociales auxquelles il appartient.⁵³ » A travers les entretiens avec les professionnels et les financeurs nous avons pu comprendre que le devoir n'est plus seulement individuel mais repose également sur le devoir familial avec l'idée d'une transmission de bonnes pratiques par ceux-ci par le biais d'une entreprise de normalisation et de moralisation des familles.

Cependant, grâce à notre analyse sociologique des modes de vie des familles nous pouvons comprendre qu'il ne suffit malheureusement pas de donner des ressources de savoir supplémentaires aux familles pour provoquer un changement de comportement dans leur manière de vivre. Il ne faut donc pas penser un individu de manière individuelle mais le penser dans sa structure. Nous avons pu mettre en lumière à travers les entretiens que la vision d'une bonne alimentation et plus globalement du repas sont très différenciées en fonction de la position des familles dans la hiérarchie sociale. Nous pouvons nous référer à l'ouvrage « La distinction » de Pierre Bourdieu pour expliciter cette notion de pratiques notamment ici lors des repas qui diffèrent en fonction de la position sociale des parents. Comme l'explique Bourdieu dans le chapitre 3 « L'habitus et l'espace des styles de vie », le goût en matière d'alimentation dépend de l'idée que chaque classe sociale se fait du corps et des effets que les aliments peuvent avoir sur ce corps, c'est à dire sur sa force, sa santé, sa beauté et à des catégories qu'elle emploie pour évaluer ces effets, c'est ainsi que les familles de classe populaire, sont plus attentives à la force du corps notamment du corps masculin qu'à sa forme, tendent à privilégier des aliments nourrissants et bon marché comme nous

⁵² DE SAINT POL, Thibaut. Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation. *Genes, centre de recherche en économie et statistiques, laboratoire de sociologie quantitative*. Paris; p217

⁵³ DE SAINT POL, Thibaut. Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation. *Genes, centre de recherche en économie et statistiques, laboratoire de sociologie quantitative*. Paris; p218

l'avons expliqué ci-dessus dans l'analyse des pratiques familiales. Quant aux familles de classe moyenne et moyenne supérieure, celles-ci privilégient une alimentation de qualité avec produits de bonne qualité notamment bio, provenant des producteurs locaux et bons pour la santé comme les fruits, les légumes ou encore une consommation de poisson au détriment de la viande. De ce point de vue, nous pouvons comprendre que les pratiques et les représentations des familles « sont déterminées à la fois par une culture nationale et régionale mais surtout par leur caractéristiques sociales (position dans la hiérarchie sociale), ainsi la définition du comestible, les goûts, la temporalité et la structure des repas, la transmission des savoirs-faire culinaires peuvent être perçus comme étant largement le résultat d'un processus de socialisation qui s'effectue principalement au sein de la famille et de manière secondaire par l'intermédiaire des groupes de pairs.⁵⁴ » La notion d'habitus renvoyant « au système de règles, de conduites, de croyances, de valeur propre à chaque groupe social et relayé par la socialisation propre à la classe sociale⁵⁵ » développés par Pierre Bourdieu dans « la distinction » rend bien compte de cette dimension sur l'expérience alimentaire. « Que ce soit en terme de classe ou en terme de genre nos comportements alimentaires procèdent en partie de l'incorporation du social par l'acteur et donne lieu à des styles alimentaires distinctifs en fonction de la position de chacun. ⁵⁶» L'étude des modes de vie des familles imbriquées dans différentes positions sociales nous a permis de comprendre qu'il faut avant tout comprendre les familles non pas en tant que personne individuelle et rationnelle concernant leurs pratiques notamment en rapport avec la mise en pratique d'une bonne santé mais plutôt essayer de comprendre l'individu notamment ici les parents dans leur structure comprenant d'une part les contraintes familiales mais également les ressources notamment économiques. Cette étude des représentations et des pratiques d'une bonne santé chez les familles nous a permis de comprendre que la notion de santé n'est pas essentiellement au coeur des pratiques éducatives des parents et qu'il y a d'autres

⁵⁴ DE LABARRE, Matthieu, « Les trois dimensions de l'expérience alimentaire du mangeur : l'exemple du Sud-Ouest français », *Anthropology of food* [En ligne], S1 | October 2001, mis en ligne le 01 octobre 2001,

⁵⁵⁵⁵ DE SAINT POL, Thibaut. Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation. *Genes, centre de recherche en économie et statistiques, laboratoire de sociologie quantitative*. Paris; p220

⁵⁶ Ibid

enjeux qui priment comme une grande préoccupation quant à la réussite scolaire des enfants et une éducation qui prime davantage sur la valorisation des qualités relationnelles des enfants avec une éducation davantage relationnelle qui passe par du dialogue et l'écoute entre les membres au sein de la famille.

Préconisations :

Préconisations sur le court terme :

L'enjeu alimentaire :

Concernant la mise en place d'actions ponctuelles, nous pouvons nous servir de la Mi Toupie, qui était avant une ancienne boulangerie située dans le quartier du Bois d'Hazau à Contrexéville. Ce lieu est devenu un point d'ancrage du centre social La Toupie car c'était par le passé un espace très bien repéré par les habitants : c'était une boulangerie mais aussi un lieu de socialisations (jeux) où les habitants se retrouvaient autour d'un café. Idéalement située sur un quartier comprenant 474 logements sociaux ainsi que des maisons individuelles, cette maison se situe entre plusieurs lieux stratégiques notamment le collège, la maison de l'enfance, l'école maternelle, le parc pour enfant et le complexe sportif. Par ailleurs, l'association dispose déjà d'un espace de 700m² pour un jardin partagé au coeur du quartier à deux pas de cet espace. Cette structure sert déjà à la fois à vendre aux adhérents des légumes mais c'est aussi une vitrine de l'action collective famille du centre social. La mi Toupie est déjà un lieu pour sensibiliser les habitants au développement durable (tri, troc achat de produits bio) même si la Mi toupie sert déjà d'épicerie solidaire avec un dépôt de pain, et de produits locaux notamment viandes et yaourts. Cet un espace public comprenant une cuisine, une salle pour des actions collectives et un espace d'accueil.

La Mi Toupie propose déjà des ateliers cuisine de monde avec les famille, elle pourrait notamment être de nouveau un support pour la mise en place de nouvelles actions notamment la mise en place d'ateliers en lien avec la confection d'aliments plaisir (recettes plaisir) avec parents et enfants car nous avons analysé lors des entretiens que, pour les familles à faibles capitaux, la notion de plaisir était une dimension inhérente au bien manger avec des parents qui privilégient davantage des recettes qui plaisent aux enfants pour éviter le conflits et la dysharmonie familiale lors des repas justement vécus comme un moment de

temps fort de la vie de famille. Il pourrait être judicieux de proposer des activités sociales originales comme par exemple la réalisation de menus fast food en favorisant, fruits et légumes de saison et locaux (création steak de légumes) / Création de pâte à tartiner maison / beurre de cacahuète / confiture avec fruits frais / sorbet / smoothies (fruits et légumes) / Desserts (tartes / Compotes avec fruits bruts) / création de gaufres aux légumes car l'analyse des entretiens nous à montré que les familles à faibles capitaux consommaient rarement des fruits et légumes et préfèrent à contrario des aliments qui tiennent au corps et à faibles coûts. La Mi Toupie pourrait être un lieu pour faire découvrir des recettes faites de produits locaux et bon marché pour également sensibiliser les familles au circuit court, à la confection du faire soi-même pour éviter les produits industriels. Cette préconisation pourrait fonctionner dans le sens où certaines familles à faibles capitaux font déjà le lien entre le bien manger et le faire soi-même lors des entretiens analysés. Cette préconisation pourrait donc permettre un approfondissement du faire soi-même par le biais de recettes simples et confectionnées avec des produits sains et locaux(légumes / fruits) : quiche légumes / chips de légumes ..

Pour la création de ces recettes plaisir, les familles et les enfants pourraient aller ramasser les fruits et les légumes chez les producteurs locaux, ou visiter les lieux de productions des produits du territoire. Cela permettrait la mise en place d'activités parents/enfants. Cela pourrait être important puisque l'analyse des entretiens avec les familles montrent que les parents partagent beaucoup d'activités avec les enfants avec une éducation majoritairement axée sur le relationnel. La mise en place de ces activités pourraient permettre de faire découvrir les produits des circuits courts et sensibiliser les enfants et les parents à la consommation d'aliments provenant de petits producteurs locaux. Il serait donc approprié de mettre en place des sorties découverte parents / enfants car l'analyse des entretiens nous à fait remarquer que les modes d'éducatons recueillis sont davantage relationnels et passent par le dialogue et l'écoute entre parents et enfants. La création de ces ateliers pourrait donc permettre de faire circuler des messages autrement que par des messages très hygiénistes et moralisateurs du type « il faut ». Le ramassage des fruits et des légumes par les

parents et les enfants chez les producteurs locaux pourrait rendre possible d'un côté un moment de plaisir et de partage en famille et pourrait de l'autre peut-être permettre un échange de main d'oeuvre / de participation contre un rabais sur les prix des produits locaux du producteur.

Il serait également judicieux que le Centre social La Toupie créer des partenariats avec des producteurs du territoire dans le but de proposer aux familles à la Mi Toupie des produits sains, locaux, bruts, de qualité et à coup supportable pour les familles à faibles capitaux économiques puisque nous avons analysé que les familles à faibles capitaux consommaient majoritairement des produits à faibles coûts dans leur alimentation (pâtes, pomme de terre..). La Mi Toupie pourrait être un endroit intéressant pour proposer une pluralité de produits locaux à faible coût car elle est déjà un support de vente de pain mais aussi de quelques produits locaux comme du fromage, des yaourts et de la viande mais à des prix tout de même assez élevés. Cela pourrait permettre la création de recettes avec des produits pas ou peu coûteux.

- La création d'un atelier sur le coût d'achat des produits frais et le coût d'un panier en grande distribution pourrait être intéressant. Dans le sens où cela pourrait permettre la déconstruction des représentations sous-entendant le fait que les produits frais seraient des denrées très coûteuses niveau budget. Cet atelier pourrait dans un deuxième temps permettre aux familles de s'initier à l'anti gaspillage dans le sens où l'achat de produits locaux peut se faire en fonction de ce qu'on a besoin contrairement aux magasins industriels qui proposent des denrées en grosse quantité et emballés sous diverses formes (cartons, plastiques ..)

Pour finir, il pourrait être intéressant de construire à la suite de ces ateliers, un document diffusable à l'école, dans les centres sociaux et dans les centres d'informations avec la mise en place d'une brochure qui recense les ressources locales avec les adresses des petits producteurs présents sur le territoire et des recettes simples et à faibles coûts réalisées à partir de produits locaux et simples.

L'enjeu de la scolarité :

Après l'analyse des entretiens, nous avons pu mettre en lumière que la première préoccupation des parents était l'enjeu de la réussite scolaire des enfants car l'école étant le premier moyen d'ascension social selon les parents mais également un moyen pour sortir de la précarité actuelle des familles. Nous avons également présenté un graphique d'une étude de l'INSEE montrant que plus le niveau de diplôme de l'individu est élevé, moins la personne se considère en mauvaise santé.

Le centre social La Toupie à Contrexéville propose déjà au sein de sa structure un Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité (CLAS). Celui-ci consiste à favoriser l'épanouissement des enfants mais aussi la réussite dans leur scolarité. Une équipe d'accompagnateurs propose pour cela un temps et un lieu où l'enfant trouve l'appui d'un adulte qui le valorise, l'aide à découvrir ses capacités tout en établissant une relation de confiance avec lui. Le Contrat local d'accompagnement à la scolarité permet aux enfants d'apprendre à apprendre, il permet d'éveiller la curiosité, de savoir s'organiser, de devenir plus autonome. En tant que parent, le CLAS permet de mieux comprendre le système scolaire, faciliter le dialogue avec les enseignants et faciliter le suivi de la scolarité des enfants.

Dans ce temps, les accompagnateurs proposent un temps d'écoute et d'échange autour d'un goûter, de l'aide dans l'organisation du travail personnel, des projets culturels (musées, bibliothèque, théâtre), des activités d'expression (écriture), manuelle (peinture) et scientifique (informatique). L'accompagnement à la scolarité s'adresse aux enfants scolarisés de l'école élémentaire au lycée et c'est un service gratuit pour les familles. Le CLAS, est un ensemble d'actions visant à offrir aux côtés de l'école, l'appui et les ressources dont les enfants ont besoin pour réussir à l'école, appui qu'ils ne trouvent pas toujours dans leur environnement familial et social comme nous l'avons analysé lors de la réalisation des entretiens avec les familles. Il serait peut être judicieux d'informer et de communiquer davantage l'existence de l'accompagnement à la scolarité aux parents des enfants scolarisés sur le territoire de Contrexéville. Après l'observation du déroulement du CLAS lors de mes heures de stage sur la structure, j'ai pu remarquer qu'aucuns parents ne participaient à ce moment d'accompagnement à

la scolarité. Il serait peut être important de créer et de faire passer un questionnaire aux parents des élèves de la primaire jusqu'au CM2 pour essayer de comprendre s'ils connaissent cet accompagnement à la scolarité, s'ils connaissent les horaires, où cela se passe ? Il serait aussi peut-être important de récolter les désirs des parents concernant la scolarité de leurs enfants pour pouvoir mettre en place, par la suite, des moments qui répondent au mieux aux besoins de ceux-ci pour que les enfants puisse, grâce à cet accompagnement, trouver l'appui et les ressources dont ils ont besoin pour réussir à l'école, appui qu'ils ne trouvent pas toujours dans leur environnement familial et social comme nous avons pu l'analyse dans les entretiens avec les familles soit par manque de capital culturel des parents soit par manque de temps à cause du travail des parents.

En plus d'aider les enfants, l'accompagnement à la scolarité devrait également offrir aux parents un espace d'information, de dialogue, de soutien, de médiation leur permettant une plus grande implication dans le suivi de la scolarité de leurs enfants. Dans cette dimensions, les lieux d'accompagnement à la scolarité ont vocation à s'articuler avec les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. Il serait judicieux d'améliorer l'implication des parents dans cet aide puisque les analyses avec les familles à faibles capitaux nous ont montré que certaines mères de familles n'ont justement pas les ressources nécessaires pour aider leurs enfants dans le suivi des devoirs par exemple et font donc appel à d'autres membres de la famille pour la réalisation des devoirs des enfants. Il pourrait être également important de produire une communication plus claire autour de ce qu'est un contrat local d'accompagnement à la scolarité. (réalisation d'une étude par le biais d'un questionnaire à donner aux parents ?

Cependant, malgré ces préconisations ponctuelles, aucune découverte ou innovation ne peut prétendre être parée de vertus suffisante pour ne se prévaloir que d'elle même. C'est donc pour cela que j'ai décidé de proposer en plus des préconisations sur le court terme, des suggestions sur le long terme pour continuer dans le temps cette recherche avec un travail au long court qui mérite d'être maintenu.

Préconisations principales :

Donner la parole aux acteurs de première ligne notamment ici les familles pour la mise en place d'actions concrètes avec une méthodologie partant du terrain. Pour construire des actions concrètes à destination des familles et ne pas appliquer justement un model clé en main pouvant être uniformisant et se révéler inefficace. Une méthodologie partant du terrain se révèle donc indispensable. Cela doit permettre de dégager avant tout de nouvelles modalités d'actions qui ont davantage de chance d'être menées à bien dans le sens où elles relèvent d'une analyse ancrée dans la réalité quotidienne notamment des modes de vie des familles et non des projections faites d'en haut de ce qui devrait être mit en pratique sur le terrain sans avoir au préalable réaliser une étude avec les populations cibles. C'est donc pour cela que le recours au sociologue est fortement conseiller dans le sens où il est primordial d'enquêter sur le terrain pour construire, par la suite des actions. La méthode qualitative faite d'entretien semi directifs demande du temps et de l'écoute, il faut donc avant tout favoriser des outils qui permettent une compréhension des besoins des populations notamment pas l'écoute, la mise en confiance, cela nécessite d'avoir recours à un sociologue pour réaliser en amont une étude de terrain et une analyse de celle-ci. Il est primordiale de faire participer les familles car si les gens participent à définir les objectifs et les actions, ils vont être déjà mobiliser pour y participer.

- *Passer d'une approche diagnostic à une approche des modes de vie des familles:*

Les limites de l'approche en terme de « besoins » : La commande qui m'a été faite par ma commanditaire était, au départ, de « cerner les préoccupations et les besoins que les parents peuvent rencontrer en matière d'éducation à la santé pour leurs enfants », j'ai également vu passer sous mes yeux durant mon stage plusieurs appels à projets visant à saisir les besoins de différents publics notamment les jeunes, les individus incarcérés ... D'une part, la notion de besoins

relève avant toute chose d'une obsession des politiques publiques dans le sens où il suffirait de demander aux populations cibles ce dont elles ont besoin pour construire les prochaines solutions dans le futur. D'autre part, cette notion de besoin donne une image uniformisante des besoins alors que ceux-ci s'avèrent être justement très hétérogènes comme nous avons pu le voir à travers les entretiens avec les familles et à distances des cadres d'intervention proposés, les besoins doivent être avant tout contextualisés. Il est important non pas de dresser une typologie des individus mais essayer de comprendre le vécu, le parcours de vie de ceux-ci pour créer non pas des catégorisations d'individus mais des catégorisations de pratiques.

Pour répondre au mieux aux besoins des populations ciblées, il est davantage nécessaire de connaître et d'analyser les différents modes de vie, plus précisément ici ceux des familles comme nous l'avons réalisé dans ce rapport d'étude (santé effacée et retirée de l'éducation dans les structures familiales avec une Education davantage axée sur la réussite scolaire et les compétences relationnelles des enfants. / représentation et pratique d'une bonne santé qui varie en fonction des capitaux des parents..) L'approche sociologique est utile dans ces études dans le sens où elle permet de prendre en compte et de mettre au jour une pluralité de modes de vie dans les structures familiales. L'intervention du sociologue est utile car elle permet de contourner les risques de la facilité qui serait de penser qu'il est possible de trouver des réponses simples et généralisables à des problèmes complexes et ancrés dans une réalité sociale différente.

Préconisations sur le long terme :

- Mettre en place au centre social La Toupie ou essayer de repenser les journées interactives Educ ta santé avec la mise en place d'ateliers d'échanges avec les familles sous forme de focus groupe sur ce que manger et cuisiner veut dire dans le but de recueillir les représentations et les pratiques des familles concernant la bonne alimentation ou encore la bonne pratique d'une activité physique .. Le focus groupe est intéressant dans le sens où c'est une méthode qualitative utilisée dans le but de recueillir l'opinion des individus, les attitudes, les croyances et les zones de résistances sur un objet, Il pourrait permettre de mieux comprendre les représentations et les pratiques des familles sur l'objet santé, l'objet alimentation. Cela permettrait de continuer à récolter les points de vue et les divergences pour continuer l'analyse des représentations et des pratiques des familles dans le temps mais également sur une pluralité d'objets comme l'activité physique, les addictions, le cyber harcèlement... Le sociologue peut servir d'une part à la réalisation du focus groupe avec la réalisation de la grille d'entretien, la retranscription complète des enregistrements fastidieux mais indispensable pour produire par la suite une analyse et une synthèse des résultats. Cette méthode pourrait permettre l'échange des représentations et des pratiques des familles pour ensuite essayer de comprendre davantage les modes de vie de celles-ci pour permettre, par la suite, d'accompagner au mieux la réflexivité des parents plutôt que d'être pourvoyeur de conseils et de mise en garde en analysant comme le montre l'étude les nombreuses normes et injonctions qui pèsent par exemple sur les repas comme : faire plaisir, partager un moment en famille, manger bio, manger local, manger équilibrer ..

La méthode du focus groupe représente plusieurs avantages :

1. « Il permet d'extraire les préoccupations et perceptions des sujets de la recherche, telles qu'ils les ont exprimées sans censure, ni discrimination, ni volonté de prouver une hypothèse plutôt qu'une autre ;

2. Il permet de hiérarchiser les messages clés en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes, à l'échelle des découpages géographiques, dans la perspective de témoigner de l'importance accordée à chacun ;
 3. Il permet d'effectuer des comparaisons intergroupes et intervariables, de façon à saisir les différences et les points de convergence entre les catégories de personnes ;
 4. Il permet d'illustrer ces données par un verbatim percutant qui reflète la profondeur de contenu qu'on peut recueillir grâce à la méthode
 5. Il permet de procurer une grande fiabilité aux analyses qui, si elles étaient faites par d'autres chercheurs suivant les séquences de travail adoptées, pourraient donner les mêmes résultats. ⁵⁷»
- Faire de la veille scientifique sur les actions similaires menées sur le territoire et/ ou dans les pays frontaliers comme la Belgique ou encore la Suisse. La veille scientifique consiste à surveiller l'environnement dans le but de recueillir des informations, pour se tenir au courant de ce qui se fait sur le territoire en matière d'éducation à la santé. Il serait donc approprié de produire une veille régulière pour ne pas rater des articles scientifiques sur le sujet, des séminaires sur la question, des colocs qui parlent de l'objet santé. La veille scientifique pourrait servir à réhabiliter la documentation concernant l'objet santé dans le temps et pourrait permettre un travail en continu fait de surveillance et d'écoute de l'environnement. Cela permettrait d'actualiser régulièrement les informations concernant l'objet santé notamment dans les structures familiales pour permettre d'agir en pleine connaissance. La veille d'un sociologue pourrait également permettre de doter la structure d'un atout supplémentaire pour se positionner par exemple sur les appels à projets en surveillant les appels à

⁵⁷<http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/focus-group/>

contribution, surveiller les annonces des manifestations scientifiques sur le sujet, se tenir au courant des nouvelles parutions, surveiller l'environnement institutionnel...

Annexe 1 : Tableau des partenaires :

ORGANISME	ADRESSE
Centre social La Toupie	123 Rue Jean Moulin 88140 Contrexéville 03 29 07 62 44
CCAS VITTEL MAISON RESSOURCES	29 Rue François Richard 88800 Vittel 03 29 08 43 14 ccas@ville-vittel.fr
VILLE DE VITTEL	Place de la Marne 88800 VITTEL 03 29 08 04 38
VILLE DE CONTREXEVILLE	75 Rue Gaston Thomson 88140 Contrexéville 03 29 08 09 35
COLLEGE VITTEL	92 Rue Lieutenant Gauffre 88800 Vittel 03 29 08 19 40 ce.0880156@ac-nancy-metz.fr
COLLEGE CONTREXEVILLE	547 Rue Normandie 88140 Contrexéville 03 29 05 80 15 ce.0881102@ac-nancy-metz.fr
LYCEE CONTREXEVILLE	100 Rue Shah de Perse 88140 Contrexéville 03 29 08 01 96 ce.0880013@ac-nancy-metz.fr
Education Nationale Service social en faveur des élèves	
Responsable des infirmières scolaires	DSDEN des Vosges 17-19 Rue Antoine Hurault BP 576 88 020 EPINAL Cedex 03 29 82 28 82
MISSION LOCALE	1 rue de France 88300 Neufchateau 03 29 94 07 60
CAF	03 29 68 39 92
MFR BULGNEVILLE	178 rue des Récollets 88140 Bulgnéville 03 29 09 11 24
THEATRE	
ECRITURE	
OMS	03 29 08 60 26
YOGA	

ORGANISME	ADRESSE
REFLEXOLOGIE	
CMP Adultes	17 Rue de Voiveselles 88800 Vittel 03 29 08 14 15
CMP Enfants et Adolescents	10 Rue du Luxembourg 88800 Vittel 03 29 08 46 49
IREPS LORRAINE	1 rue de la forêt 54520 Laxou 03 83 47 83 10
LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT FOL 88	03 29 69 64 64
HOPITAL DE VITTEL	06 77 84 37 17
CJC-CSAPA - ANPAA	03 83 36 41 17 03 29 94 35 31
CENTRE HOSPITALIER DE TOUL	
SOS HEPATITES	
MSA	
CRIJ LORRAINE	20 Quai claudé le Lorrain 54000 Nancy 03 83 37 04 66
MSVS	387 rue Saint Eloi 88800 Vittel 03 29 08 02 33
ADALI HABITAT	
IFSI	03 29 94 83 00
GENDARMERIE	06 20 15 79 00
SEI / FMS Service Educatif et d'Investigation	03 29 09 09 30
MAISON - MECS REMONCOURT	
Maison des Adolescents	03 29 39 51 38
ARS	03 29 64 66 26
HARMONIE MUTUELLE	
REGION LORRAINE	

Annexe 2 : Tableau des informateurs :

PARTENAIRES ET FINANCEURS	
Agence Régionale de Santé	
Instance Régional d'Education et de Promotion de la santé	
Infirmière scolaire	
Infirmier vaccination	
Assistante sociale	

FAMILLES	Situation maritale	Position sociale (CSP)	Nombre d'enfants
Doloress	Célibataire	Infirmière	2
Carole	Célibataire	Sans emploi	2
Christelle	Célibataire	Sans emploi	3
Mme Martins	Célibataire	Employée mi-temps	2
Mme martin	Mariée	Ouvrière	3
Mme Klein	Mariée	Médecin	2
Mme Aubertin	Célibataire	Secrétaire médicale	3
Mme Santos	Mariée	Institutrice	2
Mme Tissier	Mariée	Institutrice	3
Mme Thouvenin	Célibataire	Sans emploi	4
Mme Arnoux	Mariée	Cheffe d'entreprise	2
Mme Besancon	Célibataire	Sans emploi	2

Bibliographie :

- Augé Marc. L'Anthropologie de la maladie. In: *L'Homme*, 1986, tome 26 n°97-98. L'anthropologie : état des lieux. pp. 81-90.
- Arveiller, Jacques. « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire. Un texte de Charles Marc (1829) », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. vol. 39, no. 1, 2006, pp. 115-134.
- Andrieux, Luc. « Vivre sa maladie. L'expérience des nouveaux territoires du corps », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 123, no. 4, 2015, pp. 8-18.
- Aïach, Pierre. « 5. De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques », Didier Fassin éd., *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte, 2000, pp. 81-91.
- AïACH, Pierre (2004) Processus cumulatif d'inégalités : effet d'amplification et disposition à l'appropriation sociales. *Inégalités sociales de santé*. p7
- Amsellem-Mainguy, Yaëlle. « Qu'entend-on par « éducation pour la santé par les pairs » ? », *Cahiers de l'action*, vol. 43, no. 3, 2014, pp. 9-16.
- Baillergeau, Évelyne. « Intervention sociale, prévention et contrôle social. La prévention sociale d'hier à aujourd'hui », *Déviance et Société*, vol. vol. 32, no. 1, 2008, pp. 3-20.
- Bernard de Raymond, Antoine, et Sylvain Parasie. « Les sciences sociales au prisme de l'alimentation (avant-propos) », *Terrains & travaux*, vol. 9, no. 2, 2005, pp. 3-11.
- Bézy, Olivier. « « La santé c'est la vie dans le silence des organes » », *La revue lacanienne*, vol. 3, no. 1, 2009, pp. 47-50.

- Bozon, Michel. « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable », *Agora débats/jeunesses*, vol. 60, no. 1, 2012, pp. 121-134.
- Bozon, Michel et Juliette Rennes, « Histoire des normes sexuelles : l'emprise de l'âge et du genre », *Clio. Femmes, Genre, Histoire [En ligne]*, 42 | 2015, 42 | 2015, 7-23.
- Belorgey, Nicolas « Sociologie de l'alimentation : les cinq portes de l'entrée par les familles », *SociologieS [En ligne]*, Premiers textes, mis en ligne le 06 juillet 2011, consulté le 09 mai 2019.
- Carricaburu, Danièle, et Marie Ménoret. « Chapitre 9 - Décrypter la santé », , *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Armand Colin, 2004, pp. 137-160.
- Court, Martine, et al. « Habiller, nourrir, soigner son enfant : la fabrication de corps de classes », *Recherches familiales*, vol. 11, no. 1, 2014, pp. 43-52.
- Cupa, Dominique. « Le silence des organes n'est pas la santé... », *Revue française de psychosomatique*, vol. 36, no. 2, 2009, pp. 87-100.
- Cresson Geneviève. La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ?. In: *Sociétés contemporaines* N°25, 1997. pp. 45-65.
- Cresson, Geneviève. « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, vol. 3, no. 1, 2006, pp. 6-15.
- Cardia-Vonèche Laura, Bastard Benoit. Préoccupations de santé et fonctionnement familial. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°1, 1995. pp. 65-80.

- Claude Martin. La parentalité en question. Perspectives sociologiques : Rapport au Haut conseil de la population et de la famille. 2003.
- De Labarre, Matthieu, « Les trois dimensions de l'expérience alimentaire du mangeur : l'exemple du Sud-Ouest français », *Anthropology of food* [En ligne], S1 | October 2001, mis en ligne le 01 octobre 2001
- De Saint Pol, Thibaut. « Les évolutions de l'alimentation et de sa sociologie au regard des inégalités sociales », *L'Année sociologique*, vol. vol. 67, no. 1, 2017, pp. 11-22.
- DE Saint Pol, Thibaut. Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation. *Genes, centre de recherche en économie et statistiques, laboratoire de sociologie quantitative*. Paris
- De Saint Pol, Thibaut . Déterminants sociaux et culturels de l'alimentation. Genes, Centre de recherche en économie et statistique, Laboratoire de sociologie quantitative, Paris
- Déchaux, Jean-Hugues. « III. L'éducation familiale sous pression », Jean-Hugues Déchaux éd., *Sociologie de la famille*. La Découverte, 2009, pp. 50-69.
- Devaux Jean-Michel, Hamel Michèle, Vrignon Bernard. L'école, les parents et la réussite scolaire. In: *Communication et langages*, n°79, 1er trimestre 1989. pp. 40-53.
- Delay, Christophe « La montée de la préoccupation scolaire des familles populaires », *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 62 | 2013, 125-133.
- Desprès, Caroline « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 6 | 2013

- Grignon Claude, Grignon Christiane. Styles d'alimentation et goûts populaires. In: *Revue française de sociologie*, 1980, 21-4. pp. 531-569.
- Herpin Nicolas. Panier et budget : l'alimentation des ouvriers urbains. In: *Revue française de sociologie*, 1984, 25-1. pp. 20-48.
- Jeoffrion, Christine. « Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, vol. numéro 82, no. 2, 2009, pp. 73-115.
- Joubert Jacques. « Le normal et le pathologique ». Relire Canguilhem. In: *Revue des Sciences Religieuses*, tome 73, fascicule 4, 1999. Approches de la vie. pp. 497-518.
- Lemaine Gérard. Claudine Herzlich, Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale.. In: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 24^e année, N. 6, 1969. pp. 1519-1521.
- Lenoir, Rémi. « Espace social et classes sociales chez Pierre Bourdieu », *Sociétés & Représentations*, vol. 17, no. 1, 2004, pp. 385-396.
- Lesœurs, Guy. « Les maladies en représentation », *Les Tribunes de la santé*, vol. no 11, no. 2, 2006, pp. 31-37.
- Lhuissier, Anne « Réforme sociale et alimentation populaire (1850-1914). Pour une sociologie des pratiques alimentaires, Thèse de doctorat en sociologie », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 24 | 2002, 245-250.
- Marchioli, Audrey. « Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive », *Market Management*, vol. vol. 6, no. 1, 2006, pp. 17-36.

- Marzano, Michela. « Foucault et la santé publique », *Les Tribunes de la santé*, vol. 33, pp. 39-43.
- Masson, Estelle. « Les représentations de l'alimentation à l'épreuve des politiques préventives de santé publique. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. vol. 29, no. 4, 2011, pp. 63-68.
- Martin Claude. Agnès Pitrou, Les politiques familiales. Approches sociologiques, 1994. In: *Sociologie du travail*, 38^e année n°2, Avril-juin 1996. pp. 235-237.
- Membrado, Monique. « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. vol. 25, no. 2, 2006, pp. 16-31.
- Montandon, C. (1996). Les relations des parents avec l'école. *Lien social et Politiques*, (35), 63–73.
- Morin, Michel. « Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial », *Spirale*, vol. no 37, no. 1, 2006, pp. 29-41.
- Pothet, Jessica. « PAYET Jean-Paul. École et familles. Une approche sociologique. Bruxelles : De Boeck, 2017, 133 p. », *Revue française de pédagogie*, vol. 199, no. 2, 2017, pp. 147-148.
- Prêteur, Yves, et Myriam de Leonardis. « Précarités et scolarités », *Empan*, vol. no 60, no. 4, 2005, pp. 101-107.
- Ridha Abdmouleh, « Construction sociale de la maladie et rapport aux médecines. Une approche dynamique et intégratrice », *Insaniyat / إنسانيات*, 38, 109-91, 2007 .

- Stévenin, Philippe. « La santé par l'éducation », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. vol. 39, no. 1, 2006, pp. 75-96.
- <http://www.mangerbouger.fr/Manger-Mieux/Que-veut-dire-bien-manger/Equilibrer-et-varier-son-alimentation>