

PRATIQUES ET REPRÉSENTATIONS DE SANTÉ PARMIS DES PARENTS DE
MILIEUX POPULAIRES ET D'ORIGINE MIGRANTE :

LES ENJEUX DE LA TRANSMISSION ET L'ARBITRAGE ENTRE DIFFÉRENTES VALEURS

Rédigé par **Mizgin Kobulan**

Sous la direction de **Monica Aceti**

Dans le cadre du pro-séminaire :

« **La promotion de la santé par le mouvement** »

Université de Fribourg

Faculté des Lettres, Département des sciences sociales

Chaire francophone du domaine sociologie, politiques sociales et travail social

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	5
PREMIÈRE PARTIE	7
1. ÉTAT DE LA QUESTION.....	7
1.1. Une injonction à la « bonne santé ».....	7
1.2. Les usages sociaux de santé	11
1.3. La transmission des pratiques de santé.....	14
2. PROBLÉMATIQUE	18
2.1. Se mettre en mouvement : une question de volonté ou d'arbitrage ?.....	18
2.2. Promotion de la santé en Suisse : une prise en compte des inégalités sociales ?	20
2.2.1. Un ciblage en fonction des âges.....	21
2.2.2. Un accès difficile aux milieux migrants	22
2.2.3. Le corps : toujours plus épargné ?.....	24
2.3. Une reproduction linéaire des inégalités ?.....	24
3. MÉTHODOLOGIE	26
3.1. Objectifs de recherche	26
3.2. Les outils méthodologiques.....	26
3.3. Description du corpus de données.....	27
3.4. Présentation des portraits.....	27
3.4.1. La famille Lopes	28
3.4.2. La famille Kalludra	28
3.4.3. La famille Pires	29
DEUXIÈME PARTIE.....	30
4. LES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DU SPORT.....	30
4.1. L'influence du milieu social : l'habitus.....	30
4.1.1. Mettre des mots sur des maux	30
4.1.2. La réflexivité.....	30
4.1.3. Activités physiques et plaisir	31
4.1.4. La maladie comme frein à l'action.....	32
4.1.5. Des activités autour du ménage.....	33
4.1.6. Pénibilité des activités.....	33
4.2. L'influence des représentations culturelles	34
4.2.1. Représentations culturelles : définition.....	34
4.2.2. Les croyances religieuses : la maladie selon l'Islam	35
4.2.3. La réticence à l'égard des médicaments	37
4.2.4. Les croyances « profanes »	38

5.	LES RESSOURCES ET LES OBSTACLES À LA SANTÉ.....	40
5.1.	Le sport et l'esthétisme.....	40
5.2.	La sociabilité et le « goût du temps »	40
5.3.	Les espaces d'activité.....	41
6.	LA TRANSMISSION DES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DU SPORT	42
6.1.	Les acteurs de la transmission	42
6.2.	Les représentations du « corps en forme »	42
6.3.	Les représentations de la « bonne santé »	43
6.4.	Les représentations de la « mauvaise santé »	44
7.	RÉSULTATS ET CONCLUSION	45
	TROISIÈME PARTIE.....	47
8.	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE	48
	ANNEXES.....	53

INTRODUCTION

Les pratiques sportives sont socialement et culturellement variées. Dans certains groupes, elles sont perçues comme des loisirs, des jeux organisés ou traditionnels, dans d'autres elles permettent d'exprimer la virilité, la compétitivité et la performance. De plus, le sport est souvent associé à un moyen d'accéder ou de maintenir une santé idéale. C'est dans cette perspective que ce travail appréhende le sport au sens large, associé à la promotion de la santé. Comment mettre en mouvement son corps pour être en bonne santé ? Quels sont les facteurs qui influencent cet engagement dans une pratique sportive et quel est son lien avec la santé ? Pour comprendre ces mécanismes, il semble pertinent d'analyser les représentations sociales et culturelles liées aux pratiques sportives et plus largement aux pratiques de santé.

Les travaux de Markus Lamprecht et al¹ sur l'activité et la consommation sportives de la population suisse montrent que les motivations de la pratique d'un sport sont extrêmement variées². Le contact avec la nature, la santé et le plaisir se situent parmi les facteurs les plus importants chez les personnes interrogées, tandis que la compétition et la performance sont au bas de la liste. Selon cette étude, ce n'est qu'à partir des années 2000 que ces motivations se placent devant la performance. Peu avant, en 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît pour la première fois l'obésité comme étant une maladie. C'est à partir de ce moment-là que l'obésité est considérée comme un problème social et que sont mis en œuvre des moyens pour lutter contre cette « épidémie »³.

L'emploi du terme « épidémie » par les médias et les programmes de santé publique peut être qualifié d'abusif. En effet, il est employé pour souligner l'ampleur du problème de l'obésité mais peut être questionné et analysé en tant que construction sociale. D'un facteur de risque, l'obésité s'est transformée en maladie puis en épidémie, alors qu'elle n'est ni infectieuse, ni contagieuse. De plus, la norme pour qualifier l'excès de poids ou l'obésité, c'est-à-dire l'indice de masse corporelle (IMC), a évolué. En 1998, sous la pression de l'IOTF⁴, l'OMS abaisse la frontière entre le poids normal et le surpoids, ce qui augmente le nombre d'individus faisant partie de la catégorie du surpoids⁵. De plus, l'IMC ne prend pas en compte l'âge, le sexe ou encore la morphologie des individus et ne suffit donc pas à définir l'état de santé.

Le changement plaçant nature, santé et plaisir au premier plan des intérêts sportifs repérés par les sociologues s'est-il produit en même temps que l'inscription de la lutte contre le surpoids et l'obésité dans les priorités de la santé publique ? La manière dont la société se charge d'un problème social a une influence sur les représentations que s'en font ses membres et ces représentations ont-elles-mêmes une influence sur la régulation des problèmes sociaux. Il est donc pertinent d'analyser à la fois ces

¹ Lamprecht, M., et coll. (2014). *Sport Suisse 2014. Activité et consommation sportives de la population suisse*, Observatoire Sport et activité physique Suisse c/o Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

² *Ibid.* p. 17.

³ Schopper, D. (2010). « Poids corporel sain » avant l'âge adulte. *Qu'avons-nous appris de nouveau depuis 2005 ?* Promotion Santé Suisse.

⁴ = International Obesity Task Force ; SES ENS, Accueil > Dossiers > Les grands dossiers, (2010). « II. La sociologie sur l'obésité », <http://ses.ens-lyon.fr/ii-la-sociologie-i-sur-i-l-obesite-108926.kjsp>

⁵ Le Garrec, S. (2014). *La prévention des risques*, Cours magistral donné lors du semestre de printemps 2014, séance 11, Université de Fribourg.

deux aspects – les représentations sociales et les politiques de santé publique – qui tendent à interagir dans la société et à la redéfinir dans un processus en adaptation constante.

Cette montée en puissance de la question du « surpoids » et de l'« obésité » a pour objectif, entre autres au niveau des programmes d'action cantonaux de « Poids corporel sain », le ciblage de certaines populations, notamment celles qui sont en situation de pauvreté⁶ et d'origine migrante⁷. Cependant, il y a peu de travaux sur les pratiques physiques réelles de santé croisées avec les milieux populaires et migrants, dans une perspective qualitative d'entretiens approfondi. Comment le milieu social et la culture d'origine influencent-ils les pratiques de santé en lien avec le sport, le mouvement ou les activités sédentaires ? Ce travail sera une tentative de réponse à ces questionnements.

⁶ *Ibid.* p. 14.

⁷ Furrer, C. (2010). *Évaluation des programmes d'action cantonaux « Poids corporel sain », résumé : synthèse intermédiaire 2010 de leur réalisation et de leurs effets*, Interface Politikstudien et l'Institut pour l'économie de la santé de Winterthur.

PREMIÈRE PARTIE

1. ÉTAT DE LA QUESTION

Afin de comprendre les différents mécanismes qui se jouent dans la manière de gérer son « capital santé », nous tenterons d'apporter de façon succincte et non-exhaustive, un ensemble d'éléments théoriques permettant de comprendre les pratiques et les représentations associées à la santé. Tout d'abord, il importe de montrer comment la santé est devenue une préoccupation majeure dans nos sociétés et les conséquences que cela induit chez les individus. Ensuite, seront abordées les questions des usages sociaux de la santé et des inégalités sociales qui en découlent. Finalement, nous nous intéresserons à la transmission de ces pratiques et à l'importance du rôle des mères dans la transmission.

1.1. Une injonction à la « bonne santé »

Les programmes nationaux de prévention de la maladie et de promotion de la santé, tant au niveau suisse qu'euro-péen, ciblent les conduites alimentaires et les pratiques sportives des individus dans un but d'appropriation d'un mode de vie sain et actif. Cette injonction à la « bonne santé » peut notamment se réaliser sous la forme de recommandations à manger sainement et à se mettre en mouvement⁸. En outre, il y a un intérêt grandissant des politiques de santé pour la promotion du mouvement quotidien, désigné par la terminologie récente de « mobilité active »⁹.

La santé ne consiste plus seulement à soigner un mal qui a fait surface ou à panser une blessure, elle nécessite désormais d'être entretenue quotidiennement. Le paradigme de la « salutogenèse », proposé il y a 30 ans par Aaron Antonovsky¹⁰ est plus que jamais d'actualité. Cette notion met en évidence un nouveau point de vue, centré non plus sur la maladie mais sur la santé. La santé n'est dès lors plus pensée comme un état statique mais comme un continuum maladie-santé.

Derrière les différentes injonctions à la santé, il y a l'idée en référence au propos du célèbre docteur Knock dans la pièce de théâtre de Jules Romains que « *tout homme bien portant est un malade qui s'ignore* »¹¹. Dans un récent ouvrage¹², le Dr Sauveur Boukris dénonce la surmédicalisation, le sur-diagnostic, ainsi que le sur-traitement des patients. Selon l'auteur, l'augmentation artificielle du nombre de malades aurait pour but d'« *inciter à consommer toujours plus de médicaments, de tests biologiques, d'exams divers.* »¹³. La promotion de la santé semble actuellement vouloir faire l'éducation de ce « malade qui s'ignore », en privilégiant les notions d'autonomie et de responsabilité dans la gestion d'un « capital salutaire »¹⁴. Ce concept est tiré d'une étude comparative des

⁸ Par exemple, le programme national français nutrition santé et sa campagne « manger, bouger ».

⁹ Götschi, T. & al. (2015). *Aktive Mobilität und Gesundheit. Rapport de base pour le rapport national sur la santé 2015* (Obsan Dossier 47). Neuchâtel : Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

¹⁰ Lindström, B. & Eriksson, M. (2012 [2010]). *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé* (trad. de The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion), Presse de l'Université de Laval, 140 p.

¹¹ Romains, J. (1972). *Knock*. Coll. Folio, Gallimard. 118 p.

¹² Boukris, S. (2013). *La Fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente*. Coll. Santé. Ed. Le Cherche Midi. 236 p.

¹³ *Ibid.* p. 11.

¹⁴ Aceti, M. & Vieille Marchiset, G. (2014) « Un capital salutaire à transmettre : analyse comparative des programmes de promotion de la santé par l'activité physique en Europe », *Revue JuriSport*, Juris éditions, Dalloz, p. 41.

programmes nationaux de promotion de la santé par les activités physiques en France, Allemagne, Suisse et Italie, réalisé par Monica Aceti et Gilles Vieille Marchiset¹⁵. Il met en avant la valorisation du « salut » par le corps, « *soutenu par des stratégies publiques visant, par la valorisation des uns et la stigmatisation des autres, à induire des conduites corporelles dans un marché des corps sains et épanouis* »¹⁶.

L'objectif des acteurs de la promotion de la santé est ainsi de renforcer l'autonomie des individus afin d'instaurer l'égalité des chances en matière de santé¹⁷. Cependant, selon Thomas Mattig – directeur de Promotion Santé Suisse – cette approche peut être critiquée pour son aspect « paternaliste » et le message délivré est quelque peu contradictoire : il incite les personnes à être libres du moment où elles adoptent un mode de vie sain, ce qui sous-entend que « *les acteurs de la promotion de la santé savent ce qui est bon pour les individus, et qu'ils veillent sur eux* »¹⁸. Il relève alors un paradoxe : l'objectif de la promotion de la santé est de rendre les individus autonomes, mais pour y parvenir, elle doit également mettre en place des mesures de soutien et d'accompagnement¹⁹. En effet, cette autonomie ne viserait pas à satisfaire égoïstement les besoins des individus mais permettrait d'assumer la responsabilité de ses propres actions envers soi-même et envers les autres²⁰. Thomas Mattig préconise donc une approche où chaque individu est libre d'agir comme il le souhaite, mais que conjointement les messages des programmes de promotion de la santé s'appliquent à communiquer des « bonnes pratiques », afin d'améliorer les conditions de vie.

Ayant reçu les « bonnes » informations lui permettant d'agir en faveur de sa santé, l'individu peut suivre consciencieusement les prescriptions médicales. Tout écart à ces recommandations implique une forme de culpabilité et de morale à son encontre. Peut-on dès lors dire que l'individu est libre ? De plus, est-il pleinement responsable de sa santé, dès lors que ses pratiques répondent à certaines nécessités ? Nous y reviendrons. Enfin, comment expliquer que la santé soit devenue une préoccupation majeure dans les sociétés contemporaines alors que la qualité et les conditions de vie n'ont jamais été aussi bonnes ? Deux raisons peuvent être évoquées :

D'une part, l'explication peut se situer du côté de la « mise en risque du monde »²¹, d'après Patrick Peretti-Watel : « *A mesure que des pans entiers de notre existence étaient « mis en risque », à mesure que tous les problèmes sociaux, économiques ou politiques étaient redéfinis en terme de risques, la prévention a été érigée en principe* »²². Cette notion de risque est, selon Anthony Giddens²³, une conséquence de la modernité. En effet, nos sociétés sont de plus en plus réflexives et individualistes. Elles sont en proie à la réflexion sur elles-mêmes, avec la peur de créer des incertitudes. Elles ne sont plus axées sur le passé mais désormais sur le futur. La quête d'une sécurité absolue se traduit dans le

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ *Idem.*

¹⁷ Mattig, T. (2014). *L'autonomie, un défi pour la promotion de la santé*. Promotion Santé Suisse Document de travail 19, Berne et Lausanne, p. 10.

¹⁸ *Ibid.* p. 10.

¹⁹ *Ibid.* p. 12.

²⁰ *Ibid.* p. 13.

²¹ Peretti-Watel, P. & Moatti, J.-P. (2009). *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Editions du Seuil et La République des Idées. Coll. Dirigée par Pierre Rosanvallon et Ivan Jablonka, 112 p.

²² *Ibid.* p. 7.

²³ Giddens, A. (2000). *Les conséquences de la modernité*, L'Harmattan, Théorie sociale contemporaine : 192 p.

domaine médical par une prévention accrue de risques sanitaires. D'autre part, les configurations sociales actuelles (vieillesse de la population et allongement de l'espérance de vie) remettent en question le système de santé. En effet, les coûts de la santé pour la collectivité sont de plus en plus élevés, ce qui amène à reconsidérer la santé et à valoriser les pratiques encourageant une vie saine, pour pouvoir continuer à garantir un accès égal aux soins pour tous. La santé ne concerne alors plus uniquement chaque individu mais également la collectivité qui en supporte les coûts pour les soins.

Ces changements de perspective induisent des attentes envers les individus, tenus d'être responsables de leur santé et d'agir consciemment. Le principe de précaution et le « devoir de santé »²⁴ peuvent donc prévaloir sur les libertés individuelles et le principe de solidarité, sur lequel sont basées les assurances sociales. Certaines initiatives souhaitent par exemple faire payer les primes maladies en fonction des risques encourus²⁵ : les fumeurs et les personnes corpulentes devraient payer plus par exemple. D'autres encore imaginent rembourser les soins en fonction des bonnes pratiques adoptées ou non par les malades²⁶. Cependant, ce système remettrait en cause l'accès universel aux soins. Les individus ne sont pas tous égaux face à la maladie et cela constituerait donc une forme d'injustice. Les travaux épidémiologiques sur les différences d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles et les analyses des sociologues de la santé ont démontré les inégalités sociales de santé²⁷.

La lutte contre les mauvaises pratiques de santé vise majoritairement des comportements : par exemple l'excès, la paresse, le manque de volonté ou l'incapacité à se gérer. En somme, des « trop » et des « pas assez » qui vont à l'encontre des normes sociétales.

Selon Jean-Paul Génolini et Jean-Paul Clément, la lutte contre la sédentarité « s'érige en morale de l'exercice physique sous la pression de l'autorité médicale »²⁸. La politique préventive tente à la fois de limiter les accidents et les blessures liés aux pratiques sportives, tout en incitant à « se bouger » afin de réduire les risques liés à l'inactivité. La problématique de la sédentarité a pris le devant de la scène. Cette « morale préventive » fait appel à la responsabilité individuelle autour des principes du « bien manger » et « bien bouger »²⁹. Les auteurs constatent également que l'inactivité est traitée dans les campagnes médiatiques d'éducation pour la santé comme une conduite déviante et pathogène³⁰. Ceux qui ne suivent pas ces recommandations, ou qui les transgressent par des pratiques à risque, peuvent donc être désignés, ciblés, voire stigmatisés : par exemple, le fumeur peut être perçu comme un « pollueur égoïste », un être « malodorant », un salarié « moins productif » que les autres³¹. Qui plus

²⁴ Le Blanc, G. (2010). « Le devoir de santé. Journal de l'année de la grippe (III) », *Esprit* 2010/1 (Janvier), p. 232-234.

²⁵ Bachman, D. & Riehle, S. (2014). « L'avortement est une affaire privée », <http://www.jetdencre.ch/lavortement-est-une-affaire-privee-5675>

²⁶ Couples et familles (2012). Publications > Les dossiers NFF > Nos analyses et réflexions > « Faut-il priver les fumeurs de remboursements de soins ? », www.couplesfamilles.be

²⁷ Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*, Anthropos. Economica, 280 p. ; Fassin, D. & al. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, 448 p. ; Bihl, A. & Pfefferkorn, R. (2006). *Les inégalités sociales de santé*. Revue *ζ* Interrogations ? 6 ; Pol, T. d. S. (2008). *Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent*. 20, 175-179.

²⁸ Génolini J.-P., Clément J.-P. (2010). « Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort », *Sciences sociales et sport*, 2010/1 N° 3, p. 133-156.

²⁹ *Ibid.* p. 135.

³⁰ *Ibid.* p. 146.

³¹ Constance, J. & Peretti-Watel, P. (2010). « La cigarette du pauvre ». *Ethnologie française*, 40 : 535.

est, lorsqu'il est au chômage et pauvre³², la cigarette constitue un facteur supplémentaire de discrimination comme le montrent Patrick Peretti-Watel et Jean Constance dans leur article sur *la cigarette du pauvre*³³. Sur un principe similaire, la personne corpulente peut être perçue comme paresseuse et l'obésité appréhendée comme une « pathologie de la volonté ».

Dans son ouvrage sur *L'obésité et ses représentations*³⁴, Julia Csergo constate que l'approche actuelle de l'obésité, devenue priorité de santé publique, néglige souvent les imageries et leurs fondements éthiques et esthétiques³⁵. Elles aboutissent souvent à la désignation de « bons » ou de « mauvais » comportements alimentaires, à une pression sociale qui pèse sur les représentations du corps, à une idéalisation de la minceur, ainsi qu'à « la dénonciation, dans le surpoids, d'une forme de délinquance »³⁶. Si la maladie peut sous certaines formes paraître « invisible », l'apparence, elle, est un facteur direct de différenciation voire de discrimination. Les individus en surpoids ou obèses sont contraints de porter ce « stigmaté » dans leur quotidien. Goffman a conceptualisé cette notion dans son célèbre ouvrage³⁷. Il définit trois types de stigmaté : les stigmatés tribaux, les tares de caractère et les monstruosité du corps. L'obésité peut aussi se rattacher à la typologie énoncée : sa visibilité peut entraîner des conséquences directes dans les interactions sociales, par exemple en donnant lieu à des moqueries dans les cours de l'école ou par une stigmatisation plus silencieuse dans le monde du travail. En effet, l'apparence physique et la santé constituent des facteurs de discrimination dans le milieu professionnel. Jean-François Amadiou considère que la beauté est « une sorte de diplôme ou, du moins, de passeport et de capital humain que le marché du travail reconnaît financièrement »³⁸. Le poids de l'apparence serait loin d'être nul.

Thibaut de Saint Pol démontre également dans son ouvrage *Le corps désirable*, plusieurs études à l'appui, que l'obésité est un facteur de discrimination au travail : « Alors que le sous-poids n'amène aucune différence significative par rapport à un poids « normal », le surpoids, et encore plus l'obésité, diminuent fortement les chances d'être parmi les plus hauts salaires »³⁹. Cette discrimination liée à des inégalités corporelles fonctionne différemment selon le milieu social. Elle touche surtout les femmes en bas de l'échelle sociale et les hommes en haut⁴⁰. En effet, l'auteur explique que plus le revenu d'un homme est élevé, plus sa probabilité d'être discriminé par rapport à son poids et à sa taille est grande. Pour une femme, ce serait l'inverse. Les inégalités économiques et culturelles s'ajoutent aux inégalités corporelles⁴¹, elles ont donc tendance à se cumuler.

³² *Idem*

³³ *Idem*.

³⁴ Csergo, J. (2009). *Trop Gros ? L'obésité et ses représentations*. Paris, Editions Autrement, collection Mutations, 256 p.

³⁵ *Ibid.*, p. 9.

³⁶ *Idem*

³⁷ Goffman, E. (1975 [1963]). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 180 p.

³⁸ Amadiou, J.-F. (2002). « L'apparence physique, une des clefs du succès ? ». *Le poids des apparences*. Paris. Odile Jacob, pp. 75-78, 144-147 (extraits). In Darmon, M. & Détéz, C. (2004). *Corps et société*. La Documentation française, pp.119, n° 907, décembre 2004.

³⁹ Pol, T. d. S. (2010). *Le Corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris, Presses Universitaires de France, coll. "Le lien social", p. 166-175.

⁴⁰ *Ibid.* p. 175.

⁴¹ *Idem*.

Toutefois, la norme de la minceur est aussi critiquée et des corps avec des formes sont parfois valorisés dans les mass media. A l'exemple de « célébrités » telles que Kim Kardashian ou Nicky Minaj qui mettent en avant leurs courbes généreuses. Les formes ne semblent dès lors pas poser de problème, du moment où elles sont bien proportionnées (poitrine et fessier). Or, chez ces célébrités, leurs formes ne résultent pas d'une prédisposition naturelle et avantageuse ou d'efforts physiques. Elles se positionnent comme des « modèles d'embonpoint », en assumant et valorisant une corpulence idéale, façonnée chirurgicalement selon une norme esthétique en vigueur. Ces modifications artificielles sont liées à certains avantages au niveau du capital économique et s'inscrivent dans une tendance croissante à la modification des corps par des moyens chirurgicaux.

Promotion Santé Suisse a récemment publié un rapport sur le programme « Poids corporel sain »⁴² avant l'âge adulte, où sont synthétisées les mesures prises en Suisse et à l'étranger, ainsi que les résultats d'études scientifiques sur le surpoids et l'obésité. Dans ce rapport, les causes principales⁴³ attribuées à la surcharge pondérale sont d'ordre individuel (consommation, trop d'occupations sédentaires, manque d'activité physique, etc.) et sont favorisés par des conditions ambiantes (prix des aliments, publicité, manque de temps, les habitudes de vie, etc.). Or, des facteurs sociaux entraînent également une différenciation des pratiques et ne sont pas mentionnés dans le rapport.

L'étude sur l'activité et la consommation sportives de la population suisse⁴⁴ montre, par exemple, que l'activité sportive dépend du statut social : « plus le niveau de formation est élevé, plus la personne est active »⁴⁵. Ainsi, près de la moitié des personnes ayant uniquement suivi la scolarité obligatoire ne pratiquent aucun sport. D'autres facteurs entrent également en compte, notamment la présence d'enfants en bas âge dans le ménage, la nationalité, le sexe et le revenu.

Comment est alors reçue l'injonction à la « bonne santé » ? De quelle manière se mettent en place des différences à l'intérieur les classes sociales et quelles y sont les logiques qui sous-tendent les pratiques de santé et les pratiques à risque ?

1.2. Les usages sociaux de santé

Selon Jean-Pierre Corbeau, la prévalence de l'obésité dans les milieux défavorisés pourrait s'expliquer par un désir de « revanche sociale » des couches populaires habituées au manque : « pour les groupes sociaux qui, à l'échelle de l'histoire, auraient le plus souffert de la faim, le contexte contemporain d'abondance pourrait être vécu sur le plan de l'imaginaire social comme l'occasion d'une revanche »⁴⁶. La peur du manque pourrait donc être l'un des moteurs de « mauvaises » pratiques de santé dans les milieux populaires, par exemple par la consommation excessive d'aliments à forte teneur énergétique. Par ailleurs, les aliments les moins chers sont souvent considérés comme les plus mauvais pour la santé. Privés d'un certain nombre de gratification, les individus de milieu défavorisé

⁴² Schopper, D. (2010). *Op. cit.*

⁴³ *Ibid.* p. 16.

⁴⁴ Lamprecht, M., et coll. (2014). *Op. cit.* p. 28.

⁴⁵ *Ibid.* p. 26.

⁴⁶ Jean-Pierre Corbeau cité par Poulain J.-P., (2002). « Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques ». Paris, Ed. Privat: 160-163, p. 161, http://www.lemangeur-ocha.com/wp-content/uploads/2012/05/09_Chapitre7.pdf.

pourraient s'octroyer des plaisirs du quotidien, à travers les aliments ou le repos, facile d'accès et au bénéfice directement ressenti.

En se basant sur les analyses de Jeffery Sobal et Albert J. Stunkard portant sur 144 études publiées dans des revues scientifiques⁴⁷, Jean Pierre Poulain relève que, dans les sociétés modernes, la distribution de l'obésité est presque aléatoire durant l'enfance et qu'une différenciation se fait à l'âge adulte. Il envisage alors deux hypothèses explicatives : « *Le premier considère les statuts socio-économiques comme déterminants de l'obésité. [...] Une autre lecture peut voir l'obésité comme ayant une influence sur les statuts socio-économiques* »⁴⁸. La première hypothèse nous invite à considérer l'existence de déterminants sociaux de la santé, tandis que la seconde met en lien les effets de l'obésité sur les trajectoires sociales. Il parle alors de « *cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité* »⁴⁹ quand la victime entre dans un processus d'acceptation de ce « stigmaté ». On comprend alors dans quelle mesure l'obésité peut être un « effet » de nos sociétés actuelles et comment les conditions peuvent renforcer le lien entre pauvreté et obésité.

Patrick Peretti-Watel et Jean Constance⁵⁰ relèvent quant à eux, dans leurs travaux sur les pratiques tabagiques, que d'autres rationalités prévalent sur les recommandations faites en matière de santé. Ces pratiques peuvent, par exemple, suivre des valeurs d'intégration, entraîner une reconnaissance ou simplement être le fait d'une incapacité à faire autrement. En effet, les auteurs arrivent au constat que la lutte antitabac rencontre une résistance très forte parmi les fumeurs pauvres car leur consommation a d'autres raisons d'être que celle des fumeurs de milieux favorisés : « *pour ces fumeurs privés d'argent, de loisirs, et souvent isolés, vivant ancrés dans un présent sans avenir, la cigarette constitue souvent l'un des derniers plaisirs de l'existence, l'occasion d'en soulager provisoirement les tensions, et aussi le moyen de restaurer un lien social qui se délite* »⁵¹. La politique de « dénormalisation », entreprise en Amérique du Nord, dans la lutte contre le tabac a permis un recul du tabagisme mais uniquement chez des fumeurs souhaitant maintenir ou renforcer leur intégration sociale⁵². Pour les populations les plus exclues, elle n'a pas eu l'effet souhaité. L'arrêt de la cigarette est davantage envisagé comme « *une privation et un accablement supplémentaire* »⁵³.

Au regard de ces deux exemples de diffraction – la peur du manque et les nécessités primant sur le « devoir de santé » – nous sommes amenés à questionner l'efficacité des discours préventifs. En effet, des « stratégies de conjurations »⁵⁴, c'est-à-dire « *des manières d'écarter, d'éluder ou de minorer un risque pourtant perçu comme tel au départ* » et des « croyances profanes »⁵⁵, sont mises en place pour contrer les recommandations de santé. Certaines pratiques sont le résultat d'un arbitrage entre des risques concurrents⁵⁶. Par exemple, boire de grandes quantités d'alcool avec ses amis paraît moins

⁴⁷ *Ibid.* p. 160.

⁴⁸ *Ibid.* p. 161.

⁴⁹ *Idem.*

⁵⁰ Constance J., Peretti-Watel P., (2010). « La cigarette du pauvre ». *Ethnologie française* 40(3) : 535-542.

⁵¹ *Ibid.* p. 535.

⁵² *Ibid.* p. 536.

⁵³ *Ibid.* p. 537.

⁵⁴ Le Garrec, S. (2013), *La prévention des risques*, Université de Fribourg, note de cours.

⁵⁵ Par exemple, considérer que grâce aux progrès médicaux, les risques sanitaires ne sont pas si « graves » (même si la pratique tabagique peut entraîner un cancer des poumons, une greffe peut nous sauver).

⁵⁶ Peretti-Watel, P. & Moatti, J.-P. (2009). *Op. cit.*

risqué pour certains jeunes que d'être mis à l'écart parce qu'ils ne consomment pas. Les risques sont donc en concurrence. Des valeurs et des principes propres aux groupes sociaux d'appartenance dirigent également les pratiques alimentaires. Par exemple, le principe consistant à savoir profiter du moment présent, inscrit dans les représentations populaires selon Enrique Martin-Criado⁵⁷, va à l'encontre d'une préoccupation quotidienne pour une santé future. Les soins sont uniquement prodigués en cas de maladie : il n'y a donc pas un souci permanent vis-à-vis de la santé.

Il est également important de distinguer les « usages sociaux du corps »⁵⁸ qui ont une influence sur les pratiques de santé. Par son analyse pionnière de la consommation médicale, Luc Boltanski avait montré que les aptitudes à verbaliser les sensations corporelles varient en fonction des classes sociales d'appartenances car « *l'établissement d'un rapport réflexif au corps est peu compatible avec une utilisation intense du corps* »⁵⁹. Une « culture somatique du corps », commune à un groupe social donné, régirait les conduites physiques des individus. Les ouvriers seraient moins à l'écoute de leur corps que les cadres, par exemple. Ces différences de perception des sensations morbides engendrent des rapports inégaux avec le milieu médical. Un rapport de force s'établissait entre le patient et son médecin, selon l'analyse du sociologue dans les années 1970, car celui-ci détenait un avantage : le savoir médical. Plus la distance sociale entre le médecin et le patient était grande, plus ce rapport de force aurait eu une importance.

Actuellement, le rapport hiérarchique entre l'expert médical et le patient a évolué vers le soin centré sur le patient acteur, appelé à s'impliquer dans des décisions médicales partagées et à prendre en charge sa santé par du « self-monitoring »⁶⁰. L'individu est tenu de gérer sa propre santé à travers l'adoption de comportements sains et l'approbation de soins centrés sur lui-même et sa famille : « *Healthism, self-surveillance and individual regulation affect the experience of healthy and ill individuals, their relationships with healthcare professionals, but also public health policies and the monitoring of population health [...]* »⁶¹.

Cependant, la littérature en sciences sociales du sport montre que des différences de pratiques se creusent en fonction des milieux sociaux d'appartenance. Selon Markus Lamprecht, Adrian Fischer et Hanspeter et Stamm⁶² la corrélation entre le comportement sportif d'un individu et son revenu constitue le facteur d'influence prédominant de l'engagement dans des pratiques sportives. Parmi les personnes interrogées dans leur enquête, la proportion des « inactifs », c'est-à-dire de ceux qui ne pratiquent jamais d'activités physiques, se trouve en majorité chez les individus ayant un revenu inférieur à la moyenne. Le niveau de scolarité joue également un rôle important dans la distribution des comportements sportifs selon cette étude. Plus le niveau de formation est bas, plus l'inactivité est grande.

⁵⁷ Martín-Criado, E. (2015). Traduit de l'espagnol par Séverine Rosset. « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de famille des classes populaires », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2015/3 (N° 208), p. 74-87.

⁵⁸ Boltanski, L. (1971). « Les usages sociaux du corps ». *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26: 205-233.

⁵⁹ *Ibid.* p. 222.

⁶⁰ Université de Genève > Sciences de la société > Sociologie > Recherche > « Healthy lives: technologies, policies and experiences », <http://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fit/recherche/healthy-lives-technologies-policies-and-experiences>

⁶¹ *Idem*

⁶² Lamprecht, M., et al. (2014). Sport Suisse 2014. « Activité et consommation sportives de la population suisse », Observatoire Sport et activité physique Suisse.

De plus, l'écart entre la proportion de ceux qui pratiquent régulièrement un sport et ceux qui n'en pratiquent jamais s'est accentué au fil des années⁶³. Soit le sport est pratiqué de manière intense, soit il n'est jamais pratiqué ; donc soit on est sportif, soit on ne l'est pas. Cette « inactivité » peut avoir à long terme des conséquences sur la santé physique et mentale des individus, comme le montrent de nombreuses recherches⁶⁴ dans ce domaine, pouvant entraîner des coûts importants de santé. Comment expliquer dès lors l'existence, voire l'accentuation de ces inégalités sociales face à la pratique physique et sportive ? Différentes hypothèses expliquent la non-adhésion des milieux populaires aux « bonnes pratiques » de santé mais les travaux portant spécifiquement sur les activités physiques ou sportives de santé et les milieux populaires sont encore peu nombreux.

Dans la partie suivante, nous présenterons un état de la littérature choisie concernant la transmission des pratiques de santé, en particulier dans les milieux populaires.

1.3.La transmission des pratiques de santé

Le premier mode d'acquisition des pratiques de santé se fait par la transmission, c'est-à-dire par l'imitation, la reproduction et l'inculcation de gestes, normes, attitudes et pratiques. Les parents sont les premiers agents de transmission au cours de la socialisation dite primaire. Le système scolaire et les dispositifs de prévention interviennent ensuite durant la socialisation secondaire. C'est pourquoi, il est pertinent d'analyser la manière dont les parents inculquent ces normes, ainsi que de comprendre qui détient ce rôle et qui sont les prescripteurs, et enfin, de quelle manière ces normes sont reçues par les enfants.

La mère a un rôle essentiel dans la transmission des pratiques de santé. Malgré une plus grande égalité entre les sexes et une implication croissante des pères, la mère détient encore souvent la plus grande part de responsabilité dans la santé de son enfant⁶⁵. Dans les milieux populaires, le modèle de la mère « sacrifiée » détient encore une grande légitimité. Ainsi, la « bonne mère » doit s'oublier pour incarner au mieux ce rôle, comme l'explique Enrique Martín-Criado : « *La bonne mère (...) fait passer ses désirs et ses besoins après ceux de ses enfants et de son mari ; elle ne mesure ni ne calcule ce sacrifice ; elle s'oublie elle-même en faisant don de son temps, de son travail et de son corps pour le bien-être de la famille.* »⁶⁶.

Caroline Desprès⁶⁷ analyse notamment comment, en contexte de précarité, les besoins sont négociés au détriment des soins. Elle analyse les *révélés de soins* de Mireille, une mère seule avec ses quatre filles. Trois dimensions s'enchevêtrent : la santé, le milieu social et le genre. Même si l'auteure ne cible pas particulièrement la dimension du genre, elle paraît assez flagrante. La mère se préoccupe

⁶³ Swiss Olympic Studien 1978-1994; Sport Schweiz 2000 und 2008, référence tirée du cours Aceti M. « Inégalités sociales et santé », Université de Fribourg, séance du 06.11.14.

⁶⁴ Office fédéral de la santé publique (OFSP), Thèmes > Nutrition et activité physique > Système de monitoring > Recueil d'indicateurs > Indicateur 5.1: « Maladies non transmissibles en lien avec l'alimentation et l'activité physique », www.admin.ch

⁶⁵ Cicchelli, V. & Maunaye, E. (2001). « Significations de la responsabilité parentale à la naissance de l'enfant et après son adolescence », *Lien social et politiques*, n° 46, p. 85-96.

⁶⁶ Martín-Criado, E. (2015). *Op. cit.* p. 77.

⁶⁷ Desprès, C. (2013). « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 6 | 2013, mis en ligne le 27 mai 2013, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1078> ; OI : 10.4000/anthropologiesante.1078.

beaucoup de la santé de ses filles mais en ce qui la concerne, elle s'oublie : « *Au cours de l'entretien, elle décrit abondamment les problèmes de santé de ses filles sans jamais parler d'elle.* »⁶⁸.

Cette conception du rôle maternel se trouve ébranlé par l'individualisme grandissant de notre société occidentale. La mère est appelée non seulement à être une « bonne mère », mais également à assumer son rôle de femme et correspondre aux normes dominantes, notamment celle de la minceur, ce qui peut amener à une ambivalence⁶⁹. En effet, la majorité des mères se tient en tension entre ces deux modèles qui sont tous deux légitimes à leurs yeux. Leur discours varie ainsi en fonction de la situation et de l'interaction. La majorité des mères invoquent ainsi des arguments de santé – le cholestérol ou d'autres conséquences médicales de l'obésité – pour justifier la nécessité de faire attention à soi. Ce recours aux discours médicaux leur permet de légitimer leur contrôle de poids comme une pratique de santé et non une manière de « trop se regarder »⁷⁰.

De plus, l'évolution permanente des normes éducatives et des ouvrages spécialisés entraîne les femmes « *dans un cercle infernal de l'expertise* »⁷¹. Dans son ouvrage sur *Le métier de mère*⁷², Séverine Gojard analyse la manière dont les mères apprennent les pratiques de soin à instiguer à leur nourrisson, quels sont les prescripteurs de soin et comment les mères jonglent entre différentes prescriptions. Les mères s'appuient principalement sur leur propre expérience, les conseils de leur famille et de spécialistes du domaine de la petite enfance. Il arrive que la mère se retrouve face à des normes hétérogènes, voire contradictoires ou opposés, et qu'elle doive puiser parmi les différentes prescriptions dans la pratique quotidienne.

L'auteure définit trois modèles en matière de prise de conseil dans le domaine de la santé. Le premier modèle « au feeling » rend compte de la mère qui suit son « instinct » et refuse de suivre les prescriptions venant du « haut ». Le second modèle « à l'ancienne » correspond à celui de la mère qui suit des méthodes traditionnelles ayant fait leur preuve au fil des générations, comme celles de leur propre mère. Enfin, le troisième modèle « à la lettre » renvoie aux mères qui appliquent de manière stricte les recommandations de spécialistes.

Les mères de classes supérieures, souvent dépourvues d'expérience dans la pratique de soins aux nourrissons, pallient ce manque de compétence par un recours à des prescripteurs « savants » ou à des publications spécialisées⁷³. Les mères de classes populaires, quant à elles, sont davantage dans un modèle « familial » car la légitimité d'un conseil provient de la réussite de sa mise en pratique⁷⁴. Ce schéma est renforcé par le fait que le statut social des mères de classes supérieures est souvent différent de celui des spécialistes. En référence à la thèse de Luc Boltanski⁷⁵, lorsque la distance sociale est grande entre le médecin et son patient, des rapports de pouvoir peuvent être engendrés. Le spécialiste, tout comme le médecin, peut ainsi faire figure de « moralisateur » et donner le sentiment

⁶⁸ *Ibid.* p. 6.

⁶⁹ *Idem*

⁷⁰ Martín-Criado, E. (2015). *Op. cit.* p. 81.

⁷¹ Cicchelli, V. & Maunaye, E. (2001), *ibid.* p. 88.

⁷² Gojard, S. (2010). *Le métier de mère*, La Dispute, coll. « Corps santé société », 221 p.

⁷³ *Ibid.* p. 15.

⁷⁴ *Idem.*

⁷⁵ Boltanski, L. (1971). *Op. cit.*

d'imposer sa vision des choses, ce qui pourrait créer des différences de réception, liées soit à des défauts de compréhension, soit à un refus d'appliquer les prescriptions.

Si les mères suivent plusieurs modèles en matière de soins à prodiguer à leurs nourrissons, il existe également des pratiques différenciées dans le domaine de l'alimentation, en fonction du milieu social d'origine. Dans leur analyse des normes alimentaires⁷⁶, Faustine Régnier et Ana Masullo constatent que « bien nourrir son enfant » ne revêt pas le même contenu en milieux aisés ou modestes. Dans les milieux aisés cet acte prend la forme d'inculcation de principes, tandis qu'en milieux modestes il revient à une valorisation de l'abondance et de l'exercice d'une forme de choix. Les auteures constatent également que les mères disposant de conditions sociales privilégiées s'investissent très tôt dans l'« éducation alimentaire » de leur enfant. Leur fierté réside, en outre, dans l'inculcation d'un goût conforme aux recommandations nutritionnelles. Pour les mères de milieux modestes, la priorité est que leurs enfants mangent à leur faim et qu'ils mangent ce qui leur plaît. Le devoir de mère les conduit à proposer un grand nombre d'aliments à leurs enfants et à satisfaire leurs besoins. Ce processus, selon les auteures, serait une réaction à la « peur de manquer »⁷⁷ et aurait pour origine une persistance de très anciennes représentations⁷⁸. Elles retrouvent cette peur exprimée dans de nombreux entretiens. Par exemple, Fatima veut que ses filles « *ne soient pas frustrées d'un manque. Malgré que je n'aie pas manqué de nourriture. J'ai manqué de vêtements, mais je n'ai pas manqué de nourriture. [...] Oui, oui, j'ai peur de manquer. Ah ça me tuerait, ça. Je serais capable de refaire à manger... [...] Je veux que mes enfants mangent.* »⁷⁹.

L'attitude des mères peut avoir des conséquences sur le rapport qu'entretiennent leurs enfants à la nourriture. Sans pouvoir nous attarder sur les travaux en psychologie, relevons rapidement que le lien entre surpoids/obésité et l'attitude surprotectrice de parents qui veulent « *à tout prix éviter à l'enfant une situation de manque* »⁸⁰ a été mise en évidence. L'enfant aura alors tendance à combler toute forme d'insatisfaction par l'ingestion de nourriture. Relevons également selon une enquête de Jean-Yves Trépos & al. sur les finances domestiques chez des couples de milieux populaires que les dépenses sont le plus souvent assurées par la femme⁸¹, ce qui implique que la gestion des courses, des loisirs et des activités de la famille leur revient.

Le rôle de soin, de protection et de transmission est associé à la mère dans les imaginaires sociaux. Cela ne veut pas dire que le père ne joue aucun rôle dans les soins apportés à son enfant, cependant, la littérature scientifique est moins approfondie sur cette thématique. Le rôle des mères dans tout ce qui touche au « care » peut s'expliquer, outre les explications liées au statut de mère au foyer, par le risque de transmission de certaines maladies lors de la grossesse ou au cours de l'accouchement. Physiquement, la mère a une plus grande proximité vis-à-vis de son enfant. Selon Séverine Gojard, les

⁷⁶ Régnier, F. & Masullo, A. (2009). "Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale." *Revue française de sociologie*, 50(4): 747-773, p. 758-759.

⁷⁷ *Idem*.

⁷⁸ Leroux, L. & Morel, M.-F. (1976). « L'enfance et les savoirs sur le corps. Pratiques médicales et pratiques populaires dans la France traditionnelle », *Ethnologie française*, 6, 3-4, pp. 309-324.

⁷⁹ Régnier, F. & Masullo, A. (2009). *Op. cit.* p. 758-759.

⁸⁰ Gurtner, J.-L. (2014). *Psychopédagogie de l'adolescence*, cours enseigné à l'Université de Fribourg, Semestre de printemps 2015.

⁸¹ Trépos, J.-Y. & al. (2007). « Les marquages conjugaux de l'argent en milieu populaire », *Le Portique*, 19, mis en ligne le 15 décembre 2009, URL : <http://leportique.revues.org/1191>.

débats sur l'allaitement encouragent d'ailleurs cette proximité, au point où l'allaitement serait devenu une « norme sociale »⁸². Toutefois cette norme varie, ici encore, en fonction de l'appartenance sociale des mères. La sociologue distingue deux modèles d'allaitement : le modèle populaire et le modèle savant. De manière schématique, elle décrit l'allaitement dans le modèle populaire comme « *un acte « naturel » très fortement associé à la notion de plaisir, de la mère ou de l'enfant* »⁸³. Dans le second modèle, la durée de l'allaitement est variable et associée à « *un discours normatif extrêmement construit et argumenté, d'origine médicale ou paramédicale, reposant sur des arguments multiples* »⁸⁴. L'auteure distingue également des situations intermédiaires plus difficiles à modéliser qui sont spécifiques aux mères des classes moyennes. Cette comparaison entre deux modèles permet d'expliquer des différences de comportement et l'incorporation d'une forme de culpabilité chez les mères de milieux supérieurs. Perçu comme un acte naturel et censé être facile et plaisant⁸⁵, l'allaitement devient une injonction normative : « *celles qui rencontrent des difficultés en viennent vite à se culpabiliser, voire à mettre en doute leurs capacités maternelles, ou pire l'affection qu'elles portent à leur enfant* »⁸⁶.

Les différents apports théoriques que nous avons mentionnés sur des thématiques aussi diverses que les loisirs et l'activité physique, l'alimentation, les conduites à risque tels que le tabagisme, l'accès aux soins ou encore l'allaitement permettent de rendre compte de l'ancrage social des pratiques de soin et des normes inculqués et transmis aux enfants, en fonction de la classe sociale de la mère.

⁸² Gojard, S. (2003). « L'allaitement, une norme sociale. », *Spirale* 3/2003 (n° 27), p. 133-137. URL: www.cairn.info/revue-spirale-2003-3-page-133.htm.

⁸³ *Ibid.* p. 135.

⁸⁴ *Ibid.* p. 136.

⁸⁵ *Ibid.* p. 137.

⁸⁶ *Idem.*

2. PROBLÉMATIQUE

A travers la littérature scientifique, nous avons montré que la santé tient une place grandissante dans la société actuelle et que les normes sanitaires peuvent induire des attentes et des comportements envers les individus, voire générer des formes de discrimination et de stigmatisation. Nous avons également montré que les « usages sociaux » de la santé et les représentations sociales conduisent à des pratiques de santé différenciées. Or, les politiques de santé publique ont elles-mêmes un ancrage social et culturel qui peut être différent de celui des populations ciblées. Ainsi, les projets mis en place pourraient parfois s'avérer inefficaces. En outre, certaines pratiques « à risque » – d'un point de vue des politiques de santé publique – répondent dans certains cas à une logique ou à un besoin, spécifique à un milieu ou à un groupe social. Elles peuvent également être le résultat du choix du moindre mal et d'un arbitrage entre des risques concurrents⁸⁷. Comment des politiques de santé publique *situées* sont-elles alors intégrées dans différents milieux sociaux et culturels ?

Pour répondre à cette question de la construction d'une « capital santé », la problématique est découpée en trois axes qui répondent aux trois questions suivantes :

- 1) Est-ce que les comportements sanitaires dépendent de la volonté de l'individu ou sont-ils le résultat d'un arbitrage et répondent ainsi à d'autres logiques ?
- 2) Dans quelle mesure la promotion de la santé en Suisse prend-elle en compte les inégalités sociales de santé ?
- 3) Et de quelle manière ces inégalités se transmettent-elles ?

2.1. Se mettre en mouvement : une question de volonté ou d'arbitrage ?

Contrairement à l'alimentation, il ne semble pas *a priori* y avoir d'entrave économique à l'exercice d'un sport. Certes, les abonnements de fitness, les cours de yoga, les camps sportifs ont un coût, mais il suffirait de marcher 30 minutes par jour, de prendre les escaliers ou de sortir du bus un arrêt plus tôt pour faire une activité physique, comme le préconisent les programmes de promotion Hepa⁸⁸. Comment comprendre cette forme de « résistance » aux recommandations de santé ? Des études mentionnées précédemment relèvent une différenciation des pratiques sportives en fonction du revenu et du milieu social et culturel d'appartenance des individus.

Ainsi, l'explication selon laquelle les pratiques de santé sont uniquement du ressort de la responsabilité individuelle peut être déconstruite. Les structures ont également une influence sur le mode de vie : facteurs sociaux, familiaux, économiques, culturels ou scolaires régissent les rapports à la santé, de même que le poids de la société de consommation, des lobbys agroalimentaires et des facteurs environnementaux (terrains à proximité, qualité de l'air ou des offres, etc.). L'Office fédéral du sport distingue deux types de facteurs d'influence des comportements en matière d'activité

⁸⁷ Peretti-Watel, P. & Moatti, J.-P. (2009). *Op. cit.*

⁸⁸ Réseau suisse Santé et activité physique, www.hepa.ch.

physiques : les facteurs invariables et ceux qui sont modifiables⁸⁹. D'après leur document de base sur l'activité physique et la santé, l'hérédité, l'âge et le sexe, l'appartenance culturelle ou le niveau socioculturel ne seraient pas modifiables. Tandis que la personnalité, l'environnement social et physique le seraient. Des « obstacles d'ordre personnel »⁹⁰ sont cités, tels que :

- Le temps : « *Je n'ai pas le temps* » ;
- L'appropriation d'un comportement : « *Je ne suis pas sportif/sportive* » ;
- L'état physique : « *Je suis trop fatigué/e* » ;
- La justification : « *Je fais déjà assez d'exercice* ».

Le critère de la personnalité pose en lui-même un problème. En effet, de ce point de vue, l'individu est considéré sous un aspect purement psychologique. Il est perçu comme un être en manque de motivation, qui doit s'engager dans une « morale de l'effort »⁹¹. L'argumentaire vise à montrer que ces « obstacles » ne le sont pas vraiment, puisqu'ils peuvent être modifiés. Quant aux facteurs « non modifiables », aucune explication ne permet de savoir comment ils agissent sur l'individu et ce qui les rend alors non modifiables. Par ailleurs, les recommandations en matière de santé ne sont pas toujours clairement définies. Que signifie avoir une alimentation « saine » et une pratique adéquate du sport ? Cet engagement dans une pratique de santé dépend de l'âge, du lieu d'habitation, des ressources, etc. Comment l'individu intègre-t-il alors ces recommandations de santé en fonction de son contexte de vie ? Plus précisément, comment se construisent les pratiques de santé dans les différents milieux sociaux ?

Par ailleurs, il existe différentes représentations liées à l'activité physique. Les recommandations en matière de « mobilité active » sont multiples, mais la manière dont elles sont perçues varie en fonction du milieu social et culturel d'appartenance. Comme nous l'avons déjà évoqué, la santé n'est pas une préoccupation quotidienne pour tous les individus. Au contraire, trop se préoccuper de sa santé peut être perçu de manière négative. Enrique Martin-Criado⁹² constate, par exemple, qu'il y a une ambivalence dans le discours des mères de famille des milieux populaires. D'un côté, la norme dominante de la minceur les pousse à entreprendre des régimes et de l'autre, le modèle de la mère « sacrifiée » les empêche d'adopter les comportements nécessaires à une perte de poids. Parler de sa santé implique de se centrer sur soi et donc de sortir momentanément du rôle prenant de mère de famille. Un conflit de valeur se met en place, souvent au profit du rôle de mère. Selon les auteurs, les mères adoptent une attitude de dénégation vis-à-vis de leur préoccupation de perte de poids lorsqu'elles sont face à d'autres mères, tout en l'ayant préalablement reconnu lors d'un entretien individuel. Elles invoquent alors des problèmes de santé reconnus par le médecin et par conséquent rendus légitimes, ce qui permet de justifier leur droit à faire un régime et de prendre du temps pour soi, par exemple en allant marcher pour son cholestérol⁹³.

⁸⁹ Office fédéral du sport (OFSP), Office fédéral de la santé publique (OFSP), Promotion Santé Suisse, Réseau santé et activité physique Suisse. (2006). *Activité physique et santé*. Document de base. Macolin: OFSP, p. 23.

⁹⁰ *Ibid.* p. 24.

⁹¹ Génolini J.-P., Clément J.-P. (2010). *Op. cit.*

⁹² Martín-Criado, E. (2015). *Op. cit.*

⁹³ *Ibid.* p. 81.

De plus, comme nous l'avons constaté dans l'étude sur la consommation tabagique⁹⁴, l'écart au « devoir de santé »⁹⁵ constitue parfois l'une des seules formes de plaisirs que peuvent se permettre des populations qui vivent quotidiennement dans des conditions économiques difficiles. La société de consommation influence également les pratiques. En effet, tout est fait dans la société pour pousser à la consommation, y compris dans le domaine de l'alimentation. Il peut également s'avérer qu'un risque soit utile pour en contrer un autre. Patrick Peretti-Watel parle de « risques concurrentiels »⁹⁶. Prenons l'exemple cité plus tôt, la peur d'être perçue une mauvaise mère prime sur le fait d'être en surpoids. A quels types d'arbitrage font alors face les individus issus de milieux populaires et migrants ? Quelles sont les valeurs qui entrent en conflit lors de la gestion d'un risque ?

Par ailleurs, l'*homo medicus*⁹⁷ à qui s'adresse la prévention contemporaine est une figure utopique. Il s'agit d'un individu qui, en toute connaissance de cause, agit selon une rationalité prônée par le domaine médical. Ceux qui émettent les messages préventifs, tout comme les individus à qui ces derniers s'adressent sont appréhendés selon une même rationalité, un même mode de pensée. La conséquence de ces mesures préventives est qu'elles « contribuent malgré elles à amplifier la différenciation sociale des conduites à risque »⁹⁸. Des dispositions sociales régissent les pratiques de santé par le biais de différentes catégories comme l'âge, le genre, la classe sociale, le statut politique (citoyen, migrant, réfugié, etc.).

Dans la partie suivante, nous analyserons la manière dont est mise en œuvre la promotion de la santé par le mouvement au niveau politique dans le contexte suisse et dans quelle mesure elle prend en compte les inégalités sociales de santé liées au revenu et au statut migratoire.

2.2. Promotion de la santé en Suisse : une prise en compte des inégalités sociales ?

La prévention et la promotion de la santé en Suisse sont assurés par différents organes et à divers niveaux (communes, cantons, Confédération). Dans le domaine de la promotion de la santé par le mouvement, la fondation *Promotion Santé Suisse*, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral du sport (OFSP) sont les principaux acteurs⁹⁹. Les programmes d'action cantonaux (PAC) « Poids corporel sain » ont pour objectifs de promouvoir une alimentation saine et une activité physique régulière chez les enfants¹⁰⁰. Ces programmes ont des différences assez marquées, liées au fédéralisme, mais des conditions-cadres sont fixées par *Promotion Santé Suisse* afin de standardiser les projets¹⁰¹. Dans cette partie, nous analyserons les différentes stratégies mises en place par ces différents organes et à quelles populations elles s'adressent, ainsi que la manière dont elles prennent en compte les inégalités sociales de santé.

⁹⁴ Constance J., Peretti-Watel P., (2010). *Op. cit.*

⁹⁵ Le Blanc, G. (2010), *Op. cit.*

⁹⁶ Peretti-Watel, P. & Moatti, J.-P. (2009). *Op. cit.*

⁹⁷ *Ibid.* p. 55-79.

⁹⁸ *Ibid.* p. 63.

⁹⁹ Office fédéral de la santé publique (2007). *Prévention et promotion de la santé en Suisse. Rapport répondant aux postulats Humbel Näj (05.3161) et CSSS-CE (05.3230)*, Berne, septembre 2007.

¹⁰⁰ Rywalski, A. & Vuittel, C. (2009). *Programme cantonal fribourgeois « poids corporel sain » 2010-2013*. Direction de la santé et des affaires sociales, Service de la santé publique, Canton de Fribourg.

¹⁰¹ Schopper, D. (2010). *Op. cit.*

2.2.1. Un ciblage en fonction des âges

L'éducation physique obligatoire des enfants, durant leur scolarité, est l'une des mesures adoptée par les cantons en matière de promotion de la santé¹⁰². Des activités facultatives et extrascolaires leur sont également proposées, à moindre coût, afin de permettre une démocratisation des activités sportives. L'approche de « l'école en mouvement »¹⁰³ est une illustration des encouragements politiques à développer le sport par le biais de l'école. En plus des bénéfices pour la santé, une activité physique supplémentaire améliorerait les performances individuelles, telles que la gestion de conflits et l'intégration de personnes provenant d'autres cultures selon l'Office fédéral du sport¹⁰⁴. Le projet ne consiste dès lors pas uniquement à mettre en place des activités sportives mais aussi à « *intégrer la notion de mouvement dans la culture d'enseignement dans les écoles* »¹⁰⁵. Cependant, toutes les écoles ne sont pas en faveur de ce projet car sa mise en œuvre constituerait une charge supplémentaire.

Parmi les thèmes-clés de *Promotion Santé Suisse*, se trouve également celui de l'« image corporelle saine »¹⁰⁶ (Healthy Body Image) destiné aux enfants et aux adolescents. D'après ce programme, il est important que les jeunes développent une image saine de leur corps afin que les mesures en faveur d'une plus grande activité physique et une alimentation saine portent leurs fruits. Le programme se base sur le constat que le corps est une source de préoccupation trop importante et qu'il serait « *autant de temps perdu pour le développement intrinsèque de la personne* »¹⁰⁷. Cette approche est surtout centrée sur la dimension psychologique mais l'auteure précise qu'il est également essentiel de modifier l'environnement dans lequel les jeunes évoluent, notamment en offrant aux enfants davantage de possibilités pour se dépenser physiquement. Elle cite d'autres projets qui vont dans ce sens, par exemple « Pruzelbaum » et « Pédibus : à pied à l'école »¹⁰⁸, ainsi que l'offre « Fourchette verte ». Ces offres sont destinées aux enfants et aux adolescents.

Quant aux personnes âgées, les recommandations pour une activité physique bénéfique à la santé¹⁰⁹ reposent, pour *Promotion Santé Suisse*, sur l'amélioration de la qualité de vie et le maintien de l'indépendance aussi longtemps que possible.

Promotion Santé Suisse fait donc un ciblage vertical (âges) plutôt qu'horizontal (inégalités liées au statut social, à un contexte de migration). L'objectif est ainsi de prévenir les « mauvaises » habitudes prises chez les jeunes en encourageant une alimentation saine et la pratique d'une activité physique régulière. Pour les personnes âgées, les encouragements visent à leur permettre de « *continuer à vivre le plus longtemps chez elles, dans leur environnement familial* »¹¹⁰. Chez les adultes, c'est davantage la santé psychique qui est ciblée, notamment dans le cadre du travail. Ainsi, différentes stratégies sont mises en place en fonction de la population qui est ciblée :

¹⁰² Office fédéral du sport (OFSP, Thèmes > Encouragement > Le sport à l'école > « L'école en mouvement », www.admin.ch

¹⁰³ *Idem*

¹⁰⁴ *Ibid.* p. 4.

¹⁰⁵ *Ibid.* p. 5.

¹⁰⁶ Forrester-Knauss, C. (2014). *L'image corporelle positive chez les adolescents*. Promotion Santé Suisse. Document de travail 29, Berne et Lausanne.

¹⁰⁷ *Ibid.* p. 4.

¹⁰⁸ « Pédibus. À pied. À l'école. Accompagné », www.pedibus.ch

¹⁰⁹ Promotion Santé Suisse, fiche « Personnes âgées », OFSPO 2013.

¹¹⁰ Promotion Santé Suisse, www.promotionsante.ch.

- Les projets ciblant les plus jeunes sous-tendent une logique de prévention permettant d'éduquer les enfants aux « bonnes » pratiques de santé ;
- Chez les adultes les logiques de maintien de l'état de santé et la prévention sont préconisées, afin d'éviter un impact négatif de la maladie sur la sphère de travail ;
- Quant aux personnes âgées, une logique de promotion de la santé permet de favoriser au mieux leur indépendance.

Derrière tous ces projets, il y a donc l'idée de diminuer les dépenses liées à la maladie et d'encourager une vie active.

2.2.2. Un accès difficile aux milieux migrants

Dans la politique de santé de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) se trouve un volet dédié à la migration et la santé. Concernant la prévention, l'OFSP a aidé financièrement quinze cantons afin qu'ils puissent évaluer leurs offres de prévention et de promotion de la santé destinés aux migrants. L'évaluation des cantons de Fribourg, du Jura et de Neuchâtel aboutit à plusieurs constats¹¹¹. Tout d'abord, les cantons fourniraient les bases nécessaires pour développer l'égalité des chances de la population migrante. Cependant, au niveau de la pratique, peu de démarches auraient été entreprises. Les raisons évoquées sont de trois ordres : premièrement, les obstacles d'ordre financier et institutionnel ; deuxièmement, des conflits de priorité et des tensions entre les politiques migratoires et les politiques de santé ; troisièmement, le « manque de sensibilité de certains acteurs et intervenants concernant la nécessité d'une telle démarche »¹¹².

Selon l'évaluation des programmes d'action cantonaux du « Poids corporel sain »¹¹³, la majorité des projets se concentre sur les conditions de vie des individus. L'égalité des chances, en particulier dans le domaine de la migration, est également prise en considération dans 20% des projets. Cependant, le fait que les groupes défavorisés présentent un plus grand risque de surpoids ne serait « pas encore assez pris en considération »¹¹⁴. Les raisons évoquées sont « l'accès difficile et souvent laborieux à ces groupes »¹¹⁵.

Le projet « Prévention et promotion de la santé transculturelles »¹¹⁶ a pour objectif de réunir les données existantes dans le domaine de la migration. Au départ, quatre facteurs de risque de maladies chroniques (tabac, alcool, alimentation, exercice physique) devaient être traités mais faute de moyens, « seuls les volets tabac et alcool ont été analysés »¹¹⁷. Depuis la parution de ce projet, une enquête a été réalisée en 2011 sur la santé de la population migrante en Suisse¹¹⁸. L'échantillon regroupe 3000

¹¹¹ Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM). Cordey, M. & al. (2012). *Analyse des besoins en matière de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration. Etat des lieux pour les cantons de Fribourg, de Neuchâtel et du Jura*. Université de Neuchâtel.

¹¹² *Idem*.

¹¹³ Furrer, C. (2010). *Op. cit.* p. 2-3.

¹¹⁴ *Ibid.* p. 3.

¹¹⁵ *Ibid.* p. 8.

¹¹⁶ Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse (2009). *Informations de base et recommandations*, www.prevtrans.ch.

¹¹⁷ *Ibid.* p. 9.

¹¹⁸ Gasser, K. (2012). *Santé des migrantes et des migrants en Suisse. Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse*, Bienne ; version abrégée du rapport : Guggisberg, J. et al. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Rapport final, août 2011; OFSP, Unité de

personnes âgées de 17 à 74 ans. Au total, six nationalités ont été retenues : quatre du fait de leur présence massive en Suisse (Turquie, Portugal, Serbie et Kosovo) et deux autres groupes du domaine de l'asile (tamoul(e)s et Somalie). L'expression « population migrante » désigne « toutes les personnes vivant en Suisse titulaires d'un passeport étranger ainsi que les personnes naturalisées depuis peu »¹¹⁹. L'utilité de cette enquête est d'interroger une population qui n'est souvent pas prise en compte dans les enquêtes nationales, en raison des barrières linguistiques¹²⁰. De plus, cette population présente des facteurs de risque de maladie plus importants. Concernant l'activité physique des migrants¹²¹, le pourcentage de personnes inactives est nettement plus élevé que chez les suisses. Des différences importantes existent entre les hommes suisses et les migrants. Cependant, la différence serait particulièrement marquée parmi les femmes :

« La proportion de Suissesses ne faisant pas d'exercice physique est de 12,7 %. Elle se monte à 42,4 % chez les Portugaises, 40,4 % chez les femmes serbes, 34,6 % chez les Turques et 27,8 % chez les Kosovares. »¹²².

En regroupant des données tirées de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et du monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMM), sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, le bureau Lamprecht & Stamm a rédigé un rapport sur l'alimentation et l'activité physique de la population migrante¹²³. Selon les auteurs, pour évaluer l'impact du « vécu migratoire » sur les comportements sanitaires¹²⁴ différents aspects doivent être considérés, notamment la région d'origine et la durée du séjour en Suisse. Toutefois, ils précisent que ces données à elles seules ne suffisent pas. Le mode de vie, les ressources matérielles et l'héritage culturel doivent également être pris en compte. La population migrante présenterait de plus grandes lacunes au niveau de l'alimentation et l'activité physique¹²⁵.

En résumé, les organes politiques de gestion de la prévention et la promotion de l'activité physique arrivent au constat que la population migrante présente un risque sanitaire plus élevé mais les explications de ce phénomène sont très minces. De plus, peu de moyens sont mis en œuvre en faveur de la promotion de la santé et de l'activité physique des migrants. Les raisons qui ont été évoquées sont : l'accès difficile à cette population, les barrières linguistiques, le désintérêt des politiques, ainsi que les obstacles financiers.

direction Politique de la santé, Programme national migration et santé, migrationundgesundheit@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch

¹¹⁹ *Ibid.* p. 10.

¹²⁰ *Ibid.* p. 5.

¹²¹ *Ibid.* p. 26-27.

¹²² *Idem.*

¹²³ Stamm, H. & Lamprecht, M., avec la coll. De Wiegand D. (2012). *Alimentation et activité physique de la population migrante. Analyse secondaire de données dans le cadre du Programme national migration et santé de l'Office fédéral de la santé publique*. Zürich. Office fédéral de la santé publique > Thèmes > La politique de santé > Migration et santé > Recherche > Alimentation et activité physique de la population migrante. www.admin.ch.

¹²⁴ *Idem.*

¹²⁵ *Idem.*

2.2.3. *Le corps : toujours plus épargné ?*

Dans le rapport sur l'« image corporelle saine », les auteurs arrivent constatent que « *le corps est toujours plus épargné* »¹²⁶ et qu'il y a parallèlement un recul des sollicitations physiques. Ils évoquent également une « distanciation au corps » et une séparation entre le corps et l'esprit. Or, il y a des différences importantes en fonction de la profession exercée et donc de la position sociale des individus. Comme nous l'avons décrit dans le chapitre sur *les usages sociaux du corps*, les individus issus de milieux aisés sont dotés d'une plus grande réflexivité que dans les milieux populaires.

Néanmoins, l'article relève des problématiques spécifiques à la société actuelle et qui permettent de saisir l'enjeu des corps en société. Il fait référence au corps perçu comme une marchandise et un objet de performance et dont l'utilité évolue aussi : « *le corps en tant qu'image passe au premier plan* »¹²⁷. Le corps idéalisé aurait pour conséquence une insatisfaction chez les adolescents. Les conséquences de la discrimination et de la stigmatisation ne sont quant à eux pas évoqués.

Nous pouvons donc conclure que ces programmes de promotion de la santé abordent davantage l'individu d'un point de vue psychologique que social. Bien qu'ils évoquent l'importance des dimensions culturelles et sociales, ils ne prennent pas suffisamment en compte l'impact qu'elles ont sur l'individu dans son rapport au corps et à la santé. Différents facteurs s'imbriquent donc dans les inégalités sociales de santé. Le statut socio-professionnel, le statut migratoire et le genre sont les dimensions les plus influentes.

2.3. Une reproduction linéaire des inégalités ?

Pour comprendre le sens que les individus donnent à leurs pratiques sportives, il est important de préciser que ces pratiques ont un ancrage social et culturel. Marcel Mauss a été l'un des premiers à intégrer le rapport au corps dans ses recherches, notamment dans son article « les techniques du corps »¹²⁸. Il montre qu'il n'y a pas de manière « naturelle » de se servir de son corps.

Pierre Bourdieu a, par la suite, repris et conceptualisé le terme d'« habitus » qu'il définit comme « *un système de dispositions acquises, incorporées de manière durable, et tendant à reproduire la logique des conditionnements qui sont à son origine* »¹²⁹. Ce concept permet de comprendre comment les corps sont façonnés par le social. L'individu acquiert un ensemble de dispositions lors de sa socialisation, il les intériorise et les transmet. Cependant, d'autres théories sociologiques ont complété ou remis en question cette vision déterministe, en mobilisant le fait que les individus sont capables de faire des choix non déterminés.

En effet, cette vision de la société était davantage à l'œuvre dans les sociétés traditionnelles étudiées par les sociologues. Pierre Bourdieu a réalisé ses premières enquêtes dans des terrains

¹²⁶ Furrer, C. (2010). *Op. cit.* p. 7.

¹²⁷ *Idem.*

¹²⁸ Mauss, M. (1934). « Les techniques du corps ». Article originalement publié *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934.

¹²⁹ Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Coll. « Le sens commun », 480 p.

spécifiques qui donnaient une vision « archétypale » des rapports sociaux. Il a notamment étudié le mode de fonctionnement des Berbères de Kabylie.

Dans la société actuelle, les parcours ne sont plus aussi linéaires. Le concept de « pluralité dispositionnelle »¹³⁰ de Bernard Lahire permet de rendre compte de cette hétérogénéité des trajectoires. L'*Homme pluriel* est :

« Un homme qui n'a pas toujours vécu à l'intérieur d'un seul et unique univers socialisateur, qui a donc traversé et fréquenté plus ou durablement des espaces (des matrices) de socialisation différents (et même parfois socialement vécus comme hautement contradictoires) »¹³¹.

Par ailleurs, l'influence du cosmopolitisme et de la globalisation amène les individus à franchir les frontières, non seulement des nations mais également des classes sociales, des sexes, des ethnies, des religions, des âges, etc.¹³². La notion de « classes sociales » mérite donc d'être nuancée car les individus sont sujets à de multiples socialisations. Le contexte de la migration induit la coexistence de différentes formes de croyances et de pratiques culturelles. Les milieux migrants font toutefois partie des populations considérées comme étant les plus « à risque » dans le domaine de la santé. Comment expliquer ce phénomène ? La distance culturelle face aux systèmes de soins, la vulnérabilité liée au contexte migratoire ou la méconnaissance des « bonnes » pratiques sont autant d'hypothèses à vérifier sur le terrain. Enfin, de quelle manière ces inégalités se transmettent-elles ? Quel impact peut avoir le comportement des parents sur celui des enfants ?

Compte tenu de tout ce qui a été dit, seront questionnées les manières d'intégrer les recommandations sanitaires, le sens donné aux différents messages, ainsi que les arbitrages qui pèsent consciemment ou non sur le comportement des individus en matière de santé. Les éléments de recherche ont ainsi été appliqués aux données de terrain.

¹³⁰ Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris, Nathan (Essais & recherches. Sciences sociales), 272 p.

¹³¹ Lahire, B. Interview sur le site Nathan Université à propos de *L'Homme pluriel : les ressorts de l'action*, reproduit sur le site l'homme moderne, URL : <http://www.homme-moderne.org/societe/socio/blahire/entrevHP.html>.

¹³² Aceti, M. (2014). *Inégalités sociales et santé*. Cours à l'Université de Fribourg, Semestre d'automne 2015.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Objectifs de recherche

La méthode employée dans ce travail est celle de la *théorisation ancrée*, c'est-à-dire la construction d'une hypothèse à partir de données recueillies pour ensuite y chercher ce qui « fait sens »¹³³. Cette démarche permet de : « *dégager le sens d'un événement, [...] lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, [...] renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière* »¹³⁴. Nous tenterons donc de faire émerger des représentations, des pratiques et des croyances par l'analyse de données récoltées. Cette démarche se fait en plusieurs étapes et nécessite des allers-retours entre les données et la théorie¹³⁵. Les objectifs de notre recherche sont de trois ordres.

Le premier consiste à décrire les représentations de la santé et du mouvement relevés dans les entretiens, et de saisir leur ancrage social et culturel. Les résultats ont été élaborés en fonction du discours des individus mais également des silences et des non-dits, car ceux-ci sont tout autant porteurs de sens. La manière dont les individus parlent de leur santé donne un indice sur leurs pratiques et leurs représentations mais aussi, de manière générale, sur leur rapport avec le milieu médical. La notion de « réflexivité »¹³⁶, telle qu'utilisée par Luc Boltanski, met en évidence ces enjeux.

Le second permettra de relever différentes ressources et obstacles qui limitent ou au contraire, encouragent la pratique d'une activité physique et/ou de santé. Nous entendons par « ressource » les éléments qui, de quel qu'ordre qu'ils soient, sont favorables à la santé ; tandis que les « obstacles » regroupent des éléments qui empêchent, consciemment ou non, une pratique de santé. Ces termes ne sont pas porteurs de jugements de valeurs. Ils permettent uniquement de rendre compte des facteurs qui interviennent dans la gestion de la santé.

Enfin, le troisième permettra de saisir la manière dont se transmettent les pratiques de santé. Différents acteurs interviennent dans la transmission, au cours du processus de socialisation. Il s'agit en premier lieu des parents, et plus particulièrement la mère, comme nous l'avons développé plus tôt. D'autres acteurs influencent également les représentations, par exemple : les pairs, les enseignants, les mass media, etc. Cependant, notre analyse se portera uniquement sur le discours des parents et de leurs enfants, considérés comme le prolongement des premiers.

3.2. Les outils méthodologiques

Durant l'analyse, différentes données ont été ciblées dans les entretiens et séparées dans des grilles, afin de pouvoir repérer les thématiques qui semblaient les plus pertinentes. Parmi les thèmes qui ont

¹³³ Strauss, A. & J. Corbin (2004 [1990]). *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg, Res Socialis, Academic Press Fribourg.

¹³⁴ Paillé, P. (1994). *L'analyse par la théorisation ancrée*. Cahiers de recherche sociologique, 23, 147-181.

¹³⁵ *Idem*.

¹³⁶ Boltanski, L. (1971). *Op. cit.*

été choisis se trouvent : les activités et les pratiques de santé, les représentations de la santé, la définition de la santé, les ressources et les obstacles, ainsi que la transmission des pratiques de santé.

Les résultats portent sur une analyse approfondie des entretiens. Même s'ils ne permettent pas de monter en généralité, faute d'avoir suffisamment de données, ces résultats permettent de comprendre certaines dimensions des pratiques et des représentations de santé, dans le domaine plus ciblé des activités physiques et des loisirs. L'analyse compréhensive a été choisie au vu des données à disposition. En plus des entretiens de parents, le corpus de données est constitué par des focus groupes d'enfants. Les données ont été analysées en s'intéressant aux représentations des enfants possiblement transmises par les adultes, en particulier leurs parents. A la question, « qui donne des conseils de santé ? », les enfants répondent effectivement le plus souvent que c'est leur mère, la télévision ou d'autres membres de leur famille.

Bien que des logiques sociales aient été dévoilées lors des analyses, celles-ci sont loin d'être homogènes et ne peuvent prétendre à une montée en généralité. Ils permettent de saisir des enjeux par la classification de faits sociaux, insaisissables sans un travail préalable du chercheur. Finalement, ils contribuent à la compréhension de ces faits. Même s'ils sont parcellaires, les résultats visent les mêmes fins que l'analyse par typologisation : « *les « idéaux-types » portent en effet sur les fins et les moyens voulus et pensés par les humains dans leurs rapports réciproques et dans les conditions spécifiques des circonstances historiques* »¹³⁷.

3.3. Description du corpus de données

Le corpus de données est composé de différents entretiens réalisés par Monica Aceti dans le cadre du programme de recherche IDEX (Initiative d'excellence)¹³⁸, dans le quartier de Villars-Vert à Fribourg. Cette zone géographique a la particularité d'être considérée comme « populaire » car les loyers sont bas et de ce fait, des individus aux origines socio-professionnelles et culturelles variées y résident. Les personnes interrogées¹³⁹ sont : trois focus groupes d'enfants dont des camarades de classe d'Andrea, de Shqipe et de Tania ; la mère et la grand-mère de Tania, le père de Shqipe, ainsi que la mère et la tante de Tania. Les entretiens ont été réalisés dans différentes langues (français, allemand et portugais). Leur analyse a permis de saisir les représentations et les pratiques de santé des parents/grands-parents et l'aspect de la transmission sur les enfants dans une perspective intergénérationnelle.

3.4. Présentation des portraits

Les personnes interviewées seront présentées sous forme de « portraits », regroupés par famille. Cette disposition permet de mieux rendre compte des enjeux liés à la transmission. Trois familles seront présentées : la famille Lopes, la famille Kalludra et la famille Pires.

¹³⁷ *Ibid.* p. 4.

¹³⁸ Aceti, M. (2012-2014). « Activités physiques et prévention de la santé : une injonction normative à l'épreuve de la pauvreté en Europe (APSAPA Europe) ». *Programme de recherche IDEX (Initiative d'excellence)*.

¹³⁹ Les noms et prénoms ont été modifiés pour garantir l'anonymat des interviewés.

3.4.1. La famille Lopes

Mme Lopes, mère de Maria et grand-mère d'Andrea, a trois enfants. Elle a grandi dans une famille pauvre au Portugal, avec ses 17 frères et sœurs. Elle a commencé à travailler à l'âge de 14 ans. Elle habite en Suisse depuis 22 ans. Elle est venue rejoindre son mari, 7 ans après son départ en Suisse, avec ses trois enfants. Mme Lopes évite souvent les questions en lien avec la santé, malgré de nombreuses relances, car c'est un sujet délicat pour elle. Elle utilise souvent les termes « *je ne sais pas* », « *je n'aime pas* » ou « *on n'en parle pas* » pour répondre aux questions liées à la santé. Elle dit qu'elle a beaucoup de problèmes de santé pour justifier certaines pratiques du quotidien, par exemple de ne pas quitter seule son appartement. On apprend également qu'elle prend des somnifères depuis le décès de sa mère et celui de nombreux proches (son frère, son père, sa belle-mère) et qu'elle ne travaille plus depuis 10 ans environs, pour des raisons de santé. Ses activités sont restreintes car quand elle se lève, elle « *n'a rien envie de faire* », probablement à cause de son état de santé aussi.

L'entretien avec la mère, Maria, permet de relever un nombre important de pratiques de santé, tant au niveau des activités physiques que de l'alimentation. Son travail d'aide-soignante est assez physique mais elle ne s'en plaint pas, se dit positive et a du plaisir à le faire. Elle pratique le fitness trois fois par semaine et fait de la marche en montagne ou va à la piscine le week-end, avec sa fille. Son mari, lui, est souvent absent et peu sportif selon ses dires. Environ trois fois par année, elle essaie de faire des activités sportives et de loisirs, avec des amies qui sont des grandes sportives. Le sport est une nécessité selon elle, afin de garder un équilibre au niveau de son poids. Sa situation personnelle (en ascension sociale, parents ayant migrés) joue un rôle important dans ses pratiques. Elle qualifie les individus de son quartier de « sédentaires », tandis que l'idéal selon elle est le contraire. Elle a une volonté de transmettre ses pratiques à sa fille, même si celle-ci n'y adhère pas toujours. Maria considère qu'avec le temps, Andrea appréciera et fera les choses d'elle-même. Elle veut lui imposer par exemple, dès l'année prochaine, d'avoir deux activités par semaine au minimum. Maria souligne l'importance de la famille dans le rôle de transmission mais ce n'est pas le cas pour elle. Elle « bouge » beaucoup pour le plaisir que cela lui procure, pour « *la découverte, le bien-être, la récompense d'après...* ». Selon elle, l'accompagnement est important : elle ne s'imagine pas faire du sport en étant seule. La santé, pour elle, « *c'est de se sentir bien surtout, se sentir bien avec soi-même physiquement et psychologiquement* » et la mauvaise santé, c'est « la sédentarité ».

Andrea, quant à elle, dit ne pas apprécier faire du sport. Elle a arrêté plusieurs activités et ne fait plus rien maintenant. La mauvaise santé, pour elle, c'est de jouer à la PlayStation, sinon il y a peu d'informations concernant ce qu'elle fait ou ce qu'elle pense de la santé.

3.4.2. La famille Kalludra

M. Kalludra, père de Shqipe, a quatre enfants, dont deux de son précédent mariage. Il a un fils « handicapé ». L'entretien de M. Kalludra permet de relever l'influence de ses croyances religieuses sur l'idée qu'il se fait de la santé. Il est dans une attitude d'acceptation vis-à-vis de la santé et de la maladie. Cela ne l'empêche de pratiquer du sport, il trouve « normal » que le sport aide à entretenir la santé. M. Kalludra fait régulièrement des activités avec ses enfants, il se rend notamment dans un parc les week-ends avec sa famille. Il fait lui-même du foot dans le quartier tous les jours, après le travail.

Quand il était enfant, il jouait souvent dehors avec ses parents. Au niveau de l'alimentation, M. Kalludra a des restrictions par rapport à sa religion. En effet, il ne mange pas de porc et ne boit pas d'alcool. Quand il explique ce qu'est pour lui la santé, ce n'est pas très clair, il parle de « Kreisprobleme » qui peut être traduit littéralement par « problèmes de cercle ». Il peut s'agir de la circulation sanguine. La mauvaise santé est, selon lui, le fait de prendre des médicaments. Il estime que les individus doivent attendre et être patients, qu'avec le temps les choses s'améliorent en ce qui concerne la santé. Il dit aussi que ce n'est pas bien quand on pense trop à ses problèmes car cela ne fait que les augmenter, il faut les accepter. Selon lui, un imam est comme un médecin pour le cœur, une aide pour oublier les problèmes : « *wie eine Arzt für Herz [...] eine Hilfe vergessen zu...* ».

Pour sa fille, Shqipe, être en forme c'est « *être attentif, être bien, [...] être en forme, forte* ». Elle considère que pour être en forme, il ne faut pas regarder la télévision après l'école. Elle dit qu'elle se donne toute seule des conseils pour la santé.

3.4.3. La famille Pires

La tante de Tania travaille à la buanderie d'un hôpital. Son taux d'occupation est de 60% réparti durant la matinée. Elle a un fils de 6 ans. Ses activités sont principalement liées à son rôle de mère et d'épouse : « *Je travaille le matin, j'arrive à la maison, je m'occupe de mon fils parce qu'il doit aller à l'école. Quand il va à l'école, je retourne à la maison pour faire le ménage. Après, quand je finis, si je dois aller à la Coop faire mes courses, j'y vais. Sinon je reste à la maison, boire un café* ». En fin de semaine, elle se rend avec sa famille dans leur jardin. C'est son mari qui s'occupe du jardinage. Son fils y joue et se met parfois aussi à labourer. Une autre activité dont elle parle est la marche avec son fils mais depuis qu'il a arrêté, elle ne le fait car pour elle « *marcher seule, cela ne donne pas grand-chose* ». Sa vie de mère et de femme au foyer nécessite beaucoup de travail. Pour elle, la forme c'est « *avoir de la force, être bien* ».

Mme Pires, mère de Tania, est en deuil lors de l'entretien, elle a perdu son mari peu de temps auparavant. Son activité professionnelle consistait à faire du nettoyage mais elle a arrêté de travailler suite à une dépression, probablement liée au décès de son époux. Elle a deux enfants : Tania, 12 ans et Diogo, 9 ans. Lorsque l'enquêtrice lui pose la question des activités et des loisirs, elle répond : « *faire le nettoyage à la maison, pratiquement que du nettoyage et je n'ai rien d'autre à faire* ». Elle poursuit en évoquant d'autres activités liées au ménage : la cuisine, le repassage, les courses, etc. Les loisirs extérieurs ne sont pas courants : « *normalement, nous, les portugais, mangeons et prenons notre café à la maison* ». En fin de semaine, le samedi, elle va tout de même boire un café à proximité avec une amie. Avant le décès de son époux, leur loisir consistait à rouler en voiture dans les environs de Fribourg pour se détendre. Son mari allait beaucoup à la piscine. Après son premier infarctus, il faisait également du vélo d'appartement et des ballades après le souper, accompagné de sa femme. Ils ont arrêté en hiver, à cause de la neige, car ils ne pouvaient pas marcher.

Pour Tania un corps en forme, c'est « manger », un corps auquel on donne à manger. Pour être en forme, il faut faire du sport selon elle. Les conseils qu'on lui donne pour ne pas être gros, c'est de manger des légumes.

DEUXIÈME PARTIE

4. LES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DU SPORT

L'analyse des entretiens a permis de dégager différents facteurs influençant les représentations de la santé et du sport. Ces facteurs font partie des domaines plus larges du milieu social et de la culture d'origine. C'est pourquoi, nous les avons séparés en deux chapitres.

4.1. L'influence du milieu social : l'habitus

Dans cette partie, nous allons traiter de l'impact du milieu social sur les représentations de la santé et du sport, ainsi que les déterminants sociaux présents chez les personnes interviewées.

4.1.1. Mettre des mots sur des maux

Dans les différents entretiens, les individus ont souvent des difficultés à répondre aux questions liées à la santé, sauf dans un cas. Plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer : la difficulté dans la compréhension de la langue, l'évitement, le manque de réflexion préalable sur le sujet, l'état de santé, etc. Notre hypothèse suggérerait plutôt un manque de réflexivité sur la santé et les sensations corporelles, lié au milieu social d'appartenance. Comme Luc Boltanski le relève dans son ouvrage : l'intérêt et l'attention que les individus portent à leur apparence physique et à leurs sensations corporelles augmentent en fonction de leur place dans la hiérarchie sociale¹⁴⁰.

L'exemple de Mme Lopes est le plus révélateur. Elle ne répond jamais aux questions en lien avec la santé. Ce sujet semble même être tabou. A la question « *que signifie pour vous, être en forme ?* », elle ne s'approprie pas cette notion et répond : « *je connais beaucoup de monde qui sont comme ça* » et quand une précision est demandée sur ce que disent ses connaissances sur leur forme, elle répond à deux reprises que « *nous, on ne parle pas de ça* ». Elle finit tout de même par dire qu'elle souffre de dépression, comme pour éviter le sujet. Sa maladie est également évoquée comme une forme de justification de son inaction : elle ne sort pas seule de chez elle à cause de sa maladie. Sa conception de la santé est proche de celle évoquée par le professeur Leriche, en 1936 : « *la santé c'est la vie dans le silence des organes* ». La douleur vient briser ce silence et amène le malade à consulter. La maladie prend alors le sens de « *ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir* »¹⁴¹.

4.1.2. La réflexivité

Dans l'entretien de Maria, la fille de Mme Lopes, les réponses étaient souvent complètes et ne nécessitaient pas beaucoup de relances. Il y a donc une plus grande attention de sa part vis-à-vis de ses sensations corporelles et du bien-être lié à ses activités, contrairement à sa mère pour qui la santé est un sujet d'évitement. Maria accorde donc beaucoup d'importance à sa santé et elle est dotée d'une

¹⁴⁰ Boltanski, L. (1971). *Op. cit.* p. 9.

¹⁴¹ Bézy, O. (2009). « La santé c'est la vie dans le silence des organes », *La revue lacanienne* 2009/1 (n° 3), p. 47-50.
<http://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanianne-2009-1-page-47.htm>

réflexivité importante, probablement en lien avec son métier d'aide-soignante qui nécessite d'être à l'écoute des autres. Sa situation financière lui permet de proposer, voire d'imposer de nombreuses activités à sa fille. Dans son discours, elle montre un grand intérêt lié aux activités physiques et à sa santé de manière générale.

4.1.3. Activités physiques et plaisir

La notion de « plaisir » est fondamentale pour Maria qui considère que c'est ce qui les pousse, elle et sa fille, à faire des activités sportives. Cette notion de « plaisir » en lien avec une pratique se retrouve généralement dans le discours des milieux populaires. Etant donné que Maria est en ascension sociale par rapport à son milieu social d'origine, ces habitudes ne sont pas encore totalement incorporées. Son discours montre qu'elle veut bien faire mais qu'il y a certains freins. Elle semble faire preuve de « bonne volonté culturelle »¹⁴² selon la terminologie utilisée par Bourdieu.

Elle évoque ainsi le plaisir en lien avec plusieurs dimensions : les sensations corporelles, la récompense liée à l'effort physique, le plaisir coupable, le groupe et la découverte.

a) Les sensations corporelles

« C'est comme je vous dis elle a vraiment plaisir d'être dans l'eau, d'être... »

Le plaisir lié aux sensations corporelles ressenties lors d'une activité physique ne va pas de soi. Les douleurs physiques, l'essoufflement ou encore la transpiration font partie des désagréments du sport. Cependant, ces désagréments peuvent être occultés par les effets ressentis lors de la libération d'hormones telles que les endorphines, la dopamine et l'adrénaline¹⁴³.

b) La récompense liée à l'effort physique

« C'est vrai que souvent au début vous vous dites, mais dans quoi je me suis mis, mais c'est vrai qu'à la fin vous avez vraiment plaisir [...]. »

La récompense liée à l'effort physique est source de plaisir pour Maria. A quoi renvoie cette notion de récompense ? Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il s'agit des conséquences directes liées à une activité physique, telles que le maintien de la ligne, la diminution du stress et des tensions, le regain d'énergie, etc. Des conséquences indirectes peuvent également apporter une satisfaction : par exemple, la quête de la performance ou le dépassement de soi, deux notions majeures de notre époque.

c) Le plaisir coupable

« Donc c'est vrai qu'en plus de ça si je n'aurais rien fait je pense que je serais le triple, je pense, donc c'est vraiment une obligation. Déjà j'ai du plaisir à y aller, mais je sais parfaitement que même que je n'aurais pas plaisir je devrais toute façon y aller. »

¹⁴² Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*, coll. Le sens commun, éd. de Minuit, 672 p.

¹⁴³ Menthéour, E. (2013). « Top 3 des hormones stimulées par le sport », Yahoo ! Pour elles, bien-être, coach bien-être, <https://fr.pourelles.yahoo.com/blogs/coach-bien-etre/top-3-des-hormones-stimul%C3%A9es-par-le-sport-071503830.html>

Dans le discours de Maria, le plaisir est teinté d'une forme de culpabilité. Le plaisir semble être une manière de dépasser les contraintes liées à l'effort physique et aux différents obstacles qui peuvent s'interposer dans ses pratiques de santé. Ces obstacles sont probablement liés à ses habitudes et celles de son entourage qui étaient dans une forme de sédentarité dont elle souhaite se détacher.

d) Le groupe

« [...] et comme je dis tout ce qui se passe pendant ce temps-là est, est... est magnifique et l'accompagnement y est pour beaucoup. Si je devrais le faire seul je ne pense pas que je le ferais 5h... »

Le groupe est un moyen dont elle se dote également pour avoir du plaisir lors de ses activités. En général, elle fait des activités avec sa fille ou ses amies. L'accompagnement est une ressource pour elle car les autres lui renvoient une image d'elle-même qui correspond à ses attentes. Ils valident en quelque sorte sa nouvelle condition sociale et les efforts qu'elle met à correspondre à la norme dominante.

e) La découverte

« Elles sont passionnées et puis vu que c'est une région qu'on a l'habitude d'y aller heu du coup on connaît tellement bien et on a tellement plaisir à la découvrir aussi en cette saison donc on a vraiment plaisir à la marche. »

La découverte est une source de plaisir pour Maria. Cependant, il ne s'agit pas vraiment d'une découverte étant donné qu'elle « a l'habitude d'y aller » et qu'elle « connaît tellement bien » la région qu'elle évoque. Peut-être que la découverte vient du caractère non-familier de l'environnement social dans lequel elle se trouve ou en lien avec les activités elles-mêmes.

4.1.4. La maladie comme frein à l'action

Dans les milieux populaires, la santé ne devient un sujet de réflexion et d'inquiétude que lorsqu'elle empêche l'action, par exemple le fait de travailler ou pour Mme Lopes, de ne pouvoir sortir de chez elle. Dans les milieux populaires, les pratiques de santé sont souvent adoptées que lorsque la maladie survient. Et ces pratiques disparaissent avec la guérison ou la mort. Elles ne sont donc pas ancrées dans les habitudes de certains individus. Mme Pires évoque le fait que son mari a commencé à faire du sport à partir du moment où il fait son premier infarctus, en suivant les conseils de son médecin :

Mme Lopes :	Oui, quand il a fait son premier infarctus il y a deux ans, il a fait beaucoup de piscine, il est allé dans une clinique de réhabilitation.
M.A. :	Le médecin a dit de faire du sport ?
Mme Lopes :	Oui toujours marcher, faire de la bicyclette, il a fallu acheter une bicyclette pour faire de la gymnastique à la maison.

4.1.5. Des activités autour du ménage

Dans la famille Pires, les activités principales se déroulent autour du ménage : nettoyages, repas, courses, etc. font partie du quotidien. Mme Pires et la tante de Tania ne font quasiment mention d'aucune activité physique, sauf parfois de la marche. La tante explique qu'elle allait marcher avec son fils autrefois mais « *ensuite, il arrêté de marcher et seule, cela ne donne pas grand-chose* ». Elle se justifie également par le fait qu'il y a toujours des choses à faire à la maison et que « *la femme travaille beaucoup* ». Le modèle de la famille patriarcale est particulièrement ancré dans leurs représentations : pour elles « *c'est le pilier de la maison, le mari* ». Les activités familiales sont découpées de manière genrée chez la tante : le mari s'occupe du jardin, la femme de la maison. Mme Pires, en tant qu'épouse, a également accompagné son mari lors de ses activités physiques pour le soutenir dans sa maladie mais a ensuite arrêté. On peut constater que la santé fait partie des impensés chez elles car leurs activités suivent le schéma du rôle de « bonne » mère et de « bonne » épouse, lorsque les circonstances se présentent.

M.A. :	Et vous l'accompagniez de temps en temps, marcher...
Mme Pires :	L'année passée, nous avons beaucoup fait cela. Nous finissions le souper le soir et allions faire une grande ballade jusqu'au Guintzet... Nous marchions, (...).

4.1.6. Pénibilité des activités

De même, les déplacements se font le plus souvent en voiture chez les personnes interviewées. M. Kalludra déclare qu'il se déplace en voiture car il doit faire face à plusieurs difficultés à pied : avec les enfants, les courses, les embouteillages, les horaires d'ouverture des magasins :

M.A.:	Also, zuerst wie machen Sie die... [...] les déplacements, wenn Sie zu Arbeit gehen oder um einkaufen.
M. Kalludra:	Ja wir gehen immer zusammen.
M.A.:	Ja.
M. Kalludra:	Ja schon besser.
M.A.:	Hehen [<i>marqueur d'approbation-relance</i>] und mit Wagen, oder zu Fuss oder...
M. Kalludra:	Ne mit Wagen.
M.A.:	Ja.
M. Kalludra:	Zu Fuss ist nicht so gut für Kinder.
M.A.:	Ja.
M. Kalludra:	Ja ist gut zu spazieren aber die Situation ist nicht so gut.
M.A.:	Ja, ja.
M. Kalludra:	Hat viele Leute... nicht respektieren nicht die Regeln.
M.A.:	Ja zum Beispiel, der alte Jumbo. Wie heisst der?
M. Kalludra:	Ja, Coop.
M.A.:	Ja Es ist nicht so praktisch ne, weil es diese grosse Umkehrung gibt.
M. Kalludra:	Ja.
M.A.:	Oder kann man zu Fuss?
M. Kalludra:	Ja kann man auch zu Fuss aber nur wann ist nicht zu viel Stau. Man hat nicht zu viele Waren. Es gibt immer eine zeitige Arbeit, bis sechs Uhr ist immer so.

L'étude sur la santé des migrants en Suisse citée dans la partie théorique relève qu'il y a un lien entre le temps consacré aux loisirs, y compris les activités physiques, et « *la pénibilité d'une activité professionnelles ou de travaux ménagers* »¹⁴⁴. La forme que prennent les activités peut alors varier en fonction de ces facteurs. Une distinction peut être établie entre les sports en club et les sports de rue¹⁴⁵. Si l'incertitude et la surprise sont l'essence même des sports improvisés, le sport en club nécessite une certaine discipline : le temps de jeu, les règles de conduite ou encore les participants sont définis à l'avance¹⁴⁶. Par exemple, M. Kalludra pratique du sport quotidiennement mais de manière « libre », (« *freiwillig* ») c'est-à-dire sans les contraintes liées aux activités en club. Malgré la pénibilité de son travail, il trouve le temps de faire quotidiennement du sport car les obstacles liés à son activité sont moindres. En effet, le terrain de football se trouve à proximité de son lieu de résidence et M. Kalludra n'a pas à s'occuper des travaux ménagers ou des enfants dont sa femme se charge.

Nous avons mentionné jusqu'ici certains aspects liés au milieu social d'appartenance et ayant un impact sur la pratique d'activités physiques : la réflexivité, le plaisir lié à une activité, la maladie comme frein à l'action ou encore la pénibilité des activités quotidiennes permettent de comprendre les rapports qu'entretiennent les individus avec la santé. Dans les différents entretiens qui ont été analysés, des représentations culturelles ont également été dégagées, afin de mieux comprendre le lien entre ces représentations et les politiques de santé en place. Elles permettront, en outre, de comprendre pourquoi certains messages « ne passent pas » et d'autres, au contraire, sont bien perçus et pratiqués.

4.2. L'influence des représentations culturelles

Si le milieu social a une influence sur les pratiques de santé, d'autres facteurs entrent également en compte, notamment les représentations culturelles liées à la santé et à la maladie, mais aussi aux pratiques sportives et aux rapports au corps. Tous les parents interviewés sont d'origine migrante et proviennent de deux pays : le Portugal (deux familles) et le Kosovo (une famille).

4.2.1. Représentations culturelles : définition

Par « représentations culturelles », nous nous référons à la définition de Maurice Godelier, tirée de son ouvrage *Maladie et santé dans les sociétés et les cultures*¹⁴⁷. Il distingue parmi les représentations culturelles, celles qui sont individuelles et celles qui sont collectives. Les représentations deviennent collectives lorsqu'elles sont partagées par un certain nombre d'individus, sans qu'il y ait nécessairement une conscience collective derrière ces représentations. Elles peuvent être « *des données concrètes de son expérience ou des faits complètement imaginaires (...)* »¹⁴⁸. C'est pourquoi, il n'est pas nécessaire de trouver une justification à ces représentations. Leur intérêt réside dans le fait qu'elles sont « *la source de diverses formes d'action et de conduites individuelles et/ou collectives* »¹⁴⁹. Elles donnent aux individus un sens au rapport aux autres mais également à soi et au

¹⁴⁴ Gasser, K. (2012). *Op. cit.* p. 26.

¹⁴⁵ Duret, P. (2015). *Sociologie du sport. Pratiques sportive, usages du sport*. 3^{ème} édition. Presses Universitaires de France. Que sais-je ? 128 p.

¹⁴⁶ *Idem.*

¹⁴⁷ Godelier, M. & al. (2011). *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*. Paris, PUF, 168 pp., p. 15.

¹⁴⁸ *Idem.*

¹⁴⁹ *Ibid.* p. 16.

monde qui les entourent et induisent donc des comportements. De plus, comme l'auteur le précise, toute représentation a une valeur aux yeux de l'individu qui la pense car toute représentation est une interprétation du monde, « *et c'est pour cette raison que toute représentation se trouve engagée dans un processus de légitimation ou de déni des actions induites par cette représentation* »¹⁵⁰.

Maurice Godelier fait l'hypothèse que les réactions des populations à diverses épidémies ou pandémies dépendent « *des représentations culturelles que ces populations se [font] de l'origine et des causes des maladies qui les [affectent]* »¹⁵¹ et que les gouvernements de ces sociétés devraient prendre en compte ces représentations dans les politiques de santé publique. Or, comme nous l'avons relevé plus tôt, les représentations sociales et culturelles ont peu été prises en considération dans les programmes de prévention et de promotion de la santé en Suisse. D'ailleurs ces mêmes programmes ne sont pas non plus dépourvus de référence à des imaginaires culturels, comme le montre Sylvie Fainzang dans le même ouvrage¹⁵² :

« *En vérité, on trouve dans la population des représentations de la maladie tirant leur origine d'une vision du monde qui n'est pas nécessairement étrangère à la pensée dite savante, et des politiques de santé qui, à y regarder de près, s'ancrent dans des constructions culturelles.* »¹⁵³.

L'auteure montre par exemple qu'en France les discours sur la causalité alcoolique intègrent certaines représentations de la personne et de la maladie en fonction du sexe du buveur. L'alcoolisme masculin serait lié à la pression sociale et celui des femmes à la dépression ou aux difficultés psychiques¹⁵⁴. Des causes sociologiques sont donc attribuées à l'un et des causes psychologiques à l'autre. Ce qui signifie selon Sylvie Fainzang que dans l'imaginaire, la cause attribuée à la maladie est exogène pour les hommes et endogène pour les femmes. Les représentations culturelles de la santé et de la maladie ont donc une influence considérable dans la prise en charge des malades et du regard sociétal porté sur ces derniers.

4.2.2. Les croyances religieuses : la maladie selon l'Islam

Dans l'entretien de M. Kalludra, il apparaît que ses représentations de la santé sont fortement liées à ses croyances religieuses, notamment dans l'attitude qu'il a vis-à-vis de la santé et du domaine médical. M. Kalludra est dans une posture d'acceptation (« *akzeptieren* ») et son mot d'ordre est la patience (« *Geduld* »), comme relevé dans cet extrait :

M.A.:	Und die Leute sprechen über wenn Sie z.B. eine Krankheit haben oder ein Problem? Sagen die Leute, ja, ja. Haben Sie ein Beispiel?
M. Kalludra:	Nein, nicht nur wann jemand Beispiel fragt... muss auch vorhersagen, hat Geduld.
M.A.:	Das antworten Sie?
M. Kalludra:	Ja. Jede Person muss warten, und nicht sofort, mit Zeit kommt besser...
M.A.:	Für welche Krankheit zum Beispiel denken Sie jetzt? Wo man Geduld braucht?

¹⁵⁰ *Ibid.* p. 15.

¹⁵¹ *Ibid.* p. 13.

¹⁵² Fainzang, S. (2011). « La culture, entre représentations de la personne et politiques de santé. Mises en perspective avec quelques données occidentales ». In Godelier, M. & al. (2011). *Op. cit.* p. 111-127.

¹⁵³ *Ibid.* p. 113.

¹⁵⁴ *Ibid.* p. 114.

M. Kalludra:	Ja, für jede Krankheit ist so, für jede Krankheit das ist was denke ich. Musst hat Geduld. Nachher beruhigt, kommt besser...
M.A.:	So, zum Beispiel, am Herz?
M. Kalludra:	Am Herz, ja.
M.A.:	Wo, am... ja.
M. Kalludra:	Ja dann Herz auch. Wissen Sie das ist nicht so gut wann jemand belegt zu viel die... seine Probleme. Zum kleine, kommt grosse.
M.A. :	Ja, ja.
M. Kalludra:	Es ist zum jede Problem, das muss... hat Geduld.

Selon lui, s'il n'y a pas la possibilité (« Möglichkeit ») d'être en bonne santé, il faut l'accepter et faire preuve de patience. Ses croyances ne l'amènent pas pour autant à rester passif, il trouve que le sport est « normal » pour la santé et le pratique quotidiennement. Cependant, il dit ne rien faire de spécial pour sa santé, hormis parfois un contrôle chez le médecin. Ayant une formation universitaire de « juge islamique » et se présentant comme étant pratiquant, M. Kalludra a probablement une très bonne connaissance du Coran et de ses préceptes concernant la santé. Pour se rendre compte du contenu des écrits religieux musulmans sur la santé, nous tenterons d'apporter des éléments nous permettant de donner sens à l'attitude de M. Kalludra vis-à-vis de la santé.

Les contenus théologiques sont vastes mais la majorité des musulmans pratiquants se basent dans leur quotidien sur des sermons et des leçons du Prophète Mahomet, rapportés par ses « compagnons ». A titre de comparaison, les « compagnons » représentent dans l'Islam, ce que les « apôtres » sont dans le Christianisme et les « juges » dans le judaïsme, c'est-à-dire des disciples ayant un rôle de transmission. Les informations que nous avons trouvées, en lien avec la santé et la maladie dans l'Islam, se trouvent sur des sites internet destinés au grand public. L'un de ces sites se nomme « The Religion of Islam » et contient un ensemble d'articles sur le savoir islamique. L'autre, « Sajidine », contient également des articles sur la religion et « *se réclame d'un Islam simple, clair et net* ». L'administrateur précise également que, bien qu'ils ne soient pas savants, « *[ils sont] cependant régulièrement conseillés par des personnes de sciences [...]* ».

Au sujet de la maladie, les compagnons du Prophète Mahomet, Al-Boukhari et Mouslim rapportent que : « *Chaque fois qu'un musulman est affligé de maladie ou d'une épreuve, Dieu lui efface une partie de ses péchés, qui deviennent comme les feuilles qui tombent d'un arbre.* »¹⁵⁵.

La maladie n'est donc pas connotée négativement dans l'Islam. Elle est davantage perçue comme une épreuve, amenant à terme à l'expiation des péchés. La patience est également une valeur prônée dans les différents récits rapportés du Prophète¹⁵⁶, tout comme dans le discours de M. Kalludra. Elle

¹⁵⁵ Sajidine. « L'épreuve par les maladies et ses bénéfiques ». Rappels > Sermons > Maladies. Lien : <http://www.sajidine.com/rappels/sermons/maladies.htm>

¹⁵⁶ Stacey, A. (2012). *La santé en Islam : une approche holistique*. Articles > Le système d'ordre dans l'Islam > Santé et nutrition. Lien : <http://www.islamreligion.com/fr/articles/1878/viewall/la-sante-en-islam-partie-1-de-4/>

serait même « *la seule protection contre l'inquiétude* »¹⁵⁷. La patience ne signifie pas la passivité, le malade doit se soigner « *par tous les moyens permis par la morale islamique* »¹⁵⁸.

Autre élément d'analyse, la santé regroupe trois dimensions qui sont liées entre elles : la santé physique, psychique (émotionnelle) et spirituelle.

« *Tout comme la vie spirituelle est inséparable de la vie laïque, la santé, qui est à la fois physique, émotionnelle et spirituelle, est indivisible ; pour qu'une personne soit en parfaite santé, ces trois aspects doivent être intacts. Lorsque l'un de ces trois types de santé commence à souffrir d'un mal, les autres parties souffrent également.* »¹⁵⁹.

Ainsi lorsque des problèmes de santé physique ou psychique apparaissent, l'individu est amené à se questionner sur sa foi et celle-ci doit le renforcer à son tour (patience, acceptation).

Sur la page « Sajidine » se trouve un espace où l'on peut trouver des informations sur la « médecine prophétique », la cause et les remèdes des maladies mais aussi des directives permettent au malade d'être guidé. Le contenu de ces chapitres ne sera pas analysé en détails mais pour résumer, il est conseillé au malade de se soigner par la médecine traditionnelle, par exemple par la prise de médicaments ou la visite chez le médecin et à ce conseil s'ajoutent des éléments d'ordre spirituel.

4.2.3. La réticence à l'égard des médicaments

Bien que les médicaments servent à soigner des maux, ils suscitent parfois de la méfiance chez des individus pour qui, ils représentent une forme de dépendance, d'un manque de contrôle de soi et de la maladie. Dans son article sur *La réticence vis-à-vis des médicaments*¹⁶⁰, Sylvie Fainzang questionne la place de la dimension culturelle dans la résistance des individus face aux médicaments, qu'ils soient prescrits ou non. Elle montre comment « *les liens que les individus entretiennent avec les médicaments sont socialement et culturellement construits et traduisent des rapports divers à la maladie, à la douleur et au corps* »¹⁶¹. Sa recherche s'appuie sur « l'origine familiale religieuse » de groupes interrogés et non pas sur leur propre croyance. Elle envisage alors les groupes étudiés comme faisant partie d'un « système de valeurs ». Sylvie Fainzang explique que le rapport au temps n'est pas le même dans tous les groupes culturels :

« *Chez les patients d'origine musulmane observés au cours de l'enquête, quel que soit l'affection pour laquelle il est prescrit, si le médicament ne soigne pas rapidement (beaucoup de patients lui donnent trois ou quatre jours pour faire son effet), il est arrêté. Dans ce cas, les patients ne retournent pas nécessairement voir leur médecin pour lui en demander un autre, jugeant que les médicaments se valent tous, et arrêtent tout simplement leur traitement.* »¹⁶²

¹⁵⁷ Sajidine, *op. cit.*

¹⁵⁸ *Idem*, « Et quand je suis malade... c'est lui qui me guérit ». Médecine prophétique > Introduction. Lien : <http://www.sajidine.com/medecine-prophetique/introduction.php>

¹⁵⁹ *Idem*.

¹⁶⁰ Fainzang, S. (2007). « Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture », *Revue française des affaires sociales* 3/2007 (n° 3-4), p. 193-209, URL : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-3-page-193.htm.

¹⁶¹ *Ibid.* p. 194.

¹⁶² *Ibid.* p. 199.

Elle ajoute que si le médicament a des effets désagréables ou indésirables, c'est qu'il a une efficacité : « *le bon médicament*, « c'est celui qui fait quelque chose » »¹⁶³. Dans les entretiens que nous avons analysés, deux interviewés parlent de leur rapport aux médicaments. Mme Lopes prend tous les jours des médicaments, sans préciser de quels types il s'agit, tandis que M. Kalludra explique que pour lui la « mauvaise santé » consiste à vivre avec des médicaments :

M.A.:	Ja, und was ist für Ihnen das Ungesundheit? Oder können Sie mich beschreiben jemand der ungesund ist? Nicht gesund ist?
M. Kalludra:	[Long silence] Ja das ist... wenn man lebt mit Medikamenten, das ist auch nicht so gut... für die Gesund ist nicht so gut.
M.A.:	Ja.
M. Kalludra:	Oder Beispiel jeden Tag [incompréhensible],
M.A.:	Ja, ja. Kennen Sie Leute, die müssen jeden Tag Medikamente nehmen?
M. Kalludra:	Ja, wir kennen [incompréhensible].
M.A.:	Um zu schlafen, oder um nicht müde zu sein?
M. Kalludra:	Nein, nicht am Tag, am Abend man nimmt. Was man jemand hat dreimal pro Tag, jemand hat einmal, zweimal pro Tag zu nehmen. Das ist wie entschied die Arzt und sagt Tablette zu nehmen...
M.A.:	Am welche Krankheit denken Sie jetzt, zum Beispiel Depression oder wenn man schlafen musst also "somnifères"? Euh welche denken Sie...
M. Kalludra:	Ja, für viele Krankheit ist so.
M.A.:	Im allgemein sagen Sie, ja?
M. Kalludra:	Ja, im allgemein ist so, Medikamenten.
M.A.:	Für Sie Medikamenten sind schlecht, ja?
M. Kalludra:	Ja, nicht haben so gerne.

En analysant les propos de M. Kalludra, il est plus aisé de comprendre pourquoi il a une réticence à l'égard des traitements médicamenteux, étant donné que leur efficacité se fait dans la durée.

4.2.4. Les croyances « profanes »

Si un ensemble de croyances culturelles et religieuses régissent les pratiques de santé, d'autres formes de croyances influencent également l'individu dans son rapport à la santé. Parmi les croyances profanes, nous pouvons relever celles de Maria Lopes qui pense que si elle ne fait pas de sport, elle va « naturellement » prendre du poids, comme si elle était prédisposée à être en surpoids. Dès lors, il s'agit pour elle d'une raison supplémentaire pour pratiquer du fitness.

M.A. :	Aux activités actives, pas actives... et donc en plus vous allez, heu vous faites du fitness ? Vous pouvez me raconter voilà pourquoi, comment...
Maria Lopes :	Oui, alors je fais du fitness parce que c'est un besoin physique. J'ai toujours heu depuis l'âge de la puberté, j'ai toujours été très mince de corpulence et une fois que j'ai changé le cap j'ai toujours eu des problèmes heu de, de, de poids.
M.A. :	Oui.

¹⁶³ *Idem.*

Maria Lopes : Donc c'est vrai qu'en plus de ça si je n'aurais rien fait je pense que je serais le triple, je pense, donc c'est vraiment une obligation. Déjà j'ai du plaisir à y aller, mais je sais parfaitement que même que je n'aurais pas plaisir je devrais toute façon y aller.

M.A. : Huhum, huhum

Maria Lopes : Parce que comme j'ai une facilité à prendre du poids, je ne pourrais pas me permettre de ne pas en faire.

5. LES RESSOURCES ET LES OBSTACLES À LA SANTÉ

L'analyse des entretiens a montré que différentes ressources et obstacles régissent les pratiques de santé. Cependant, elles n'ont pas la même signification pour tous les individus. Il peut arriver, par exemple, qu'une ressource pour l'un soit un obstacle pour l'autre.

5.1. Le sport et l'esthétisme

Maria Lopes est la seule personne interviewée à déclarer faire des activités physiques « *pour le maintien de la ligne* ». Elle parle de la santé en référence à la « forme » et non à la « force », comme habituellement décrit par les individus issus de milieux populaires. L'activité physique sert, non seulement à être en bonne santé mais aussi à atteindre ou maintenir une norme esthétique en vigueur.

5.2. La sociabilité et le « goût du temps »¹⁶⁴

La sociabilité est l'une des ressources la plus souvent évoquée parmi les personnes interrogées. M. Kalludra explique, par exemple, qu'il se rend tous les jours au stade pour jouer au football. Parmi ses autres activités, elles se déroulent le plus souvent en famille, comme pour Mme Pires et la tante de Tania. Maria Lopes souligne également l'importance du groupe dans ses activités. Elle part quelque fois en week-end avec ses amis ou en voyage avec sa fille. Sa mère, elle, affirme ne pas faire d'activités en étant seule. L'accompagnement est une stratégie pour sortir de chez elle. Chez les enfants, le sport est souvent pratiqué en groupe.

Dans un ouvrage consacré à la *Sociologie des classes populaires*, Yasmine Siblot & al. montrent comment l'entre-soi lors des loisirs permet une « *valorisation sociale en dehors de cadres organisés* »¹⁶⁵ dans les milieux populaires. Ces milieux préféreraient les cadres propices aux pratiques de sociabilité, tels que les sorties familiales, les pique-niques entre voisins ou encore les jeux avec les enfants. Contrairement aux membres de milieux aisés qui chercheraient à s'isoler, ils privilégieraient les espaces ouverts et publics. Les auteurs décrivent l'occupation du temps libre des membres de classes populaires comme un « *goût du temps* », destiné à des loisirs « *que l'on aime sans se sentir obligé de faire quelque chose en particulier* »¹⁶⁶, c'est-à-dire des usages plus informels du temps libre.

Comme nous l'avons mentionné pour M. Kalludra, la forme que prennent ses activités physiques lui permet d'avoir une pratique quotidienne. Pour la tante de Tania, le temps libre se déroule autour du jardin familial. Mme Lopes a pour seules activités les sorties avec son mari ou les rencontres avec des amies autour d'un café qui sont autant d'occasion pour se détendre.

¹⁶⁴ Siblot, Y. & al. (2015). « Des modes populaires d'appropriation des loisirs et des biens culturels », in *Sociologie des classes populaires contemporaines*. Paris, Armand Colin, Coll. « U sociologie », pp. 187-193, 363 p.

¹⁶⁵ *Idem*.

¹⁶⁶ *Idem*.

Les pratiques physiques peuvent aussi répondre à des dispositions genrées. Les hommes disposent davantage de la possibilité de « *s'extraire du cadre domestique et de s'aménager [...] des espaces « privés »* »¹⁶⁷ que les femmes.

5.3. Les espaces d'activité

Dans ses travaux sur l'influence du lieu de résidence sur la santé des individus et leur accès aux soins¹⁶⁸, Julie Vallée s'est appuyée sur la notion d'« espace d'activité », définie comme « *l'espace au sein duquel un individu se déplace au cours de ses activités quotidiennes* ». L'auteure suppose que, si un individu demeure « étranger » à son espace, il ne va pas se laisser influencer par lui. Cette notion peut expliquer en partie pourquoi Maria Lopes, contrairement aux autres personnes interviewées, n'est pas influencée par son quartier de résidence. En effet, elle a la possibilité de « *s'évader des contraintes de son quartier de résidence* », notamment par des déplacements fréquents et des voyages. Ses activités sont le plus souvent portées vers l'extérieur :

Maria Lopes : C'est rare en fait que j'aïlle ici dans le coin.

M.A. : Est-ce qu'il y a la possibilité dans le quartier de faire des courses ?

Maria Lopes : Y a juste pas très loin Coop.

M.A. : Ouais.

Maria Lopes : Le centre commercial Coop, mais c'est vrai que j'y vais rarement.

M.A. : Celui qui est dans le quartier.

Maria Lopes : Non il est un tout petit peu plus à l'extérieur, à la sortie de l'autoroute, à pied, c'est vraiment tout près.

M.A. : C'est possible, mais vous n'y allez pas forcément.

Maria Lopes : Non [*réponse avec hésitation et hochement de tête et sourire : je comprendrai plus tard que toutes ses activités sont portées vers l'extérieur du quartier/voir l'éloignement*].

¹⁶⁷ *Ibid.* p. 191.

¹⁶⁸ Vallée, J., and al, (2011), "The role of daily mobility in mental health inequalities: the interactive influence of activity space and neighbourhood of residence on depression." *Social Science and Medicine*, 73(8) : 1133-1144.

6. LA TRANSMISSION DES REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DU SPORT

Dans les focus groups, différentes questions ont été posées aux enfants afin d'avoir un aperçu de leurs loisirs et de leurs activités physiques, ainsi que leurs représentations de la santé. Les réponses sont assez courtes et ne sont pas développées mais elles permettent de relever certaines représentations transmises aux enfants.

6.1. Les acteurs de la transmission

A la question « qui vous donne des conseils sur la santé ? », la majorité des enfants répondent que c'est leur mère. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre sur le rôle de la mère dans la transmission des pratiques de santé, celle-ci a une place centrale. Parmi les acteurs de la transmission, se trouvent également d'autres membres de la famille (grands parents, fraternité) ou encore la télévision. Lorsque les parents travaillent, il arrive souvent aux aînés de s'occuper de leurs petits frères et sœurs et donc d'être un modèle pour ces derniers, y compris dans le domaine de la santé et des activités physiques.

Il aurait été intéressant d'approfondir la réponse de la transmission par la télévision. En effet, par quel moyen les enfants perçoivent-ils des recommandations de santé dans les mass media ? A cette question, aucun enfant n'a répondu « l'école ou l'enseignant », alors que les programmes de prévention accordent une grande importance à faire de l'école un lieu d'apprentissage des bonnes pratiques de santé.

6.2. Les représentations du « corps en forme »

Aux questions « c'est quoi un corps en forme ? » et « que faire pour être en forme ? » plusieurs réponses ont été données. Un tableau a été élaboré en fonction des différentes réponses :

Références au/à...	Réponses
Aucune	ne sait pas, pas de réponse, silence, « bonne question »
Poids, muscles	« quand on est musclé, c'est pas être gros » ; « comme ça, un peu musclé »
Alimentation	« un corps auquel on donne beaucoup de nourriture mais pas trop » ; « c'est manger, un corps auquel on donne à manger pour être en forme » ; « (...) tu manges bien : des carottes pour la vue, de la soupe »
Qualités	« intelligent, mais plutôt bien habillé, plutôt fort »
Absence de maladie	« quelqu'un qui se sent bien, qui n'est pas malade » ; « c'est que tu n'es pas malade, (...) »
Autre	« quelqu'un qui n'a pas la même forme qu'un autre, il est bien, être en forme, il est soulagé »

Tableau 1: "C'est quoi la forme?"

Références au/à...	Réponses
Aucun	Ne sait pas
Alimentation	« il faut manger des fruits et légumes au lieu de manger des bonbons » ; « (...) bien manger, pas louper le déjeuner »
Force	« être attentif, être en forme fort (mime quelqu'un de musclé), (...) »
Inactivité	« (...) pas regarder la télé après l'école »
Sommeil	« (...) il faut bien dormir »
Soins	« bien soigner son corps, quand on est malade prendre des médicaments (...) »

Tableau 2: "Que faire pour être en forme?"

La forme fait référence pour ces enfants à l'apparence (« poids », « muscles »), à l'alimentation, à des qualités intrinsèques (« intelligent ») ou à des adjectifs élogieux (« bien », « fort »), ainsi qu'à l'absence de maladie. La notion de « forme » évoque souvent le thème de l'alimentation chez les enfants. Dans l'ouvrage de Faustine Régnier et d'Ana Masullo (2009)¹⁶⁹, cette définition se rapproche davantage des « repères normatifs en matière de corpulence » dans les milieux modestes où la nourriture permet de renforcer le corps.

Plusieurs enfants ne répondent pas à la question, parce qu'ils disent ne pas connaître la réponse ou par leur silence. Ce qui montre que la transmission ne se fait pas de la même façon chez tous. Certains enfants ont plus de facilité que d'autres à s'exprimer sur ce sujet.

6.3. Les représentations de la « bonne santé »

Concernant les représentations de la « bonne santé », les enfants ont répondu aux questions suivantes : « C'est quoi, être en bonne santé ? Quelles sont les choses qui sont bonnes pour la santé ? ».

La « bonne santé » évoque pour certains des normes éducatives, comme le fait de « jouer dehors » ou « ne pas trop jouer », mais aussi le sport, l'hygiène, le poids et l'environnement. L'une des réponses est surprenante. En effet, pour l'un des enfants, la « bonne santé » c'est « jouer à la Play » et il fait mention du bien-être lié à cette activité : « ça fait du bien », « c'est stylé » ou encore « c'est excitant ». La santé ne se limite alors pas seulement au corps mais aussi à la santé mentale. Cependant, il continue en disant que « non, la santé c'est plutôt quand tu joues dehors. Tu es forme », comme pour se rattraper d'une parole sortie trop vite.

Le lien entre la santé et les jeux peut signifier que les enfants ne font pas de distinction entre les recommandations de santé et les autres prescriptions venant des adultes. L'attitude vis-à-vis de sa santé relève ainsi d'une forme de discipline.

¹⁶⁹ Régnier, F. & Masullo, A. (2009). *Op. cit.* Chapitre 5.

Références au/à...	Réponses
Loisirs, jeux	« jouer à la Play, (...) ça fait du bien, (...) c'est stylé » ; « pas trop jouer »
Environnement	« c'est plutôt quand tu joues dehors »
Affichage du poids	« l'image de la balance, se peser »
Sport	« le sport » ; « courir » (2x)
Hygiène	« bien soigner ses dents (...) »

Tableau 3: " C'est quoi être en bonne santé? Quelles sont les choses qui sont bonnes pour la santé ?"

6.4. Les représentations de la « mauvaise santé »

La « mauvaise santé » fait, elle, référence à la corpulence (« gros », « maigre »), à l'inactivité (« rester devant la télé »), à une mauvaise alimentation (« trop de chocolats, de gâteaux, de biscuits ») mais également à la douleur provoquée par une bagarre. Les enfants savent donc ce qui est mauvais pour la santé mais ne suivent pas forcément les conseils dans la pratique. Par exemple, pour Endrit, la mauvaise santé c'est une mauvaise alimentation mais il poursuit en disant que « moi qu'est-ce que je fais, ben je mange toujours mais il faut aussi boire ». Il compense donc une mauvaise pratique de santé « trop manger de... » par une « bonne » pratique « boire de l'eau ».

L'usage de cette « stratégie de conjuration »¹⁷⁰ permet d'éluder ou minorer le risque perçu par Endrit. Cependant, il repose sur une mauvaise connaissance des effets du sucre sur l'organisme. Un travail d'information permettrait ainsi de limiter ce type de pratiques.

Références au/à...	Réponses
Aucune	silence
Corpulence	montre une image, « ils sont gros, ou trop maigres » ; « être gros »
Inactivité (TV, jeux)	« rester devant la télé » ; « pour elle, la Play c'est la mauvaise santé »
Alimentation	« quand tu manges trop de chocolats, de gâteaux, de biscuits, de sucreries »
Douleurs	« quand on se bagarre, des fois c'est une mauvaise santé [fait référence à des douleurs qui peuvent être provoquées par une bagarre. Par exemple, « mal aux pieds »] (...). Je trouve que regarder trop la télévision ça fait mal aux yeux. »

Tableau 4: "C'est quoi être en mauvaise santé?"

¹⁷⁰ Cf. définition p. 12.

7. RÉSULTATS ET CONCLUSION

Notre analyse a porté sur les différentes représentations sociales et culturelles, en lien avec l'activité physique et la santé, ainsi que la transmission des pratiques de santé. Plusieurs éléments en ressortent.

Tout d'abord, nous sommes arrivés au constat que les représentations de la santé, de la maladie ou encore de la forme, dépendent de nombreux facteurs et sont loin d'être homogènes. Ces représentations sont à la fois sociales et culturelles. L'habitus, le milieu social, les croyances religieuses ou profanes ont un impact sur les pratiques sportives, ainsi que sur le rapport au corps et à la santé. Bien que des différences de représentations et de pratiques soient perceptibles dans les analyses, des régularités se trouvent également, conditionnés par le milieu social d'origine. Par exemple, l'importance du rôle de mère dans la mise en pratique d'activités tient une place majeure chez les mères interrogées.

Différents éléments facilitant, rendant difficile ou empêchant la pratique d'un sport ont été relevés dans les entretiens. L'esthétisme, la sociabilité et le goût du temps, les espaces d'activités ou encore le schéma familial constituent des ressources ou des obstacles à la santé. Ils définissent le rapport à soi, aux autres mais également à l'environnement physique et social.

Ainsi, différents « profils » de santé ont été élaborés en fonction des analyses et des résultats. Le tableau ci-dessous résume ces données :

	M. Kalludra	Paula Lopes	Mme Lopes	Mme Pires & tante
Habitus	Fatalisme	Plaisir, forme	Non-dits	Impensé
Obstacles	Temps	Environnement	Maladie	Solitude, manque de force, travaux ménagers
Ressources	Famille, religion	Curiosité, « bonne volonté »	Sociabilité	Famille, conseils du médecin
Représentations	« normalité »	Maintien de la ligne, transmission	Silence des organes	Rôle de mère et d'épouse

Tableau 5: "Activités physiques dans un but de santé"

D'un point de vue de l'habitus, différents modèles se sont présentés. M. Kalludra est imprégné d'un fatalisme corporel lié à ses croyances religieuses. L'acceptation permet de renforcer sa foi qui à son tour, renforce son esprit et donc son corps. Maria Lopes a, quant à elle, une disposition au plaisir dans ses activités et donne une grande importance à la forme. Chez sa mère l'habitus peut être compris dans ses silences et ses non-dits. La santé est un tabou qu'elle évoque qu'en cas de nécessité. Enfin, chez Mme Pires et la tante, la question des activités physiques ne se pose pas et n'est pas sujet à réflexion donc fait partie des impensés.

Les différents obstacles qui ont été évoqués sont liés à plusieurs facteurs. M. Kalludra évoque le manque de temps en raison de son activité professionnelle. Maria Lopes parle plutôt du lieu d'habitation, des structures à dispositions et de l'environnement général. Mme Lopes, elle, est limitée

par son état de santé. Quant à Mme Pires et la tante, elles évoquent le manque de force lié au travail ménager.

Ces obstacles sont palliés par les ressources dont disposent les interviewés. Pour M. Kalludra et Mme Lopes, la présence de membres de la famille est un encouragement aux activités. Nous pouvons également faire l'hypothèse que la religion agit comme un élément favorisant le maintien de la bonne santé chez M. Kalludra. Pour Maria, c'est la curiosité et sa volonté de découverte qui sont évoqués. Elle a également conscience de l'importance du « paraître » dans la reconnaissance sociale. Chez Mme Pires et la tante, les activités se déroulent principalement en famille mais c'est également suite aux conseils du médecin et pour soutenir son époux que Mme Pires s'est mise à pratiquer du sport.

Pour terminer, nous pouvons évoquer les représentations qui jouent un rôle dans le comportement sportif et dans la santé des personnes interrogées. Pour M. Kalludra, le sport est « normal » pour la santé. Cette idée de « normalité » peut être comprise comme une acceptation de sa condition physique et humaine, à l'opposé d'une condition « divine ». Maria Lopes, elle, évoque l'importance du sport dans le maintien de la ligne. La forme a beaucoup d'importance car, il s'agit d'une manière de se distinguer socialement. Les activités physiques sont des loisirs qu'elle pratique le plus souvent en étant accompagnée. La mère de Maria ne parle quasiment pas de ses représentations, les pratiques sportives ne seraient pas légitimes, selon notre hypothèse, car la santé évoque pour elle le « silence des organes ». En effet, mettre en mouvement son corps amène à le faire « parler » par le biais des gestes, des douleurs et des sensations physiques. Mme Pires et la tante renvoient une représentation du sport, proche de celle des loisirs familiaux. Dans ces entretiens, l'aspect de la mise en mouvement du corps dans une finalité sanitaire n'est presque jamais évoqué.

TROISIÈME PARTIE

8. CONCLUSION

Suite à différents questionnements suscités dans la partie théorique, nous avons pu, par le biais d'entretiens réalisés sur un terrain spécifique, mieux questionner certains enjeux liés à des inégalités sociales de santé. Notre question de départ était de comprendre comment le milieu social et la culture d'origine influencent les pratiques de santé en lien avec le sport, le mouvement ou les activités sédentaires. Nous pouvons ainsi dire que ces pratiques de santé dépendent des représentations sociales et culturelles des individus, mais sont également le résultat d'arbitrage et de compromis entre différentes valeurs. En effet, plusieurs pratiques peuvent sembler légitimes – par exemple, se préoccuper de sa santé et se comporter comme une « bonne » mère¹⁷¹ – et générer des ambivalences. Des stratégies de justifications permettent de faire face aux nombreuses injonctions. En outre, des dispositions sociales régissent les pratiques de santé par le biais de différentes catégories comme l'âge, le genre, la classe sociale, le statut politique (citoyen, migrant, réfugié, etc.).

La démarche peut être critiquée par son caractère non généralisable et spécifique à un contexte donné. De plus, les analyses reposent sur la transcription et la traduction d'entretiens réalisés dans différentes langues (français, allemand, portugais), ce qui constitue déjà une lecture de la réalité et donc une interprétation des données. L'analyse approfondie d'entretiens dans une perspective qualitative a néanmoins permis de saisir les univers de croyances des individus dans une démarche compréhensive.

Ce travail a été abordé par une démarche pluridisciplinaire. Des recherches en anthropologie, en science des religions et en psychologie ont permis de saisir certains aspects de notre question de recherche mais le travail reste sur le fond sociologique.

Nous avons pu constater que, dans les milieux populaires, les activités physiques prennent davantage le sens de loisirs et d'activités familiales plutôt que d'un moyen de gérer son capital santé. Elles prennent ainsi des formes permettant une certaine liberté face aux contraintes générées par le milieu social.

Si des recommandations peuvent être émises, elles seraient de l'ordre d'une prise en compte plus importante des contraintes et des obstacles, d'ordre social et culturel, empêchant la pratique d'un sport. En effet, les programmes de santé publique n'intègrent pas suffisamment ces dimensions et privilégient davantage les notions d'autonomie et de responsabilité. Les « mauvaises » conduites de santé sont perçues comme des « pathologies de la volonté », au lieu d'être appréhendés sous le prisme d'un ensemble de contingences. La conséquence de ces mesures préventives est qu'elles « *contribuent malgré elles à amplifier la différenciation sociale des conduites à risque* »¹⁷².

¹⁷¹ Martín-Criado, E. (2015). *Op. cit.*

¹⁷² *Ibid.* p. 63.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Aïach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*, Anthropos. Economica, 280 p.
- Boukris, S. (2013). *La Fabrique de malades. Ces maladies qu'on nous invente*. Coll. Santé. Ed. Le Cherche Midi. 236 p.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*, coll. Le sens commun, éd. De Minuit, 672 p.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Coll. « Le sens commun », 480 p.
- Csergo, J. (2009). *Trop Gros ? L'obésité et ses représentations*. Paris, Editions Autrement, collection Mutations, 256 p.
- Duret, P. (2015). *Sociologie du sport. Pratiques sportive, usages du sport*. 3^{ème} édition. Presses Universitaires de France. Que sais-je ? 128 p.
- Fassin, D. & al. (2000). *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, 448 p.
- Giddens, A. (2000). *Les conséquences de la modernité*, L'Harmattan, Théorie sociale contemporaine : 192 p.
- Godelier, M. & al. (2011). *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*. Paris, PUF, 168 p.
- Goffman, E. (1975 [1963]). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 180 p.
- Gojard, S. (2010). *Le métier de mère*, La Dispute, coll. « Corps santé société », 221 p.
- Lahire, B. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris, Nathan (Essais & recherches. Sciences sociales), 272 p.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2012 [2010]). *La salutogenèse. Petit guide pour promouvoir la santé* (trad. de The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion), Presse de l'Université de Laval, 140 p.
- Peretti-Watel, P. & Moatti, J.-P. (2009). *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*. Editions du Seuil et La République des Idées. Coll. Dirigée par Pierre Rosanvallon et Ivan Jablonka, 112 p.
- Pol, T. d. S. (2010). *Le Corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids*. Paris, Presses Universitaires de France, coll. "Le lien social", p. 166-175.
- Romain, J. (1972). *Knock*. Coll. Folio, Gallimard. 118 p.
- Siblot, Y. & al. (2015). *Sociologie des classes populaires contemporaines*. Paris, Armand Colin, Coll. « U sociologie », 363 p.

Articles et revues

- Aceti, M. (2012-2014). « Activités physiques et prévention de la santé : une injonction normative à l'épreuve de la pauvreté en Europe (APSAPA Europe) ». *Programme de recherche IDEX (Initiative d'excellence)*.
- Aceti, M. & Vieille Marchiset, G. (2014) « Un *capital salutaire* à transmettre : analyse comparative des programmes de promotion de la santé par l'activité physique en Europe », Revue *JuriSport*, Juris éditions, Dalloz, p. 41.
- Amadiou, J.-F. (2002). « L'apparence physique, une des clefs du succès ? ». *Le poids des apparences*. Paris. Odile Jacob, pp. 75-78, 144-147 (extraits). In Darmon, M. & Détéz, C. (2004). *Corps et société*. La Documentation française, pp.119, n° 907, décembre 2004.
- Bézy, O. (2009). « La santé c'est la vie dans le silence des organes », *La revue lacanienne* 2009/1 (n° 3), p. 47-50. <http://www.cairn.info/revue-la-revue-lacanianne-2009-1-page-47.htm>
- Bihr, A. & Pfefferkorn, R. (2006). *Les inégalités sociales de santé*. Revue *¿ Interrogations ?* 6.
- Constance, J. & Peretti-Watel, P. (2010). « La cigarette du pauvre ». *Ethnologie française*, 40 : 535.
- Boltanski, L. (1971). « Les usages sociaux du corps ». *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26: 205-233.
- Cicchelli, V. & Maunaye, E. (2001). « Significations de la responsabilité parentale à la naissance de l'enfant et après son adolescence », *Lien social et politiques*, n° 46, p. 85-96.
- Constance J., Peretti-Watel P., (2010). « La cigarette du pauvre ». *Ethnologie française* 40(3) : 535-542.
- Desprès, C. (2013). « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 6 | 2013, mis en ligne le 27 mai 2013, URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1078> ; OI : 10.4000/anthropologiesante.1078.
- Fainzang, S. (2007). « Les réticences vis-à-vis des médicaments. La marque de la culture », *Revue française des affaires sociales* 3/2007 (n° 3-4), p. 193-209, URL : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-3-page-193.htm.
- Fainzang, S. (2011). « La culture, entre représentations de la personne et politiques de santé. Mises en perspective avec quelques données occidentales ». In Godelier, M. & al. (2011). *Op. cit.* p. 111-127.
- Forrester-Knauss, C. (2014). *L'image corporelle positive chez les adolescents*. Promotion Santé Suisse. Document de travail 29, Berne et Lausanne.
- Furrer, C. (2010). *Évaluation des programmes d'action cantonaux « Poids corporel sain », résumé: synthèse intermédiaire 2010 de leur réalisation et de leurs effets*, Interface Politikstudien et l'Institut pour l'économie de la santé de Winterthur.

- Gasser, K. (2012). *Santé des migrantes et des migrants en Suisse. Principaux résultats du deuxième monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse*, Bienne ; version abrégée du rapport : Guggisberg, J. et al. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Rapport final, août 2011 ; OFSP, Unité de direction Politique de la santé, Programme national migration et santé, migrationundgesundheit@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch
- Génolini J.-P., Clément J.-P. (2010). « Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort », *Sciences sociales et sport*, 2010/1 N° 3, p. 133-156.
- Gojard, S. (2003). « L'allaitement, une norme sociale. », *Spirale* 3/2003 (n° 27), p. 133-137. URL: www.cairn.info/revue-spirale-2003-3-page-133.htm.
- Götschi, T. & al. (2015). *Aktive Mobilität und Gesundheit. Rapport de base pour le rapport national sur la santé 2015* (Obsan Dossier 47). Neuchâtel : Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Lamprecht, M., et coll. (2014). *Sport Suisse 2014. Activité et consommation sportives de la population suisse*, Observatoire Sport et activité physique Suisse c/o Lamprecht & Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
- Le Blanc, G. (2010). « Le devoir de santé. Journal de l'année de la grippe (III) », *Esprit* 2010/1 (Janvier), p. 232-234.
- Leroux, L. & Morel, M.-F. (1976). « L'enfance et les savoirs sur le corps. Pratiques médicales et pratiques populaires dans la France traditionnelle », *Ethnologie française*, 6, 3-4, pp. 309-324.
- Martín-Criado, E. (2015). Traduit de l'espagnol par Séverine Rosset. « L'ambivalence du contrôle du poids chez les mères de famille des classes populaires », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2015/3 (N° 208), p. 74-87.
- Mattig, T. (2014). *L'autonomie, un défi pour la promotion de la santé*. Promotion Santé Suisse Document de travail 19, Berne et Lausanne, p. 10.
- Pol, T. d. S. (2008). *Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent*. 20, 175-179.
- Mauss, M. (1934). « Les techniques du corps ». Article originalement publié *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934.
- Office fédéral du sport (OFSP), Office fédéral de la santé publique (OFSP), Promotion Santé Suisse, Réseau santé et activité physique Suisse. (2006). *Activité physique et santé*. Document de base. Macolin: OFSPO, p. 23.
- Office fédéral de la santé publique (2007). *Prévention et promotion de la santé en Suisse. Rapport répondant aux postulats Humbel Näf (05.3161) et CSSS-CE (05.3230)*, Berne, septembre 2007.

- Poulain J.-P., (2002). « Manger aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques ». Paris, Ed. Privat: 160-163, p. 161, http://www.lemangeur-ocha.com/wp-content/uploads/2012/05/09_Chapitre7.pdf.
- Prévention et promotion de la santé transculturelles en Suisse (2009). *Informations de base et recommandations*, www.prevtrans.ch.
- Régnier, F. & Masullo, A. (2009). "Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale." *Revue française de sociologie*, 50(4): 747-773, p. 758-759.
- Rywalski, A. & Vuitel, C. (2009). *Programme cantonal fribourgeois « poids corporel sain » 2010-2013*. Direction de la santé et des affaires sociales, Service de la santé publique, Canton de Fribourg.
- Schopper, D. (2010). « Poids corporel sain » avant l'âge adulte. Qu'avons-nous appris de nouveau depuis 2005 ? Promotion Santé Suisse.
- Stamm, H. & Lamprecht, M., avec la coll. De Wiegand D. (2012). *Alimentation et activité physique de la population migrante. Analyse secondaire de données dans le cadre du Programme national migration et santé de l'Office fédéral de la santé publique*. Zürich. Office fédéral de la santé publique > Thèmes > La politique de santé > Migration et santé > Recherche > Alimentation et activité physique de la population migrante. www.admin.ch.
- Strauss, A. & J. Corbin (2004 [1990]). *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg, Res Socialis, Academic Press Fribourg.
- Swiss Forum for Migration and Population Studies (SFM). Cordey, M. & al. (2012). *Analyse des besoins en matière de promotion de la santé et de prévention pour la population issue de la migration. Etat des lieux pour les cantons de Fribourg, de Neuchâtel et du Jura*. Université de Neuchâtel.
- Trépos, J.-Y. & al. (2007). « Les marquages conjugaux de l'argent en milieu populaire », *Le Portique*, 19, mis en ligne le 15 décembre 2009, URL : <http://leportique.revues.org/1191>.
- Vallée, J., and al, (2011), "The role of daily mobility in mental health inequalities: the interactive influence of activity space and neighbourhood of residence on depression." *Social Science and Medicine*, 73(8) : 1133-1144.

Pages internet

- Bachman, D. & Riehle, S. (2014). « L'avortement est une affaire privée », <http://www.jetdencre.ch/lavortement-est-une-affaire-privee-5675>
- Couples et familles (2012). Publications > Les dossiers NFF > Nos analyses et réflexions > "Faut-il priver les fumeurs de remboursements de soins ? », www.couplesfamilles.be
- Lahire, B. Interview sur le site Nathan Université à propos de *L'Homme pluriel : les ressorts de l'action*, reproduit sur le site l'homme moderne, URL : <http://www.homme-moderne.org/societe/socio/blahire/entrevHP.html>.

- Menthéour, E. (2013). « Top 3 des hormones stimulées par le sport », Yahoo ! Pour elles, bien-être, coach bien-être, <https://fr.pourelles.yahoo.com/blogs/coach-bien-etre/top-3-des-hormones-stimul%C3%A9es-par-le-sport-071503830.html>
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), Thèmes > Nutritions et activité physique > Système de monitoring > Recueil d'indicateurs > Indicateur 5.1: « Maladies non transmissibles en lien avec l'alimentation et l'activité physique », www.admin.ch
- Office fédéral du sport (OFSP, Thèmes > Encouragement > Le sport à l'école > « L'école en mouvement », www.admin.ch
- Paillé, P. (1994). *L'analyse par la théorisation ancrée*. Cahiers de recherche sociologique, 23, 147-181.
- « Pédibus. À pied. À l'école. Accompagné », www.pedibus.ch
- Promotion Santé Suisse, fiche « Personnes âgées », OFSPO 2013, www.promotionsante.ch.
- Réseau suisse Santé et activité physique, www.hepa.ch.
- Sajidine. « L'épreuve par les maladies et ses bénéfices ». Rappels > Sermons > Maladies. Lien : <http://www.sajidine.com/rappels/sermons/maladies.htm>
- SES ENS, Accueil > Dossiers > Les grands dossiers, (2010). « II. La sociologie sur l'obésité », <http://ses.ens-lyon.fr/ii-la-sociologie-i-sur-i-l-obesite-108926.kjsp>
- Stacey, A. (2012). *La santé en Islam : une approche holistique*. Articles > Le système d'ordre dans l'Islam > Santé et nutrition. Lien : <http://www.islamreligion.com/fr/articles/1878/viewall/la-sante-en-islam-partie-1-de-4/>
- Université de Genève > Sciences de la société > Sociologie > Recherche > « Healthy lives: technologies, policies and experiences », <http://www.unige.ch/sciences-societe/socio/fr/recherche/healthy-lives-technologies-policies-and-experiences>

Cours

- Aceti, M. (2014). *Inégalités sociales et santé*. Cours à l'Université de Fribourg, Semestre d'automne 2015.
- Gurtner, J.-L. (2014). *Psychopédagogie de l'adolescence*, cours enseigné à l'Université de Fribourg, Semestre de printemps 2015.
- Le Garrec, S. (2014). *La prévention des risques*, Cours magistral donné lors du semestre de printemps 2014, séance 11, Université de Fribourg.

ANNEXES

Attestation de non-plagiat

Nom et prénom : Kobulan Mizgin

N° d'étudiante : 10-215-119

Intitulé du cours : Travail de Bachelor

Domaine : Sociologie, travail social et politiques sociales

« J'atteste avoir réalisé seule et sans plagiat ce travail. »

Fribourg, le 17.12.2015

Mizgin Kobulan

