

Relations entre alimentation
et santé dans la famille
et leur construction dans
des espaces intergénérationnels.
Quels enjeux
pour les mères de famille ?

Guillaume FERNANDEZ

Guillaume FERNANDEZ *

*The relations between food and health in the family and their construction in intergenerational spaces.
Which stakes for mothers?*

Summary – In this article we study the social and generational conditions in which mothers can manage the relation between food and health. Our analysis is based on two imbricate types of explanatory factors: the plurality of norms that can affect food behaviour and the processes of familiar transmission of food practices, knowledge and abilities. Mothers try to regulate the effects of these two factors and to acquire skills of symbolic and practice management of the relation between food and health. We propose to consider three groups of mothers. The mothers of the first group are of humble origin and live in contexts of action structured by opposition between an individualisation of food practices and their family heritages that perpetuate the legitimacy of the collective controls on the person. The relations between food and health are more uncertain because of the implicit coexistence of this double base of norms. The mothers of the second group are of middle class and live in contexts of unified actions. They have a larger skill ability of relation between food and health. The third group socially heterogeneous is composed of mothers that are highly reflexive, thus frequently reconsider theirs practices of food.

Key-words: food, health, generation, family

Relations entre alimentation et santé dans la famille et leur construction dans des espaces intergénérationnels. Quels enjeux pour les mères de famille ?

Résumé – Cet article propose une analyse des conditions sociales et générationnelles dans lesquelles les mères de famille peuvent construire une relation maîtrisée entre l'alimentation et la santé de leur famille. L'analyse est construite à l'articulation de deux grands types de facteurs explicatifs. D'une part, la pluralité normative dont les comportements alimentaires peuvent faire aujourd'hui l'objet. D'autre part, les processus de transmission familiale de pratiques, de savoirs et de savoir-faire alimentaires dans des espaces intergénérationnels qui confrontent les héritages familiaux aux réalités quotidiennement vécues par les femmes dans leur famille. Trois groupes de femmes peuvent être isolés. Chacun produit une forme spécifique d'intégration de la pluralité normative et des héritages familiaux et développe ainsi des capacités plus ou moins fortes et plus ou moins stables de maîtrise symbolique et pratique de l'alimentation et de sa relation à la santé.

Mots-clés : alimentation, santé, génération, famille

* *Atelier de recherche sociologique EA 3149, Université de Bretagne occidentale, 20 rue Duquesne, CS 93837, 29238 Brest Cedex 3
e-mail : Guillaume.Fernandez@univ-brest.fr*

LES TRAVAUX menés en sociologie sur la prise en charge de la santé dans la famille ont montré qu'elle est un maillon essentiel de la production de santé. Dans le cadre d'une activité de soins en lien avec des pathologies diverses, la famille est toujours présente et active. Après avoir considéré que son rôle dans ce domaine tendait à se réduire (Parsons et Fox, 1972), la place du réseau familial et son articulation avec le travail des professionnels sont à présent reconnues (Minonzio, 2004), notamment la mobilisation des femmes, centrale dans cette production de soins (Cresson, 1995). D'autres recherches ont traité les formes de production de santé dans la famille, en termes non plus de soins, mais de prévention ou d'entretien de la santé (Fainzang, 1992 ; Massé, 1995 ; Pierret, 1996). Ces approches ont été moins développées que les précédentes et, s'il est admis que les comportements de la vie quotidienne d'une famille ont des liens importants avec sa santé, leur dynamique reste peu connue. L'article que nous proposons ici se situe dans cette ligne d'analyse et interroge la production de santé dans la vie quotidienne de la famille, en se centrant sur le domaine de l'alimentation¹.

Dans un contexte où les relations entre l'alimentation et la santé sont devenues un enjeu central pour nos sociétés, nous nous intéressons aux processus sociaux par lesquels des mères de famille peuvent construire des capacités de maîtrise de ces relations. Notre question est donc celle des conditions sociales qui rendent possible une relation maîtrisée entre l'alimentation et la santé dans la famille. L'accroissement de la pluralité normative des pratiques alimentaires peut induire, pour les mères de famille, une difficulté spécifique d'ordre social dans la construction et la stabilisation d'une relation maîtrisée entre santé et comportements alimentaires de la famille. Nous nous référons aux travaux récemment développés en épidémiologie sociale. Ils montrent comment la cohésion sociale est une ressource pour la santé des populations et comment la présence de modèles d'action socialement validés est une condition pour l'individu de maîtrise de son environnement social et un facteur de meilleure santé subjective (perçue par les individus) ou objective (mesurée en taux de mortalité par âge) (Kawachi, 2000). Notre analyse est centrée sur la dimension intergénérationnelle de cette cohésion sociale. Les espaces intergénérationnels que les mères de famille peuvent occuper entre leurs ascendants et leurs descendants seront regardés comme un facteur explicatif des conditions dans lesquelles elles peuvent maîtriser les relations entre l'alimentation de la famille et sa santé.

Ces espaces intergénérationnels seront analysés sous deux dimensions, chronologique et sociale. La première est celle des espaces-temps qui séparent les trois générations concernées et qui sont analysables comme des marqueurs potentiels d'attitudes alimentaires différemment normées les unes vis-à-vis des autres. Elle renvoie aux éléments structurels de transformation de l'offre alimentaire tels que son industrialisation ou son internationalisation (Poulain, 2002). La deuxième dimension est celle des mobilités sociales et de leurs conséquences en termes de (re)modélisation culturelle des pratiques alimentaires de la famille. Elle renvoie ici aux parcours de vie des personnes et à des processus de diversification des contextes de socialisation tels

¹ Une partie de cet article a fait l'objet d'une première publication (Fernandez, 2006).

que Lahire (1998) les a analysés. Nous faisons l'hypothèse que ces espaces intergénérationnels sont des facteurs déterminants de la cohésion sociale des environnements familiaux des femmes et de leurs modèles d'action dans le domaine alimentaire.

L'unité symbolique et pratique des comportements alimentaires de la famille est ainsi à construire dans un contexte où la pluralité des systèmes normatifs et la diversité des régimes de validation des pratiques alimentaires tendent à complexifier la mise en œuvre d'un lien maîtrisé entre l'alimentation et la santé de la famille. Sur la question du rapport à la santé, Bouchayer (1992) a montré que : « (...) *des attitudes vis-à-vis de la santé, de la maladie, de la médecine (et donc de la prévention) sont fonction d'une histoire et d'une dynamique de vie plutôt que le simple produit de caractéristiques sociales, culturelles et de conditions de vie considérées à un moment donné* ».

Méthodologie

L'analyse proposée dans cet article se base sur deux matériaux. Il s'agit d'abord des résultats d'une enquête par questionnaire, réalisée auprès d'un échantillon de mères de famille (N = 195) en région toulousaine, en septembre et octobre 1998. Les questions portaient sur les relations entre la vie quotidienne et la santé, à travers des items concernant l'alimentation, le sport, les rythmes de vie, les relations au monde médical, l'information et les discussions de santé. Dans cet article, nous nous référons aux questions ayant porté sur les pratiques alimentaires². Le questionnaire a été distribué en face à face dans différents lieux de la ville de Toulouse et de sa proche banlieue, afin de diversifier les catégories socioprofessionnelles enquêtées. Le traitement statistique a consisté en une partition de la population en trois classes selon la méthode des nuées dynamiques. Les variables actives concernaient les pratiques de santé dans leur ensemble, la typologie produite concerne donc bien des profils de pratiques. Les variables sociodémographiques ont été introduites en variables illustratives, mais ne contribuent pas à l'établissement de la typologie³. Il s'agit ensuite d'une série de 41 entretiens qualitatifs, également menés en région toulousaine, auprès de mères de famille. Les deux populations sont différentes. Le questionnaire a été bâti à partir d'une première analyse des entretiens qui nous a permis de construire nos indicateurs. Nous conservons la partition en classes comme structure de notre exposé et faisons apparaître, pour chaque groupe présenté, les indicateurs statistiques retenus, puis les résultats complémentaires de notre enquête par entretien.

² Huit questions portaient sur : le nombre de repas pris en famille à domicile, une évaluation de la qualité des repas de midi et du soir, la place du petit déjeuner comme repas à part entière, la présence d'habitudes alimentaires jugées pas très saines, les tentatives pour modifier ces habitudes, le succès dans ces tentatives, la facilité ou la difficulté à avoir une bonne alimentation, la différence entre l'alimentation d'origine et celle de la famille actuelle.

³ Les trois classes sont présentées en annexe.

Entre contrôle collectif et individualisation : la double distance générationnelle

Le premier groupe que nous avons pu isoler à partir de notre classification présente une situation de forte ambivalence où l'alimentation est à la fois isolée comme « pratique directement reliée à la santé » et relativement mal maîtrisée. Elle apparaît centrale dans la vie quotidienne et, en tant que pratique qui structure le rôle familial des femmes, fait l'objet d'un investissement important. Mais, elle apparaît également mal maîtrisée dans sa dimension normative avec une incertitude importante et une relative impuissance à orienter les pratiques familiales, notamment des enfants. Ainsi, les femmes de ce groupe sont en situation de devoir tenir une position de responsabilité vis-à-vis du groupe dans le domaine de l'alimentation, sans avoir les ressources pour exercer pleinement cette responsabilité. La dimension générationnelle est un des éléments déterminants de ces situations d'ambivalence et de relative impuissance.

Au plan des caractéristiques socioprofessionnelles, nous avons ici une majorité de mères de catégories populaires (ouvrières ou employées à 87 %), plus faiblement diplômées et globalement plus âgées que l'ensemble de la population. Elles se situent, au plan intergénérationnel, entre des parents et des enfants en moyenne plus âgés que dans les autres groupes. Elles sont issues de milieux sociaux modestes, leurs pères sont très fréquemment ouvriers et leurs mères plus souvent femmes au foyer. Là encore, elles sont en situation de rupture avec la génération de leurs mères puisque les femmes de ce groupe sont parmi les plus actives professionnellement, avec des taux d'activité égaux à la moyenne, mais sur des emplois occupés plus fréquemment à temps plein (73 % sont dans ce cas et 27 % sont à temps partiel contre 68 % de personnes à temps plein et 32 % à temps partiel dans l'ensemble de la population)⁴. Leur perception des relations entre l'alimentation de leur famille et la santé s'inscrit dans un parcours de vie qui les place à la rencontre de ces deux générations très distantes l'une de l'autre chronologiquement et socialement. Elles occupent, dans cet espace temporel et social large, une position de double distance où les continuités sont faibles. Ceci les contraint, dans le domaine alimentaire, à réguler les effets de cette double distance dans un assemblage complexe de références normatives et d'ajustements pratiques. On peut évoquer ici le concept de « gastro-anomie », proposé par Fischler et repris par Poulain (2002) pour qui « *les mangeurs modernes vivraient donc une curieuse situation dans laquelle l'espace décisionnel alimentaire se serait développé en même temps qu'ils auraient perdu la sécurité qu'apporte un système normatif socialement défini* ». Les femmes de ce groupe sont, en effet, dans une tension normative entre un espace familial d'origine où les références collectives contribuent très largement à régler les pratiques alimentaires et leur espace familial actuel où le jeu des décisions individuelles a pris une grande place sans que s'instaurent véritablement de stratégies de régulation et de maîtrise de ces dynamiques individuelles.

⁴ On peut noter que le taux de notre population d'ensemble (32 % de femmes travaillant à temps partiel) est conforme au taux de la population active féminine française de 1998, établi à 31,6 %. Voir *Les données sociales*, INSEE, 1999, p. 149.

L'alimentation comme activité centrale de gestion de la santé familiale

Notre questionnaire demandait de classer différentes activités selon l'importance de leur relation à la santé. Les résultats montrent la grande importance de l'item « préparer les repas »⁵, importance qui se joue à différents niveaux. Premièrement, 38 % des femmes placent cette activité au premier rang de leur choix, 8 % en deuxième rang, soit près d'une femme sur deux place cette activité dans un rang prioritaire. On peut ajouter, ensuite, que le choix des autres items est globalement moins diversifié, ce qui fait de l'activité alimentaire un facteur central et plus exclusif de maîtrise de la santé familiale. Enfin, leurs réponses montrent une structure de l'alimentation encore très centrée sur les deux repas de midi et du soir, elles sont moins nombreuses à considérer le petit-déjeuner comme « un repas à part entière ». La norme du repas familial reste marquée dans ce groupe, où le petit-déjeuner, que l'on peut considérer comme un temps moins structuré par une logique collective, prend moins d'importance. Dans leur appréhension des relations entre alimentation et santé, les temps les plus ritualisés de l'alimentation de la famille apparaissent comme les plus significatifs et la forme familiale de l'alimentation reste une valeur qui structure leurs conceptions des pratiques alimentaires. Dans ce sens-là, l'exercice d'un contrôle à l'échelle du groupe, de ses normes et de ses valeurs, reste pour les femmes une manière légitime de maîtriser les pratiques alimentaires de la famille. La responsabilité féminine dans le domaine alimentaire est d'ailleurs plus marquée dans ce groupe puisque les femmes y sont les plus nombreuses à devoir faire face seules à la charge de l'alimentation (67 % contre 59 % de l'ensemble des mères interrogées). Dussuet (1997) souligne l'importance symbolique du rôle de mère nourricière en milieu populaire et l'investissement des femmes dans ce domaine, perçu comme une « expression d'identité », qui « renforce la cohésion du groupe », et pour qui « *faire plus ou moins de cuisine, une cuisine plus ou moins raffinée (et donc passer du temps à cette tâche), c'est aussi travailler à la constitution comme telle du groupe familial* ». Olivier Schwartz a montré, pour sa part, la valeur attachée au foyer dans les milieux populaires, comme lieu stratégique de réparation de la capacité de travail, à l'intérieur duquel la femme « *protège et garantit "les acquis familiaux" et donne à ce lieu sa fonction de "dispositif défensif", réparateur des foyers ouvriers* » (Schwartz, 1990). Nous avons bien ici un domaine fortement investi par les femmes, en lien avec un rôle social transmis de manière relativement stable entre générations, qui place les femmes dans une situation de responsabilité vis-à-vis du groupe et dont les modalités de mise en œuvre sont encore marquées par le poids des normes familiales.

Une évaluation critique des pratiques familiales

Une série de questions avait pour but de faire ressortir le degré de maîtrise des femmes sur l'alimentation familiale. Les réponses montrent que les femmes de ce

⁵ Dans le questionnaire, il s'agissait pour les personnes de classer de 1 à 4 des activités selon leur lien à la santé de la famille. Nous proposons : préparer les repas, s'habiller (se couvrir, se découvrir), choisir et consulter un bon médecin, pratiquer un sport, parler et être à l'écoute de chacun, savoir utiliser quelques médicaments, avoir des moments de détente en famille, avoir des temps de sommeil réguliers, avoir des lectures et des informations médicales, ou autres.

groupe portent un regard assez critique sur les comportements de la famille, mais aussi qu'elles ont moins tenté de modifier ces mêmes pratiques et ont eu moins de succès quand elles ont fait des tentatives.

56 % des mères de ce groupe trouvent « assez ou très difficile » de « faire en sorte que la famille ait une bonne alimentation »⁶, contre une moyenne de 46 % dans l'ensemble de la population. Cette difficulté s'associe à un regard plus sévère sur les habitudes alimentaires de la famille et 30 % des femmes disent que leur mari, leurs enfants ou elles-mêmes ont des « habitudes alimentaires qui ne leur semblent pas très saines ». Enfin, et de manière paradoxale, elles sont les moins nombreuses à avoir tenté de modifier ces « habitudes alimentaires pas très saines » et, lorsqu'elles ont tenté ces modifications, 27 % seulement disent avoir eu du succès, ce qui les place en retrait vis-à-vis de l'efficacité moyenne des femmes interrogées. Ainsi, derrière une valorisation de l'alimentation comme activité mise en lien avec la santé du groupe, les femmes ont une position marquée par la difficulté qu'elles ressentent à maîtriser cette relation. Leur insatisfaction est renforcée par une certaine impuissance à modifier des pratiques qu'elles jugent négativement. Au-delà de la plus grande fréquence des mauvaises habitudes, il faut retenir le fait que les femmes désignent ici plus souvent des personnes du noyau familial et beaucoup moins la famille élargie. C'est donc bien dans l'exercice quotidien de leur rôle familial que se place ce jugement d'insatisfaction. Or, à partir de ce regard critique, les femmes sont moins actives et comme dépourvues des moyens pratiques ou symboliques qui leur permettraient de mettre en cohérence les comportements quotidiens de la famille avec leur conception de la bonne alimentation. Dans ce sens-là, nous pouvons parler d'une situation de tension normative entre les représentations de la bonne alimentation, encore marquées par le poids du cadrage familial, et les comportements quotidiens dans ce domaine qui tendent globalement à échapper à ces formes de cadrage collectif.

La situation de ces femmes dans une double distance entre les deux générations ascendantes et descendantes nous paraît être un élément d'analyse fondamental. Elles gardent de leur socialisation familiale un certain nombre de normes associées notamment à la forme familiale de l'alimentation, où le contrôle collectif sur les pratiques est une ressource importante de leur régulation. Dans le même temps, elles ont dû composer avec des fonctionnements familiaux où ces normes se sont trouvées marginalisées par des demandes plus individualisées, venues notamment des enfants, en opposition à ces logiques de contrôle familial des pratiques alimentaires. Or, les stratégies de gestion des pratiques alimentaires ne se sont pas reconstruites autour d'un management actif des individualités, comme cela a pu être le cas dans les autres groupes. Le maintien d'une exemplarité du groupe est de peu d'effet et doit composer avec une individualisation du fonctionnement familial qui disqualifie la norme familiale, ce qui génère de l'insatisfaction et cette relative impuissance à conduire les pratiques alimentaires de la jeune génération.

⁶ La formulation exacte de la question étant : « Faire en sorte que la famille ait une bonne alimentation vous semble une chose : très facile, assez facile, assez difficile, très difficile, sans opinion ? ».

Double distance et difficultés à maîtriser les pratiques

La situation de M^{me} M. montre de manière exemplaire l'effet de cette double distance sur ses pratiques alimentaires. Aide-ménagère de 42 ans, mère de deux enfants de 16 et 21 ans, issue d'une famille ouvrière et mariée à un conducteur d'engins de chantiers, elle nous a dit comment, dans les débuts de sa vie de couple, elle avait conservé des pratiques alimentaires issues de sa famille d'origine, directement héritées de sa mère : *« on mangeait beaucoup de gras, je faisais beaucoup de nourriture, disons, traditionnelle »*. Elle identifie sa cuisine d'alors au « genre Maité », en référence à la cuisine de terroir présentée dans les émissions de télévision. Cette continuité avec sa famille était de plus renforcée par les habitudes de son mari, issu d'une famille où se pratiquait le même type d'alimentation. Les deux origines familiales se combinaient donc dans le couple pour produire à la fois une offre et une demande conformes aux modèles familiaux d'origine : *« ma mère faisait cette cuisine et la mère de mon mari aussi. Et bon, c'est vrai qu'on copie toujours les parents »* (Menahem, 1989). À l'arrivée des enfants, un processus complexe de re-définition de ces normes alimentaires allait se mettre en place progressivement et l'amener à réorienter assez fortement ses pratiques initiales : *« quand les enfants sont nés, au début c'était soupe de légumes, tout ça, et ils ont pas tellement apprécié ces trucs en sauce et tout ça. Ils aimaient pas. Alors, ils préféraient finalement une viande à la poêle, même des pommes de terre bouillies, ils aimaient autant que ces trucs en sauce. Tout ça, ils aimaient, alors c'est vrai qu'au fur et à mesure, ça évolue »*. Cette évolution ne touche pas simplement une redéfinition des manières de cuisiner, mais s'inscrit plus profondément dans un renouvellement des relations entre générations dans la famille : *« je ne suis pas de celles qui veulent faire la police à table. C'est vrai qu'on a d'autres occasions de la faire, la police, et à table, je préfère que ça soit quand même un moment de détente », « je préfère qu'ils mangent encore quelque chose qui leur fait plaisir et qu'ils soient à table avec plaisir que d'être là, une corde à la table et de dire... »*. Par comparaison, la mère de M^{me} M., avec ses six enfants, n'avait aucune possibilité d'adapter les repas à cette diversité et les enfants ne pouvaient être que soumis à la logique collective : *« Je pense que si j'avais été comme ma mère... elle en avait 6 à table, on avait ça et on mangeait ça et on choisissait pas. C'était ça ou ne pas s'alimenter, en fait. Parce que, bon, ma mère, bon elle faisait, exemple un cassoulet. Il y en avait un qui aimait pas le cassoulet, il était obligé d'en manger et puis c'est tout. Elle se cassait pas la tête, on était six, plus les parents, huit à table tous les jours, elle allait pas faire un menu pour chacun »*. Elle décrit sa mère dans une position tout autre que la sienne vis-à-vis du repas de famille où la relation de service au groupe était beaucoup plus marquée : *« Les frites, quand elle faisait des frites, ça c'était sa corvée par contre. Parce qu'au fur et à mesure qu'elle les sortait de la poêle, c'était à la poêle à l'époque, c'était pas les friteuses, maintenant c'est vite fait, avec les friteuses. Une poêle était cuite, elle était déjà mangée sur la table et elle suait devant une autre poêle et nous, on criait qu'on la voulait tout de suite. Non, c'était, je trouve que c'était la galère quand elle faisait la cuisine »*. Cette place devant les fourneaux, en marge d'un repas auquel la mère ne participe pas, mais qu'elle alimente seulement de ses préparations, représente pour M^{me} M. une forme dépassée de rapport à la famille et aux pratiques alimentaires. Elle veut privilégier, de son côté, une participation au jeu des relations interindividuelles que le repas de famille rend possible et qui fait de ce temps une valeur familiale à laquelle elle tient. Le

repas n'est plus seulement un temps alimentaire, perçu en référence à son contenu (même si elle introduit dans sa vision de l'alimentation des considérations d'équilibre ou de légèreté), mais se veut un temps plus relationnel où les échanges doivent être ouverts et non centrés sur l'imposition d'une cuisine, jugée par ailleurs dépassée en référence à des normes diététiques d'équilibre ou de légèreté.

On pourrait donc penser que, sous l'effet de ces différents facteurs, M^{me} M. a modifié et adapté progressivement et sans réelle difficulté ses pratiques alimentaires à la nouvelle structure familiale. Pourtant, cette transformation a aussi introduit des insatisfactions concernant notamment ses enfants, où l'on retrouve bien les tensions introduites par la permanence de certaines grilles de perception de la bonne alimentation familiale et leur confrontation à des logiques d'adaptation à la demande des enfants qu'elle a du mal à maîtriser et dont elle se satisfait mal.

Une dynamique relationnelle du repas difficile à maîtriser

M^{me} M. nous dit ainsi à propos de ses deux enfants : *« c'est assez dur, oui. Non, non, ils sont pas faciles. Enfin, je vois qu'il y a pas que chez moi », « bon, c'est vrai que je pense qu'on les écoute trop les enfants maintenant, on les écoute trop. Et on va faire ce qu'ils aiment et c'est eux qui nous dictent un peu notre conduite quand même »*. Elle juge assez négativement les pratiques alimentaires de ses enfants et, notamment, de son fils âgé de 16 ans : *« Il mangerait toujours pareil, je veux dire, il mangerait toujours hamburger, pizzas, des pâtes, ce qu'il aime. Il mange pas de légumes, des fruits, il faut se disputer, il faut se battre pour qu'il mange un fruit tous les deux ou trois jours parce qu'il aime pas les fruits non plus, et il faut lui dire vraiment, le rouspéter quoi »*. Elle décrit son fils dans une position de revendication de ses propres goûts comme critère exclusif de sélection de son alimentation, hors de toute préoccupation pour sa valeur nutritionnelle. La logique individualisée du fonctionnement familial, qui légitime ce type de position, ne s'accompagne pas ici d'un travail symbolique d'encadrement des goûts des enfants qui puisse les rendre manipulables et les orienter vers une alimentation plus variée et équilibrée. Face à ces difficultés, M^{me} M. n'a pas les moyens d'influencer son fils. Celui-ci semble jouir d'une autonomie, issue de cette ouverture individuelle aux goûts de chacun, mais aussi d'une autorité relativement forte sur sa propre alimentation dans le cadre d'une hiérarchie des identités sexuelles encore présente dans la famille. On peut en voir un exemple dans la réaction du garçon, lors d'un retour de son internat où il se plaint de mal manger : *« Il est arrivé du lycée, je sais pas, à l'internat, ils devaient lui avoir fait du chou-fleur, et je suppose, ça devait pas être du chou, il a pris ça pour du chou, ça devait être des brocolis. Ils lui ont fait ça, un jour chou-fleur, un jour brocolis. Il est arrivé, mais, mais il a piqué une colère en arrivant ! "J'espère qu'il y a pas du chou, du chou-fleur, tout ce qui touche le chou !" Il était comme ça, il était fou de rage. Je lui dis "mais qu'est-ce que tu as ? qu'est-ce qui se passe ?" Je lui dis "mais je t'en fais jamais, tu en manges pas". Il me dit "Ah, surtout ne m'en fais pas, je veux pas voir du chou sur la table hein ! je ne veux pas !" Il était très énervé. Il est allé voir le frigidaire dans la cuisine et tout hein. Ah, il a fait un scandale »*. Le regard du fils sur le contenu de la table et du frigidaire montre l'autorité dont il peut jouir dans le domaine alimentaire, indépendamment de ce que sa mère pourrait préférer, eu égard à des normes de

qualité et d'équilibre alimentaire. Ce fonctionnement individualisé place alors M^{me} M. dans une situation de faible maîtrise de l'alimentation et le cadre familial du repas, qu'elle a tenté de maintenir, ne lui permet pas d'orienter des pratiques dans le sens d'une norme qu'elle est pourtant tout à fait capable d'identifier et d'opposer à l'appauvrissement relatif des choix alimentaires de ses enfants.

À propos de sa fille, plus âgée, M^{me} M. évoque les évolutions aléatoires de ses goûts et leur ancrage dans des mouvements de mode qu'elle juge futile et ne sait pas accompagner : « *Là, depuis quelques années, c'est plus de viande puisqu'elle voulait être végétarienne. Mais comme elle aime pas trop les légumes... Elle aime pas manger de la viande parce que les animaux, ils lui font pitié. Le lapin, c'est pas la peine, c'est trop mignon le lapin. Le poulet aussi, c'est mignon le poulet, et puis la vache, elle a de grands yeux, on dirait toujours qu'elle pleure, alors du bœuf, elle en mange pas non plus. Et donc, c'est assez limité quoi* ». Ce qui pourrait être inscrit comme une sensibilité réelle à un modèle alimentaire alternatif fait figure ici de « caprice » sans signification et l'on voit comment l'entrée dans ces logiques individualisées de conception d'un modèle alimentaire pour soi déconstruit la dynamique familiale des pratiques alimentaires.

Une série de contradictions est ainsi mise en avant. D'abord, le primat de ces fonctionnements individuels et le poids d'une structuration traditionnelle des rôles familiaux qui hiérarchisent les statuts et limitent les stratégies possibles de contrôle familial de cette individualisation grandissante. La dynamique inscrite par ces logiques individualisées semble en fait assez largement orientée par les attentes traditionnelles qui peuvent se maintenir, entre hommes et femmes notamment (ici entre fils et mère), dans le domaine de l'alimentation. Celles-ci reformulent sans l'annuler la relation de service que M^{me} M. décrivait à propos de sa mère. D'autre part, face à ces logiques individuelles qui ouvrent le potentiel du jeu décisionnel dans la construction des pratiques alimentaires, les ressources symboliques qui pourraient permettre de reconstruire des lignes d'action et de maîtriser les comportements familiaux ne sont pas présentes. En marge de ces conceptions modernes, le mode d'alimentation tient sa légitimité d'une référence traditionnelle à la force normative du cadre familial qui représente encore un moyen de contrôle des pratiques de chacun. À partir de là, M^{me} M. est relativement dépourvue face à ses enfants qui mettent en avant des rationalités de choix qu'elle ne maîtrise pas et qui lui semblent, de ce fait, relever de l'incongruité plutôt que d'un engagement nouveau dans une manière de maîtriser ses propres pratiques alimentaires en affirmant une capacité à faire des choix cohérents dans ce domaine. Sur ce point, il existe une grande différence par rapport aux deux autres groupes où des sauts qualitatifs ont été faits dans la manière d'envisager les positionnements de chacun dans ses goûts et ses sensibilités alimentaires, de les accompagner et de les comprendre dans une alimentation familiale plus profondément structurée par ces dynamiques. À cet égard, il est intéressant de constater que M^{me} M. se plaint de voir ses enfants échapper de plus en plus fréquemment aux repas de famille : ceci révèle la tension toujours présente entre le poids d'une socialisation familiale, marquant fortement la valeur familiale et le primat du groupe, et l'engagement, pourtant réel et revendiqué, dans une somme d'approches individuelles mal maîtrisées et souvent insatisfaisantes pour les différents membres de la famille.

Une transmission cohérente des pratiques et des normes qui les légitiment

Le deuxième groupe présente un profil social sensiblement différent du précédent. La majorité des femmes (61 %) est issue des catégories intermédiaires ou supérieures alors que 39 % sont issues des catégories d'ouvrières ou d'employées. Leur niveau de diplôme est également plus élevé, ce sont des femmes plus jeunes que la moyenne, qui ont des enfants jeunes. Dotées de profils sociaux plus favorisés, elles ne se situent pas non plus au même stade de leurs parcours de vie que le groupe précédent. On ne retrouve pas ici les mêmes distances entre générations ascendantes et descendantes, mais au contraire une relative proximité chronologique et sociale entre générations. Le taux d'activité des mères des femmes de ce groupe est plus important et sur des emplois relativement élevés puisque 37 % occupent des postes de cadre ou de professions intermédiaires contre 24 % dans l'ensemble de la population. Ces femmes ont donc souvent connu des situations familiales où les processus de conciliation des sphères familiale et professionnelle structuraient le fonctionnement du foyer. Ainsi, elles ont pu bénéficier pour cette conciliation des normes mises en œuvre par la génération précédente et leur comportement bénéficie de cette plus grande continuité. Étudiant deux générations de femmes nées en 1947 et 1959, de Coninck et Godard (1992) ont montré que les premières avaient vécu l'entrée et le maintien dans l'emploi comme « une rupture par rapport à leur lignée », alors que celles nées en 1959 utilisaient « les ressources de leur ascendance pour élaborer leur rapport à l'activité ». C'est un processus de cet ordre-là qui apparaît dans ce groupe, avec des femmes dotées de ressources symboliques et pratiques plus directement adaptées aux fonctionnements familiaux dans lesquels elles se trouvent.

Une maîtrise de la santé large et multidimensionnelle

La relation entre la vie quotidienne et la santé fait apparaître deux éléments complémentaires. Tout d'abord, lorsqu'on les interroge sur les pratiques qui leur paraissent liées à la santé de la famille, les mères de ce groupe citent un éventail plus large de pratiques. Elles disposent ainsi d'une diversité d'action plus étendue que les autres groupes. Au sein de ces activités, l'item « préparer les repas » est classé dans des positions plus centrales, en deuxième ou troisième rang, rarement dominant, mais toujours présent et inscrit dans une stratégie d'ensemble qui articule différentes lignes d'action. C'est donc à travers une intégration des différents domaines qui composent la vie quotidienne de la famille que les femmes de ce groupe envisagent une activité de santé dans la famille. On trouve ici une représentation de la santé en lien avec des facteurs multiples, liée à des causes « environnementales ou organiques » et révélant les effets d'un style de vie ou du bien-être psychique (Osiek-Parisod, 1991). Ces femmes associent des éléments que les autres groupes ont tendance à dissocier. Des éléments, qui relèvent du fonctionnement interne de la vie du foyer (comme l'alimentation, les rythmes de vie, le sommeil régulier), inscrits dans une démarche organisationnelle du groupe et de ses dynamiques, sont reliés à des éléments externes (comme le sport, le choix d'un bon médecin, l'information sur la santé) qui connectent le groupe à son environnement social. L'ensemble produit

une approche globale des relations entre la santé de la famille, sa vie quotidienne interne et son inscription dans un espace social, pourvoyeur de ressources.

L'alimentation : les avantages d'une continuité normative

Les femmes de ce groupe portent un jugement globalement positif sur les comportements alimentaires de leur famille. Peu d'entre elles déclarent des « habitudes alimentaires qui ne leur semblent pas très saines » et, lorsque c'est le cas, ces habitudes concernent prioritairement des personnes adultes du foyer ou de la famille élargie et très marginalement les enfants. Pour 74 % des femmes, il n'y a pas de mauvaises habitudes alimentaires dans leur famille, 9 % en voient chez elles-mêmes ou leur mari, 13 % chez des personnes extérieures à leur foyer (parents ou autres) et 3 % seulement chez leurs enfants. Ensuite, bien qu'elles soient plus rares, une action plus volontaire a été entreprise sur ces mauvaises habitudes, action qui s'est révélée plus efficace que dans les autres groupes : 14 % des mères disent avoir échoué dans leur tentative de modification des mauvaises habitudes (contre 26 % dans l'ensemble), alors que 44 % ont eu du succès (38 % dans l'ensemble). Les femmes de ce groupe jugent donc les comportements alimentaires de leur famille conformes à leur norme de la bonne alimentation. Mais elles ont également travaillé plus efficacement pour modifier ceux qui étaient évalués négativement. Là encore, le rapport aux pratiques de la famille d'origine est déterminant, relayé par un consensus dans le couple plus important.

Un contexte d'action unifié

Cette approche plus maîtrisée de l'alimentation s'appuie sur une continuité normative plus importante entre les deux générations de mères et sur des conceptions communes au couple. 64 % des personnes jugent leur alimentation proche de celle de leur famille d'origine (contre 47 % en moyenne), ce qui les situe comme le groupe où la continuité familiale est la plus forte (tableau 1).

Tableau 1. Distance perçue entre l'alimentation actuelle et celle de la famille d'origine selon les groupes (% en ligne)

	Proches	Différentes	Total effectif
Groupe 1	42 %	58 %	85
Groupe 2	+ 64 %	- 36 %	65
Groupe 3	- 33 %	+ 67 %	45
Total %	47 %	53 %	100/195

Les signes + et - marquent l'existence d'une corrélation statistique entre les modalités

Peu de mères dans ce groupe ont fortement redéfini leurs comportements vis-à-vis du modèle de la famille d'origine. Leur mode d'action relève davantage d'une reproduction négociée des modèles transmis. Il prend de ce fait un caractère plus assuré, notamment dans sa relation à la santé. Le modèle maternel d'origine est une base opératoire et joue comme une source de légitimation des comportements présents. De

plus, 23 % des femmes reçoivent une aide de leur mari dans la préparation des repas, alors que ce taux n'est que de 15 % dans les deux autres groupes. Un partage plus important existe ainsi dans le couple, dont on peut penser qu'il n'est pas qu'une répartition de tâches, mais renvoie également à une vision commune du mode d'alimentation qu'il est préférable de pratiquer pour la santé de la famille.

Ce groupe de femmes gère l'alimentation de la famille avec une conscience plus claire de ses enjeux pour la santé. Celle-ci est inscrite de manière maîtrisée, stable et relativement unanime dans une dynamique qui est alors nettement moins marquée par les incertitudes observées précédemment. Le cadre familial au sens large, incluant le couple, les parents et les beaux-parents, forme un groupe relativement cohérent, porteur d'une certaine communauté de conceptions où les relations entre la vie quotidienne et la santé font l'objet de représentations proches, cumulables et plus faciles à intégrer dans une dynamique familiale globale. Le travail symbolique de construction de ses représentations est plus aisé à produire dans ce contexte où les systèmes de références sont d'emblée instaurés sur un même registre de conceptions.

Une continuité intergénérationnelle perçue dans sa dimension culturelle

Lors des entretiens que nous avons effectués avec des femmes de milieux sociaux plus favorisés, nous avons pu voir combien la linéarité de leur vécu familial était mise en avant et comment se dessinait ici un espace intergénérationnel unifié où les pratiques alimentaires se transmettaient à travers des principes d'action clairement édictés et à partir d'une origine qui fait fonction de socle constitutif des pratiques familiales. On trouve des processus d'articulation des conditionnements culturels de la bonne alimentation et de ses codifications diététiques ou rationnelles.

M^{me} G. (44 ans, mariée à un ingénieur, trois fils de 13, 11 et 8 ans, ex-éducatrice spécialisée) dit de son origine familiale : *« je crois que j'ai été élevée dans une famille quand j'étais plus jeune, tout à fait sans vaccination, sans médicament, avec uniquement, tout basé justement sur le... , sur la médecine... , sur le... , sur l'alimentation naturelle. Et bon, j'estime que c'est certainement plus valable que de se bourrer de médicaments »*. À partir de cette origine familiale où le projet d'une vie saine avait déjà fait l'objet d'une formulation explicite, cette femme agit dans son foyer à la fois pour produire les mêmes conditions matérielles d'une vie saine et pour construire chez chacun une discipline de vie personnelle intériorisée et transposée à différentes sphères de la vie sociale. On peut voir l'effet de cette forte modélisation de sa conduite dans la manière dont elle se montre d'emblée capable de synthétiser au cours de l'entretien l'essentiel des enjeux de santé dans sa famille⁷ : *« Oui, déjà il y a mon mari. Il essaie de faire un peu de sport tous les jours. Quand il*

⁷ Précisons que notre entretien a été précédé de quelques mots d'explications sur les différents thèmes abordés, ce qui a pu orienter la réponse vers des pratiques alimentaires ou sportives, ou induire des catégories telles que celle de « santé familiale » qui n'aurait peut-être pas été formulée ainsi d'emblée dans un propos plus spontané. Mais ces quelques explications précédaient l'entretien de quelques minutes et la structure d'ensemble du propos, dont on verra l'importance au-delà du contenu, et les diverses façons de qualifier ses propres stratégies n'ont pas fait l'objet d'une préparation préalable.

peut, il se réveille un quart d'heure plus tôt pour faire un peu d'exercices, parce qu'il se trouve trop sédentaire. Le samedi matin, il passe quelques heures au tennis. Et puis bon, il essaie de courir pour justement garder la forme, quoi. Je pense aussi qu'il fait attention, bon, il mange au restaurant d'entreprise le midi, il fait toujours attention à équilibrer le menu. Il est souvent tenté par les gâteaux, mais il vaut mieux prendre un fruit, enfin. Je pense qu'il le fait, je sais qu'il le fait. Il est horrifié par des collègues qui prennent des frites tous les jours. Et au niveau des enfants, je pense qu'ils sont assez sensibilisés. En classe, déjà dans le primaire, il y a des éducatrices qui sont passées et qui les ont aidés à composer des menus. Et bon, je dis pas qu'ils le font tout le temps, mais bon, après le passage de cette diététicienne, par exemple si je faisais quelque chose avec deux laitages dans un même repas ou si je mettais deux fois une protéine ou si j'avais oublié un légume vert, ils disent "Ah ! tu as oublié ceci", donc je pense qu'ils en sont conscients, même s'ils raffolent des pâtes, des frites et compagnie, quoi. Et moi, je pense que la santé familiale passe avant tout par une prévention dans l'hygiène de vie, le sport et surtout ce qu'on mange. Je crois qu'on forge, c'est comme une maison, on forge, on bâtit son organisme par ce qu'on fait. Ça, j'en suis intimement persuadée ».

La thématique de la conscience ou de la sensibilité montre combien c'est le rapport à soi qui est recherché ici comme le point d'équilibre de ces attitudes fondamentales. Cette conscience s'oppose à des tendances sociales extérieures à la famille, qui produisent une mise à l'épreuve, non pas tant du corps lui-même et de la santé, que des attitudes que l'on peut avoir envers eux. La description qu'elle fait de l'autodiscipline, présente ou en devenir chez les membres de sa famille, montre que l'enjeu principal est dans l'intériorisation de cette conscience de soi, de son corps et de sa santé. Établir une discipline dans le cadre interne de la vie de famille ne suffit pas, mais il s'agit bien de construire une éthique de vie, conçue comme la capacité individuelle à évoluer dans un contexte social potentiellement générateur de risques de santé et à tenir des attitudes durablement saines parce qu'intégrées à une conscience de soi, informée et vigilante.

M^{me} G. produit un travail éducatif sur les goûts qui redouble le travail proprement domestique d'une sollicitation permanente à faire des choix et donc à maîtriser ses pratiques alimentaires : « *J'essaie d'équilibrer quand même par rapport aux manques qu'il pourrait y avoir. Bon, déjà d'avoir un bon petit-déjeuner avec un fruit, un laitage, et puis des céréales, du pain, varier ça. Bon, au goûter, c'est pareil, je leur laisse toujours l'alternative de prendre un fruit et en plus de boire un verre de lait* ». Les deux « repas » mis en avant sont propres aux enfants, plus proches de leurs goûts, moins ritualisés et moins centrés sur les besoins des adultes : ils permettent d'orienter les goûts et d'explicitier les logiques alimentaires à intégrer. « *Laisser toujours l'alternative de prendre un fruit* » décrit cette sollicitation de l'initiative individuelle et cette superposition d'un travail domestique traditionnel et d'une stratégie éducative.

M^{me} C. (44 ans, documentaliste dans un institut de formation en soins infirmiers, mariée à un directeur financier, deux fils de 18 et 21 ans) évoque également une dimension culturelle comme guide de ses pratiques à travers son origine : « *pour moi, c'est quelque chose de très important. Peut-être parce que j'ai été élevée par une maman qui y attachait beaucoup d'importance, que je vivais à la campagne, qu'on avait beaucoup de produits du jardin. Et je suis béarnaise aussi d'origine, donc la nourriture et l'alimentation, c'est très important* ». La représentation de l'origine comme racine apparaît très clairement et

constitue une ressource pour la maîtrise de l'alimentation. Elle dit préparer une cuisine assez élaborée à partir de produits choisis sur des marchés : *« J'aime pas tout ce qui est tout prêt, j'aime pas trop les plats tout préparés (Q. : Vous y avez recours de temps en temps ?) Rarement. Je vais au marché, j'achète mes légumes. J'aime pas, par exemple, ces légumes tout préparés qu'on achète tout congelés, voilà. Donc, je suis assez embêtante pour mes enfants parce que j'exige que, enfin dans la mesure du possible, qu'ils prennent par exemple le matin un petit-déjeuner équilibré, qu'ils mangent pas trop... qu'ils boivent pas trop, par exemple, de Coca-cola ou qu'ils aillent pas trop au Mac Donald. Enfin des choses comme ça ».*

Ce qui la préoccupe dans ces comportements alimentaires touche bien sûr à des questions de diététique. Dans son travail, elle a accès à une information dans ce domaine qu'elle connaît relativement bien : *« Bon, le cholestérol qui entraîne les maladies cardiovasculaires, bon, on a pas encore fait le lien entre l'apparition de cancer et l'alimentation, mais il y en a probablement un, mais ça c'est pas encore prouvé. Et puis, l'embonpoint ».* Mais c'est avant tout la dimension culturelle des comportements qui la préoccupe et qui la mobilise, les deux dimensions n'étant pas opposées ici mais complémentaires : *« Bon, le foie gras, c'est pas particulièrement diététique, mais enfin, ça fait partie des choses que les gens apprécient quand ils aiment la bonne nourriture ».* L'accès à ce capital culturel est difficile et demande un rapport attentif à la nourriture que l'on ne retrouve pas dans les penchants pour les *fast-food* et le Coca-cola. C'est donc l'absence de culture culinaire qui préoccupe M^{me} C., car elle laisse entrevoir une méconnaissance plus large des règles alimentaires de base. Ici, la diététique et la cuisine de terroir sont deux éléments d'un rapport contrôlé à son alimentation et des ressources que chacun doit posséder pour avoir une bonne alimentation.

Enfin, M^{me} S. (40 ans, praticienne hospitalière, mariée à un praticien hospitalier, deux enfants de 10 et 9 ans) se rapproche de cette situation et s'inscrit aussi dans cette logique de transmission d'un certain art de vivre hérité : *« J'estime qu'étant maman, m'étant arrangée pour que mon travail ne me prenne pas plus de temps qu'il faut, pour justement m'occuper de mes enfants, il est très important que je leur donne cette curiosité du goût que j'ai. Je suis quelqu'un, enfin, mes parents étaient comme ça, donc ils nous ont passé ça, on est très, très curieux, on est rebuté par rien fondamentalement ».* La « façon de voir », héritée de ses parents, est prolongée aujourd'hui par la présence de certaines valeurs qui guident son comportement de mère et qu'elle veut transmettre à ses enfants. M^{me} S. conçoit ses valeurs comme un capital à la fois familial et culturel qui structure le rapport d'une personne à soi et à sa santé et qui permet là aussi de contrôler son comportement dans un contexte social qui va à l'encontre de ce rapport à soi, cultivé et maîtrisé. Comme précédemment, M^{me} S. cherche à limiter le penchant des enfants vers des produits tels que les boissons sucrées, le *fast-food* qui ne représentent pas pour elle un choix de goût, mais s'opposent à son élaboration : *« Et puis bon d'abord, je vous l'ai dit, moi je veux développer le goût et, pour moi, ça s'appelle pas développer le goût, ça revient à le diminuer. Manger n'importe quoi, c'est pas normal. En plus, on est enrhumé dans quelque chose, donc on le voit pas, on a pas conscience de ce qu'on mange et je trouve que c'est atroce. Point de vue diététique, c'est sucré, etc., enfin bref, c'est fou ».*

On retrouve la thématique d'une absence de conscience dans l'acte alimentaire qui empêche de maîtriser son propre comportement : *« c'est dommage, parce que c'est pareil, je crois qu'il faut avoir une pensée, se dire non, je suis désolé, je suis pas un animal, je*

suis pas un cochon ». Une approche réfléchie et cultivée de ses pratiques alimentaires fonde leur valeur et si les nourritures faciles posent des problèmes diététiques clairement perçus, elles empêchent d'abord l'émergence d'un goût cultivé chez les enfants. M^{me} S. cherche donc à donner à ses enfants une capacité à s'approprier leur comportement. Il ne s'agit pas d'orienter autoritairement leurs goûts, mais de créer les conditions de leur développement autonome par rapport à certains produits fabriqués sur le standard d'un goût d'enfant non éduqué et aveugle à lui-même. M^{me} S. identifie dans les marques des produits alimentaires le réel danger pour l'alimentation de ses enfants et de la jeunesse, en général. L'enfant apparaît comme une cible facile des stratégies publicitaires et le rôle de la famille dans l'éducation des enfants devient d'autant plus complexe qu'il se confronte à cette puissance sociale des marques. À l'opposé de cette logique, elle encourage dès que possible la curiosité de ses enfants pour des cuisines étrangères dont l'identité culturelle est marquée et qui peuvent ouvrir cette perspective large des ressources alimentaires. Elle amène plus facilement ses enfants dans des restaurants où elle peut leur faire goûter des plats différents. Elle a vu avec satisfaction la cantine scolaire proposer des repas mexicains, mais elle reste persuadée que c'est au sein de la famille que se joue le travail éducatif essentiel. Dans ce travail-là, son rôle maternel lui paraît fondamental.

On retrouve ici l'idée qu'une mémoire familiale peut agir, de façon même différée, comme un repère de jugement qui va accompagner le futur adulte dans sa vie : *« Je veux dire, je suis persuadée que l'alimentation joue un grand rôle dans tout ça, dans le fonctionnement normal. Et c'est pour ça que moi j'essaie de faire attention par rapport à ça. Et puis ces mauvaises habitudes, elles se prennent vite, et puis après, il va grandir et ça va être un étudiant avec qui je n'aurai plus ce contact alimentaire, parce que le cordon ombilical, il est encore là quoi. Je veux dire, quand on fait à manger, c'est pareil hein, c'est quelque chose qu'on transmet. Et c'est sûr que si je favorise toute cette mauvaise façon de manger, ça sera pire plus tard », « Il aura même pas la possibilité de dire "ce que j'ai mangé chez ma maman, c'était meilleur quand même". C'est-à-dire qu'on a toujours quelque chose qui nous ramène à l'enfance. Bon, si on l'a pas au niveau de l'enfance, on l'aura pas plus tard hein, c'est foutu. Moi je pense comme ça. Et je me bagarre aussi avec des gens de mon âge, bon, qui sont plus dans le truc "moi je sais pas cuisiner, moi j'aime pas cuisiner, moi j'ai pas le temps". Je dis le temps, il faut le trouver, parce que c'est comme ça qu'on va... En plus on transmet une culture, ça se perd sinon, c'est dommage* ». Un lien s'opère ici encore entre une vision diététique et un bagage culturel à transmettre dans les pratiques alimentaires. Suivant l'analyse de Fischler (1990), *« ce sont, en somme, la vie et la santé du sujet mangeur, mais aussi son équilibre symbolique qui sont en jeu, chaque fois que la décision d'incorporation est prise et accomplie* ».

Un travail relationnel en accompagnement des pratiques alimentaires

Le profil social du troisième groupe est beaucoup plus hétérogène que dans les deux précédents. Il compte 67 % d'ouvrières ou employées et 33 % de professions intermédiaires, cadres, ou artisans, taux proches de ceux de la population d'ensemble. Les positions sociales des conjoints comme celles des familles d'origine sont

également plus moyennes. Sur le plan des âges, on observe une dispersion importante dans les différentes tranches d'âges.

À la question des pratiques les plus directement liées à la santé, les items les plus relationnels, tels que « parler, être à l'écoute de chacun », « avoir des moments de détente en famille », se détachent assez nettement. Ils sont à la fois cités plus fréquemment et positionnés plus souvent en tête des choix de réponse. La préparation des repas est citée fréquemment, mais en dernier rang des pratiques les plus directement liées à la santé. Cette activité entre en ligne de compte dans la représentation que ces femmes se font des relations entre la vie quotidienne et la santé, mais sa position plus reculée montre un engagement plus conséquent de leurs stratégies dans un mode d'action relationnel, plus transversal et moins centré sur une activité de production domestique.

Analysant les conceptions que des mères de différents milieux sociaux ont à l'égard de la santé et de la prévention, Osiek-Parisod (1991) a montré que les femmes de classes moyenne et supérieure mettent en avant les notions d'écoute de soi, de ressenti, d'ambiance à la maison. Dans ce troisième groupe, nous nous trouvons dans une logique proche. Les stratégies de gestion de la santé familiale prennent pour modalité principale une gestion des relations dans le groupe qui englobe le domaine alimentaire. Il ne s'agit pas seulement ici d'une écoute de soi, mais d'une position maternelle d'écoute du groupe qui est en lien avec une démarche d'organisation et de régulation des différentes individualités dans une vie collective « équilibrée ». Derrière ce que l'on considère souvent comme une rhétorique de l'équilibre, notamment dans le domaine alimentaire, se trouve un enjeu de traduction, dans la vie familiale la plus ordinaire, des expressions individualisées des différents membres du groupe. Il est donc logique que, dans ce contexte, l'outil de connaissance et d'action plébiscité par les mères soit la parole et sa circulation dans la vie de famille. Les familles que nous évoquons ici s'apparentent à ce que de Singly (2001) nomme la famille « moderne 2 », caractérisée par le fait que « l'élément central, ce n'est plus le groupe réuni, ce sont les membres qui le composent. La famille devient un espace, privé, au service des individus ». C'est parce qu'elles agissent au centre d'un tel groupe, qui fait la part belle à l'élément individuel sur l'unité normative du groupe, que les mères de famille développent ces stratégies relationnelles. Si donc l'analyse des items retenus par ces femmes semble opposer leurs stratégies de dialogue et d'écoute à des activités que nous pourrions qualifier de plus productives comme la préparation des repas, nous verrons cependant, à travers les données de nos entretiens, qu'elles peuvent s'articuler l'une à l'autre. Ainsi, le moment des repas peut être largement mis au service de ces échanges intrafamiliaux, et le travail de production alimentaire peut se transformer en un travail d'organisation du temps d'échange familial qu'est le repas.

L'alimentation : critique et redéfinition des modèles d'origine

Au sein de ce groupe, 67 % des mères jugent leur alimentation actuelle différente de celle de leur famille d'origine, contre 33 % qui la jugent proche, ce qui est très supérieur à la moyenne (47 % proche contre 53 % différente). Si l'on prend en compte les degrés de cette évaluation, on peut ajouter que 25 % la jugent très différente. Les femmes de ce groupe sont celles qui ont différencié, de la façon la plus

volontaire et la plus active, leurs comportements par rapport au modèle familial d'origine. Les réponses aux questions sur les habitudes alimentaires montrent une forte capacité de jugement critique des mères de famille sur les comportements familiaux. Ainsi, 66 % des mères de ce groupe trouvent des « habitudes alimentaires pas très saines » dans leur famille, alors que ce taux n'est que de 42 % dans l'échantillon total. Mais cette critique s'adresse surtout à des personnes extérieures au noyau familial. Elles ne sont pas plus nombreuses à se désigner elles-mêmes, à désigner leur mari ou leurs enfants, mais c'est bien à propos de leur famille élargie qu'elles sont les plus critiques. Ce ne sont donc pas des personnes proches, partageant la vie quotidienne de ces femmes qui auraient ces mauvaises habitudes alimentaires. De fait, cet environnement proche a fait l'objet d'un travail particulier des mères qui sont ici plus nombreuses à avoir cherché à modifier ces habitudes. 91 % ont eu de telles démarches dont 51 % avec succès et 40 % sans succès. Les pratiques alimentaires de leur famille ont donc été fortement redéfinies et l'orientation extérieure de leur critique indique qu'il s'agissait notamment d'une transformation entre générations. Les femmes assument donc ici une position de rupture plus nette avec les pratiques alimentaires de leur famille d'origine et ont engagé un travail explicite de redéfinition de ces pratiques.

L'alimentation apparaît aujourd'hui, suite à l'investissement des mères pour la redéfinir, comme une activité conforme à leurs attentes dans ce domaine. Sans se détacher sur ce point du reste de la population, plus d'une mère sur deux trouve plutôt facile d'avoir une bonne alimentation dans la famille. Il est à noter qu'en opposition avec une tendance globale de notre échantillon à associer la distance à l'alimentation d'origine et la difficulté de sa prise en charge, les mères de cette classe se trouvent dans un schéma contraire où la distance, parcourue ici de façon plus active, ne s'associe pas à un sentiment de difficulté.

Informations et discussions dans la famille : une recherche de normes

Il nous a paru intéressant d'introduire ici des éléments d'analyse concernant les pratiques de recherche d'informations sur la santé. En effet, bien que n'étant pas explicitement reliée au domaine de l'alimentation, cette recherche d'informations montre comment les femmes de ce groupe cherchent constamment des moyens de valider leurs propres conduites dans la gestion de la vie quotidienne. Elle est ainsi un révélateur du type de fonctionnement de ces femmes dans la conduite de leur vie quotidienne. Les femmes de ce groupe ne délaissent aucune des sources possibles (alors que les autres groupes ont tendance à ne privilégier qu'un type particulier, plus ou moins savant) : elles s'intéressent aussi bien à des émissions de radio ou de télévision sur la santé (69 %), à des revues de santé type *Santé Magazine* ou *Top Santé* (11 % en lisent régulièrement et 62 % parfois), qu'à des ouvrages médicaux (20 % en lisent régulièrement et 47 % rarement). Cet usage intensif d'informations sur la santé peut se rapprocher de ce que nous venons de voir en matière de modification plus volontaire, plus stratégique mais aussi parfois plus complexe des comportements familiaux. Considérant la dynamique créée par leur vision critique et la volonté de redéfinir certaines pratiques familiales, nous pouvons faire l'hypothèse que ces lectures sont un

vecteur essentiel de modélisation des comportements familiaux et une aide à la validation des pratiques qui réunifient les dimensions symboliques et pratiques de leurs activités. L'usage de ces informations rejoint une attitude d'interrogation et de réflexivité, plus intense et plus régulière dans ce groupe. Les pratiques alimentaires, comme d'autres domaines de la vie quotidienne, sont soumises, du fait même de la dynamique qui les porte, à un processus de réexamen plus fréquent de leur validité. La diversité des sources d'informations mobilisées peut s'analyser ici comme la construction d'un dispositif symbolique nécessaire dans une démarche ouverte de réflexivité sur ses propres comportements et d'adaptation régulière de ses stratégies.

Des pratiques alimentaires conduites à un haut niveau de réflexivité

Les entretiens que nous avons associés à ce troisième groupe ont été réalisés auprès de femmes qui ont toutes très fortement transformé leurs pratiques alimentaires, notamment vis-à-vis de leur famille d'origine. Les raisons en sont diverses. Nous avons rencontré d'abord des situations où le surpoids d'un enfant oblige à modifier les pratiques. C'est le cas de M^{me} A. (37 ans, mécanicienne en confection, mariée à un artisan en bâtiment, un fils de 17 ans) et de M^{me} P. (45 ans, secrétaire, mariée à un responsable de service contentieux, deux filles de 12 et 10 ans). On trouve ensuite des situations où l'immigration a été une cause de rupture. Ainsi, M^{me} F. (47 ans, divorcée, trois enfants de 15, 11 et 8 ans, professeur d'Arabe en structure privée) est arrivée du Maroc pour faire ses études et si elle garde de son origine une certaine sensibilité à cette identité, elle n'a cependant pas le sentiment de s'inscrire dans la continuité des pratiques familiales d'origine. Enfin, des situations d'ascension sociale forte sont aussi une des causes rencontrées, comme nous le verrons dans le cas de M^{me} D. D'origine rurale modeste, elle est devenue formatrice d'adulte, responsable de formation, puis directrice d'un organisme de formation. Chacune inscrit ses pratiques dans un travail relationnel qui lui permet de revoir régulièrement la pertinence de ce qu'elle propose à sa famille et fonctionne ainsi, de différentes manières, à un haut degré de réflexivité dans la gestion de la vie quotidienne et de l'alimentation.

Avoir de bonnes attitudes alimentaires : les cas de surpoids et leur régulation dans la famille

Dans le cas de M^{me} A., la difficile régulation des comportements alimentaires de son fils s'enracine dans un problème de santé qu'il a connu tout jeune : « *Thierry, il a eu un problème ; la porte du pylore, elle s'était pas refermée quand il était petit. Je l'avais déjà à quinze jours comme ça. Il rendait tout, jusqu'à l'âge de trois ans. Et après, quand il rendait plus, et ben, il a plus eu faim. Jusqu'à l'âge de douze ans, il faisait 25 kilos* ». Durant cette période, la préoccupation était de faire manger un enfant qui refusait la plupart des nourritures qu'on lui proposait. Il s'est produit alors une standardisation relativement forte de son alimentation, centrée sur quelques produits récurrents qu'il tolérait malgré la maladie. Puis, à l'âge de douze ans, le problème s'étant résolu, la logique de l'alimentation s'est subitement inversée : « *et après, il m'a pris dans l'année suivante 20 kilos* », « *et maintenant, il est obligé de faire, pas un régime, mais on est allé voir une diététicienne parce qu'il se trouvait trop gros* ». Le problème ayant longtemps résidé dans la peur du manque,

l'augmentation de l'appétit a été encouragée et peu régulée par le couple : « *Mais nous, comme on voyait que quand il était petit, il mangeait rien, quand on voyait qu'il mangeait, on achetait plus, hein, pour qu'il mange* ». Des attitudes culturellement très ancrées en milieux populaires encourageaient cette attitude : « *Affaire d'honneur, enjeu de valorisation parentale, statut traditionnel de la nourriture dans les classes populaires comme lieu du manque ou forme première de l'abondance, tous ces éléments contribuent à la polarisation de l'attention collective sur un souci primordial : que les enfants aient à manger* » (Schwartz, 1990). Une diététicienne a alors été consultée afin de permettre une régulation du flux alimentaire que ni le garçon, ni les parents ne pouvaient prendre en charge, pris dans cette dynamique d'encouragement implicite à manger. M^{me} A. reste marquée par cette peur du manque : « *parce qu'il est en pleine croissance. Sinon après, il lui manque des vitamines. J'estime qu'il faut essayer d'arriver...* », « *Il a bon appétit, voyez, maintenant, alors des fois, il me dit "maman, tu m'en fais trop", mais moi, je veux qu'il mange* ». À partir d'une méthodologie simple proposée par la diététicienne qui consiste à noter ce qu'il mange ou boit par type de produits, M^{me} A. et son fils tentent de retrouver un moyen de normaliser des pratiques alimentaires trop dépendantes du contexte précédent de la pathologie. M^{me} A. s'installe ainsi dans ce régime de réflexivité importante sur ces pratiques où la visualisation chiffrée de ce que mange son fils devient le moyen de maîtriser ses consommations.

On retrouve ces difficultés chez M^{me} P., où un enfant est en surpoids et où l'objectif des parents est plus centré sur la construction d'une bonne attitude au repas que sur une bonne alimentation en soi. Dans cette situation, ce sont les relations instaurées au moment du repas qui prennent de l'importance plus que les pratiques de cuisine en tant que telles. « *On a toujours l'impression qu'elle manque de quelque chose, qu'elle a pas assez, qu'elle a pas mangé, qu'elle a fait la guerre, qu'elle a été privée. Il faut qu'elle mange, qu'elle mange, qu'elle mange, qu'elle se..., c'est à la limite de la boulimie* ». Au-delà du changement des pratiques de cuisine, qui consiste à exclure chez M^{me} P. l'usage de graisse qui marquait ses pratiques familiales d'origine, c'est dans une approche très discutée de l'alimentation de l'enfant que sont recherchées les solutions du problème avec des enjeux d'explication et de compréhension : « *Quand on est à table "mange moins vite, mets en moins dans ta cuillère..."*, et puis, et puis, ça change rien. *Parce que, je sais pas, il y a quelque chose qui est difficile pour elle, c'est qu'elle arrive pas à comprendre que si elle mangeait moins vite, elle mangerait moins* ». Proche de ce que nous avons vu précédemment, le problème posé ici se place assez largement sur un registre psychologique où le rapport à l'alimentation est lui-même perçu comme quasi pathologique (limite de la boulimie, dit M^{me} P.). Le temps relationnel que constitue le repas s'inscrit en réponse à ce problème et donne un espace de régulation possible de cette approche pathologique de l'alimentation de l'enfant.

Une invitation constante

M^{me} F. nous dit comment le repas est marqué pour elle à la fois par des enjeux d'adaptation aux goûts des enfants et par la préoccupation de leur ouverture. Ses origines marocaines et plus globalement la diversité culturelle sont ici une ressource. Elle évoque une période où la famille fréquentait assez régulièrement des restaurants chinois ou italiens et sa capacité à inventer des plats qui mélangent ces différentes

origines : « *j'ai créé une pizza, une pizza marocaine, je l'appelle. C'est rigolo. Mes enfants l'appellent pizza marocaine. C'est une sorte de tarte et les enfants l'appellent pizza marocaine, et on a gardé cette appellation, pourquoi pas ? (Q. : et vous avez complètement imaginé ce plat ?) Je l'ai complètement imaginé, oui. Je dirais que je l'ai créé* ». L'aspect ludique va sur le terrain des enfants, mais il rencontre aussi une préoccupation d'enracinement culturel des pratiques alimentaires proche de ce que nous avons pu voir dans le groupe précédent. La participation des enfants à l'univers ludique que peut devenir le moment du repas permet de ne pas recourir à l'autorité pour faire prendre leur repas aux enfants, mais elle contraint également à un renouvellement important de cette créativité dans la préparation des repas : « *le soir, dès que je rentre, je me mets directement au boulot, c'est pas évident la préparation. Il faut avoir de l'imagination, parce que l'enfant, il faut l'attirer par des astuces, c'est une invitation. C'est une invitation constante que la maman fait à son fils ou à sa fille. Elle doit créer en lui ce désir de manger ce qu'elle a préparé, et c'est pas toujours évident* ». Cette invitation constante épuise rapidement les recettes mises en œuvre par M^{me} P., ce qui la contraint à rechercher dans des livres de cuisine ou sur d'autres supports des moyens de surprendre et d'attirer ses enfants par des plats qui combinent très souvent l'origine culturelle, l'originalité et le plaisir enfantin de la découverte. Cette personne agit là aussi à un haut niveau de réflexivité sur ses pratiques et dans une recherche de séduction vis-à-vis de ses enfants où la relation est un outil fondamental.

La qualité des rencontres au repas

On trouve enfin cette préoccupation pour la relation pendant les repas chez M^{me} D. qui décrit une activité alimentaire très organisée, cadrée par son activité professionnelle importante et par le fait que son lieu de travail est assez éloigné de son domicile : « *D'abord, j'organise les menus à l'avance. C'est obligatoire parce que quand je vais faire mes courses, c'est limité pratiquement, donc il faut que je sache. C'est deux fois par semaine, à des jours précis, ça c'est clair. Par exemple, le mardi soir et le vendredi soir, bon sauf si j'ai un rendez-vous, ça décale d'un jour, mais en général c'est ça, je fais mes courses deux fois par semaine. Et j'arrive avec une liste précise, je mets une demi-heure à faire mes courses. Tout compris, passage à la caisse. C'est important, je crois quand on travaille et qu'on a une vie de famille un peu lourde, maintenant elle est allégée, mais d'avoir une vie très organisée pour passer son temps à autre chose* ». Le contenu de son alimentation fait l'objet d'une attention particulière bien que l'élément le plus sensible pour elle se soit transposé là aussi sur la qualité des relations pendant le repas : « *C'est vrai que je fais attention, mais j'ai été sensibilisée par mon métier à l'équilibre des repas qu'on prend, et tout ça. C'est pas parfait non plus, mais j'y suis assez sensibilisée. Faire un équilibre, pas trop de viande, des laitages, des légumes. Mais bon, ça c'est l'idéal, et puis après, on gère le quotidien. Mais les repas ont toujours été... , autant quand j'étais petite que... , et j'ai essayé de transférer ça dans ma vie, et c'est lié au fait qu'on est isolé et que les enfants sont partis, rentrent tard, ont des journées fatigantes et qu'on a du mal à se rencontrer, le repas est quand même un moment privilégié* ». Organisée sur le long terme et inscrite dans des cadres fixes, la vie quotidienne doit en même temps ménager des espaces familiaux délivrés de ces urgences quotidiennes où les contacts puissent se dérouler hors de contraintes fixes. Ainsi, bien que la préparation des repas et leur équilibre soient pris en compte, c'est davantage une

approche relationnelle qu'elle met en avant. Elle souligne donc à la fois la charge parfois excessive que peut représenter la préparation de repas totalement conformes à des principes d'équilibre alimentaire et l'importance qu'il peut y avoir, dans sa situation, à ne pas toujours les suivre pour se concentrer sur un suivi plus personnalisé de chacun dans ses journées lourdes et cette vie de famille très éparpillée. Là aussi, le repas reconstitue le groupe et permet de prendre la mesure de ce que chacun peut connaître dans sa vie comme problèmes ou difficultés et pallier les risques d'isolement d'un individu dans une vie de groupe peu dense. La préoccupation alimentaire proprement dite, bien présente, cohabite donc avec cette volonté de faire du repas un espace de relations familiales privilégié où chacun puisse dire sa vie, ses problèmes : *« c'est le moment où on mange tranquillement et où on essaie de compenser le petit-déj qu'on prend pas parce qu'on a le bus à six heures trente et qu'à six heures trente, on a pas faim. Et le repas de midi en cantine qu'on apprécie mollement ou qu'on prend vite fait parce qu'on a juste une heure de battement entre deux cours »*, *« éventuellement, c'est le point de conflits. Donc, c'est nécessaire à certaines périodes de la vie. Bon, mais ça me paraît assez important. On y a toujours veillé, on se rencontrait peu, mais c'est des moments de rencontre de qualité. C'est-à-dire je rentre à la maison, je suis disponible »*. Se donner la possibilité de libérer du temps de disponibilité, d'écoute, d'attention à autrui constitue cette autre chose à laquelle M^{me} D. souhaite se consacrer.

Conclusion

« Hériter suppose un travail de réappropriation et de négociation fixant les parts respectives de ce qui sera transmis et de ce qui sera réaménagé, voire rejeté » (Muxel, 2003). Les éléments d'analyse que nous avons proposés ici illustrent un processus de cet ordre à propos des relations entre l'alimentation des familles et la santé. La maîtrise symbolique et pratique que des mères peuvent construire sur leurs pratiques alimentaires trouve une origine dans la régulation des continuités et des ruptures, jamais totalement exclusives l'une de l'autre, vis-à-vis de leurs héritages familiaux. Les logiques d'appartenance sociale sont une des dimensions engagées dans la construction et la maîtrise d'une relation entre l'alimentation et la santé, mais la manière dont les systèmes de dispositions familiales vont se transmettre dépend également des conditions de recevabilité de cet héritage dans un contexte social nécessairement différent d'une génération à l'autre. Les espaces générationnels dans lesquels évoluent les mères de famille sont donc bien un élément déterminant. La transmission dépend du sens que les individus de différents milieux peuvent donner au produit de leur socialisation et aux différentes formes de liens qu'ils entretiennent avec les membres de leur famille. Les distances intergénérationnelles, chronologique et sociale, induisent des interprétations, des réévaluations, des inventaires, et finalement une capacité de réflexivité qui n'est répartie ni de façon aléatoire, ni de façon égalitaire.

Plus généralement, l'enjeu pour les femmes est alors de reconduire ou de reconstruire des capacités de contrôle de la vie quotidienne de leur famille dans un travail de mise en cohérence des dimensions symboliques et pratiques des comportements alimentaires. La cohésion sociale est ainsi un enjeu pour les femmes. Elle montre la nécessité de pouvoir se

reconnaître dans ses propres pratiques pour leur accorder une valeur et pour en avoir la maîtrise. C'est à partir de cette cohésion, plus ou moins bien construite, que sera perçue la qualité des relations entre l'alimentation et la santé. Au terme de cette analyse, on retrouve la question de la construction d'un « sentiment de contrôle » (*sense of control*) (Roos *et al.*, 1990) dans la conduite de la vie quotidienne de la famille comme un arrière-plan fondateur des manières dont les individus peuvent inscrire des dynamiques de santé dans leur mode de vie. La maîtrise de la pluralité des cadrages normatifs possibles de l'alimentation entre un discours public rationnel et les références familiales héritées contribue alors à construire ce sentiment de contrôle de la vie quotidienne de la famille où se joue la question de son rapport à la santé.

Bibliographie

- Bouchayer F. (1992). Bilans de vie, bilans de santé. Les attitudes préventives à l'épreuve des situations de vie et des trajectoires socioculturelles, *in: Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Aïach P., Bon N., Deschamps J.-P., Nancy, Presses universitaires de Nancy, collection Sciences et Sociétés.
- Coninck F. (de), Godard F. (1992). Itinéraires familiaux, itinéraires professionnels : vers de nouvelles biographies féminines, *Sociologie du travail*, 34 (1), pp. 65-81.
- Cresson G. (1995). *Le travail domestique de santé*, Paris, L'Harmattan, 350 p.
- Dussuet A. (1997). *Logiques domestiques. Essai sur les représentations du travail domestique chez les femmes actives de milieu populaire*, Paris, L'Harmattan, collection Logiques sociales, 269 p.
- Fainzang S. (1992). Réflexions anthropologiques sur la notion de prévention, *in: Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Aïach P., Bon N., Deschamps J.-P., Nancy, Presses universitaires de Nancy, collection Sciences et Sociétés, pp. 18-27.
- Fernandez G. (2006). L'activité de santé des femmes dans la vie quotidienne des familles. Une construction sociale à partir des héritages familiaux, *in: Production(s) de santé, Les Cahiers de l'ARS*, 3, décembre, pp. 29-45.
- Fischler C. (1990). *L'omnivore. Le goût, la cuisine et le corps*, Paris, Éditions Odile Jacob, 440 p.
- Kawachi I. (2000). Cohésion sociale et santé, *in: Les inégalités sociales de santé*, Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. et Lang T. (dir.), Paris, Éditions La Découverte/INSERM, collection Recherches, 448 p.
- Lahire B. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan, collection Essais et Recherches, 271 p.

- Massé R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Paris, Casablanca, Gaétan Morin éditeur, 499 p.
- Menahem G. (1989). Les rapports domestiques entre femmes et hommes s'enracinent dans le passé familial des conjoints, *Population*, 3, pp. 515-530.
- Minonzio J. (2004). Les « solidarités familiales » dans l'espace public. Émergence et controverses dans le cas de la dépendance des personnes âgées, *Recherches et prévisions*, 77, septembre, pp. 7-19.
- Muxel A. (2003). Temps, mémoire, transmission, in: *La transmission dans la famille. Secrets, fictions et idéaux*, Rodet C. (dir.), Paris, L'Harmattan, pp. 147-157.
- Osiek-Parisod F. (1991). Rapport à la santé, pratiques préventives et conditions de vie : une mise en perspective, *Revue Suisse de Sociologie*, 17 (1), pp. 125-150.
- Parsons T., Fox R. (1972). Le soin au malade et la famille américaine urbaine, in: *Sociologie médicale*, Steudler F., Paris, Armand Colin, collection U2, pp. 157-179.
- Pierret J. (1996). Cultures ou production de santé dans la famille : différenciations et inégalités sociales, Paris, CERMES/MIRE, rapport de fin de contrat, septembre, 165 p.
- Poulain J.-P. (2002). *Sociologie de l'alimentation : les mangeurs et l'espace social alimentaire*, Paris, Presses universitaires de France, collection Sciences sociales et Sociétés, 286 p.
- Ross C.E., Mirowski J. and Goldsteen K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review, *Journal of marriage and the family*, 52, November, pp. 1059-1078.
- Schwartz O. (1990). *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, Presses universitaires de France, 531 p.
- Singly F. (de) (2001). La naissance de l'individu individualisé et ses effets sur la vie conjugale et familiale, in: *Etre soi parmi les autres*, tome 1 : *Famille et individualisation*, Singly F. (de) (dir.), Paris, L'Harmattan, 199 p.

ANNEXE 1

Tamis entre les trois classes et l'ensemble des variables

La dispersion totale expliquée dans la classification est de 20 %.

Profil de la classe n° 1 (85 individus. Dispersion 29 %)				
Les relations entre la vie quotidienne et la santé				
Libellé de la question	Modalité de réponse	% classe ^a	% pop. tot. ^b	Chi ² ^c
Le petit-déjeuner est-il un repas à part entière ?	Non	56	35	30
Combien de repas en famille à domicile ?	- de 5 fois par semaine	41	26	19
Y a-t-il un repas meilleur que l'autre ?	Oui, midi	28	16	17
Repas en famille à domicile, midi et soir	0 à 1 fois par semaine	31	18	16
Des pratiquants de sports dans la famille ?	Personne	5	3	13
Savoir utiliser quelques médicaments (tout rg conf.)	Oui	16	9	11
Suivez-vous des émissions de santé ?	Oui	69	59	6
Avoir une bonne alimentation familiale, c'est ?	Plutôt difficile	56	46	6
Par l'alimentation, rôle actif sur la santé ?	Non	8	4	6
Parler, être à l'écoute de chacun, rang 3	Oui	18	11	6
Préparer les repas, rang 1	Oui	38	29	5
Y a-t-il des habitudes alimentaires pas saines ?	Oui, enfant(s)	3	2	5
Modifier des habitudes alimentaires (oui/non)	Non	41	33	4
Charge de l'alimentation, sur la mère ou aide ?	Oui, sur la mère	67	59	3
Profil sociodémographique				
Quel est votre niveau d'étude ?	Aucun, CEP, BEPC	24	14	10
Quel est votre niveau d'étude ?	CAP, BEP	29	19	10
Quel emploi exercez-vous [2 catégories] ?	Catégorie modeste	53	41	9
Quel emploi exercez-vous [6 catégories] ?	Ouvrière, employée	53	41	9
Profession du père des ouvrières/employées	Catégorie modeste	36	26	8
Combien d'enfants avez-vous ?	Deux	47	38	5
Âge des enfants	+ de 20 ans	7	5	5
Profession de la mère des ouvrières/employées	Catégorie modeste	27	19	6
Profession de la mère des ouvrières/employées	Au foyer	24	17	4
Situation prof. de la mère des ouvr./employées	Au foyer	24	17	4
Profession du père	Ouvrier	34	27	4
Classes d'âge	+ de 50 ans	25	19	3
Profession du mari des ouvrières/employées	Ouvrier/employé	27	21	3
Temps plein voudrait temps partiel	Non	33	26	3
Situation pro. de la mère des ouvr./employées	En emploi	29	23	3

Profil de la classe n° 2 (65 individus. Dispersion 32 %)

Les relations entre la vie quotidienne et la santé

Libellé de la question	Modalité de réponse	% classe ^a	% pop tot ^b	Chi ² ^c
Pratiquer un sport (tous rangs confondus)	Oui	74	43	37
Pratiquer un sport, rang 3	Oui	40	19	26
Avoir des temps de sommeil réguliers, rang 1	Oui	37	18	23
Préparer les repas (tous rangs confondus)	Oui	83	62	19
Préparer les repas, rang 2	Oui	32	16	17
Avoir des temps de sommeil réguliers (tous rg conf.)	Oui	89	70	17
Suivre des émissions télé, radio sur la santé	Non	62	41	16
Utilisez-vous l'homéopathie, l'acupuncture... ?	Rarement	57	39	13
Préparer les repas, rang 3	Oui	25	12	13
Parler, être à l'écoute de chacun, rang 4	Oui	26	14	11
Votre alimentation et celle de la famille origine	Assez proches	55	39	11
Alimentation actuelle/famille origine [2 cat.]	Proches	63	47	10
Nombre de repas en famille à domicile	5 fois par semaine	71	54	10
Pratiquer un sport, rang 1	Oui	14	7	8
Des pratiquants de sports dans la famille ?	Mon mari	9	6	8
Le petit-déjeuner est-il un repas à part entière ?	Oui	75	62	7
Repas en famille à domicile, midi et soir	3 à 5 fois le soir	71	58	6
Choisir et consulter un bon médecin rang 4	Oui	17	9	6
Y a-t-il des habitudes alimentaires pas saines ?	Non, personne	15	12	5
Habitudes alimentaires pas saines (oui/non)	Non	15	12	5
L'équilibre alimentaire doit être recherché sur	La journée	51	41	4
Avoir une bonne alimentation familiale, c'est ?	Plutôt facile	63	52	4
Avoir des temps de sommeil réguliers, rang 2	Oui	38	29	4
Choisir et consulter bon médecin (tous rgs conf.)	Oui	32	24	4
Choisir et consulter un bon médecin, rang 3	Oui	11	6	3
Pratiquer un sport, rang 4	Oui	11	6	3

Profil de la classe n° 2 (65 individus. Dispersion 32 %) (suite)

Les relations entre la vie quotidienne et la santé

Libellé de la question	Modalité de réponse	% classe ^a	% pop tot ^b	Chi ² ^c
Profil sociodémographique				
Quel emploi exercez-vous ? [2 catégories]	Catég. moy./sup.	38	21	17
Quel est votre niveau d'étude ?	Au-delà de bac + 2	46	28	16
Profession du mari des femmes moy./sup.	Moyen/sup.	29	15	14
Situation prof. de la mère des femmes moy./sup.	En emploi	35	20	14
Profession du père des femmes prof. int./cadres	Catégorie modeste	28	16	10
Quel emploi exercez-vous ? [6 catégories]	Profession intermédiaire	17	8	9
Quel emploi exercez-vous ? [6 catégories]	Cadre	22	12	7
Profession de la mère des femmes moy./sup.	Catégorie modeste	26	16	7
Profession du père des femmes prof. int./cadres	Catég. moy./sup.	9	4	6
Profession de la mère des femmes moy./sup.	Catég. moy./sup.	9	4	6
Âge des enfants	Moins de 5 ans	10	8	4
Profession de la mère	Artisan, commerçant, chef d'ent.	12	7	4
Profession de la belle-mère	Cadre, prof. intellect.	11	6	4
Profession du mari des femmes moy./sup	Ouvrier/employé	8	4	3
Profession de la mère des ouvr./empl.	Catég. moy./sup.	8	4	3

Profil de la classe n° 3 (45 individus. Dispersion 31%)

Les relations entre la vie quotidienne et la santé

Libellés de la question	Modalité de réponse	% classe ^a	% pop tot ^b	Chi ² ^c
Parler, être à l'écoute de chacun, rang 1	Oui	42	15	32
Parler, être à l'écoute de chacun (tous rgs conf.)	Oui	82	50	23
Y a-t-il des habitudes alimentaires pas saines ?	Oui, autres	9	4	23
Avoir des moments de détente en famille, rang 3	Oui	36	15	18
Avoir des moments de détente en famille (tous rgs)	Oui	67	39	18
Modifier des habitudes alimentaires (oui/non)	Oui	91	64	18
Habitudes alimentaires pas saines (oui/non)	Oui	15	9	13
Préparer les repas, rang 4	Oui	16	5	13
L'équilibre alimentaire doit être recherché sur	La semaine	29	13	12
Le petit-déjeuner est-il un repas à part entière ?	Oui	84	62	12
Nombre de repas en famille au domicile	+ de 5 fois par semaine	38	20	11
Parler, être à l'écoute de chacun, rang 2	Oui	22	9	11
Avoir des temps de sommeil réguliers, rang 3	Oui	27	14	8
Avoir des temps de sommeil réguliers (tous rangs)	Oui	87	70	7
Repas en famille à domicile, midi et soir	Alterné, plutôt soir	20	10	6
Avoir des temps de sommeil réguliers, rang 4	Oui	18	9	6
Avez-vous modifié des habitudes alimentaires ?	Oui, mais sans succès	40	26	5
Avez-vous modifié des habitudes alimentaires ?	Oui, avec succès	51	38	4
Votre alimentation et celle de la famille d'origine	Très différentes	24	14	4
Alimentation actuelle/famille origine (2 modaux)	Différente	67	52	4
Lisez-vous des revues type <i>Santé Mag.</i> , ... ?	Parfois	62	48	4
Conseils de santé en famille ou proches	Oui, autre famille	2	1	4
Famille qui travaille dans le secteur médical	Oui, non précisé	4	3	3
Pratiquants de sports dans la famille	Parents, beaux-parents	3	2	3

Profil sociodémographique

Âge des enfants	De 10 à 15 ans	7	4	9
Combien d'enfants avez-vous ?	Quatre ou +	13	7	4
Sans emploi : profession déjà exercée	Prof. intermédiaire	20	11	4
Sans emploi : recherche d'emploi ou pas ?	Recherche	20	12	3
Profession de la mère	non-réponse	9	4	3

^a Pourcentage de réponses données par cette classe

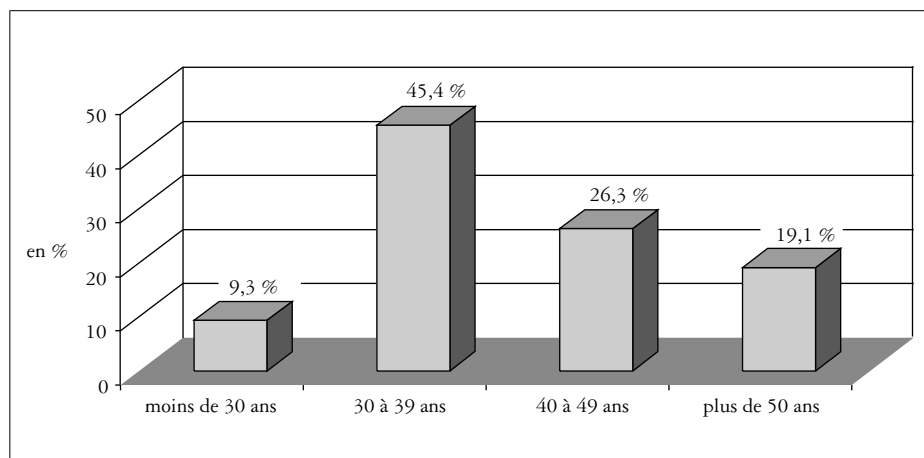
^b Pourcentage de réponses données par l'ensemble de la population

^c Valeur du Chi²

ANNEXE 2

Les classes d'âge des deux populations d'enquête

Classes d'âge des femmes interrogées par questionnaire



Classes d'âge des femmes rencontrées en entretien

Classes d'âge	Effectif	%
Moins de 25 ans	2	5
25 à 29 ans	3	7
30 à 34 ans	9	22
35 à 39 ans	9	22
40 à 44 ans	11	27
45 à 49 ans	5	12
50 ans et +	2	5
Total	41	100