Document généré le 18 juil. 2025 01:19

International Review of Community Development
Revue internationale d'action communautaire

Fonctionnement familial et rapports à la santé : essai d'analyse typologique
The family in relation to health: an attempt at typological analysis
Funcionamiento de la familia y relaciones a la salud: un ensayo de análisis tipológico

Laura Cardia-Vonèche, Malik von Allmen et Benoit Bastard

Numéro 18 (58), automne 1987

Famille/familles

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1034267ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1034267ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)
2369-6400 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Cardia-Vonèche, L., von Allmen, M. & Bastard, B. (1987). Fonctionnement familial et rapports à la santé : essai d'analyse typologique. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (18), 67–77. https://doi.org/10.7202/1034267ar

Résumé de l'article

This article deals with the daily health management within the family which, far from involving skills only, is based on the existence and significations or contents of family relations themselves. To study the family/health connection from this point of view enables: 1) to underline that the role played by the family is not only curative but also preventive, 2) to observe that this role resides also in other types of activities which are but indirectly related to health and, 3) to show that this role is also highly dependent on the state of relations within the family cell. This investigation of the family role in health matters is based on studies conducted in various European countries (France, Switzerland, Great Britain, Federal Republic of Germany) and favours the analysis of broken families, since it brings out the unknown dimensions of daily health management and its related specific family forms of sociability.

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1987

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Fonctionnement familial et rapports à la santé : essai d'analyse typologique

L. Cardia-Vonèche
M. von Allmen
B. Bastard

Cet article propose une analyse exploratoire des modalités selon lesquelles les représentations et la gestion de la santé s'inscrivent dans les modes de fonctionnement familiaux. Il prend place dans une recherche sur les familles monoparentales et la mobilisation, dans les situations de rupture, des différentes ressources qui contribuent à la vie de la famille et à la santé de ses membres [1]. Il ne s'agit pas, au point où nous en sommes, de présenter des données sur les familles dissociées ni sur les pratiques de santé, mais d'indiquer les grandes lignes de notre problématique en proposant un essai de typologie des familles et des conceptions de la santé.

Cette approche prend appui sur les résultats de nos précédentes études sur la parenté, le mariage et le divorce, inscrites chacune à leur manière dans les courants actuels des recherches sur les stratégies et les interactions familiales (Kellerhals, Perrin, Steinauer-Cresson, Vonèche et Wirth, 1982 ; von Allmen, 1985 ; von Allmen, Bastard et Cardia-Vonèche, 1987 ; Bastard, Cardia-Vonèche et Perrin, 1987).

Nous nous inspirons par ailleurs d'un ensemble de travaux sur les rapports au corps, les perceptions de la santé et de la maladie, ainsi que sur la prise en charge concrète de la santé dans la famille (Boltanski, 1968, 1971 ; Pierret, 1984 ; Dodier, 1986 ; Bastard et Cardia-Vonèche, 1985, 1986 ; Graham, 1986 ; Grunow, 1986).

Dans un premier temps, on esquissera, en fonction des orientations de notre recherche, les principes et les premiers contenus de notre typologie des familles. Nous passerons ensuite, selon une démarche similaire, à l'examen des différents rapports à la santé pour dégager enfin quelques hypothèses sur les relations qui unissent le fonctionnement familial aux conceptions de la santé.

Les dimensions du fonctionnement familial

Notre typologie familiale s'organise, initialement du moins, selon deux axes principaux. Il s'agit d'une part de considérer et de décrire les rapports d'un objet donné aux structures qui lui sont extérieures et dans lesquelles il se situe. Ce point peut être abordé en s'interrogeant sur la manière dont la famille s'inscrit dans la société, c'est-à-dire autant dans

les différents espaces sociaux que dans les divers rythmes sociotemporels. Il s 'agit d'autre part de considérer et de décrire les rapports entre les éléments compris dans l'objet, et qui le composent. Cette question peut s'envisager en examinant la manière dont se structurent les échanges entre les membres de la famille en prenant en considération la dimension temps. Relevons au passage que considérer tour à tour les rapports entre famille et société et les structures temporelles qui marquent les logiques d'intégration internes à la famille revient à aborder un même problème — celui de la cohésion familiale — sous deux perspectives complémentaires. Une troisième perspective serait possible, qui envisagerait le problème de la cohésion familiale sous l'angle des rapports de force entre individus distingués par leurs différences de sexe, de génération, de parenté et d'appartenance sociale. Il n'en sera ici question que par allusions. Commençons par envisager la situation de la famille par rapport aux espaces sociaux.

Familles méta-domestiques et familles domestiques

En considérant les rapports de la famille à la société on peut distinguer des familles qui fonctionnent en symbiose et en synchronie avec le monde extérieur et d'autres qui s'en démarquent au contraire en se construisant un univers et une temporalité propres. Les premières seront désignées comme familles méta-domestiques et les secondes comme familles domestiques.

Pour persister, certaines familles doivent s'inscrire et se manifester dans l'espace social ou dans les structures et les continuités du monde ambiant. Avec quoi peut-on s'inscrire dans l'espace social ? La réponse la plus simple est double : avec des ressources et un projet commun. Par quoi la cohésion familiale est-elle assurée ? La réponse est sensiblement la même : par des ressources qui ont cours dans la société et les projets qu'elles induisent ou permettent. On glisse par là vers la notion de patrimoine familial, qui comprend autant des biens matériels que des réseaux de relations, des titres et du prestige.

Lorsque la cohésion familiale est assurée par le biais des insertions sociales, la question des limites du groupe ne se pose pas : la distinction entre membres et non-membres peut demeurer théorique et rester sujette à variations selon l'opportunité du moment. La famille apparaît, de ce point de vue, ouverte à toutes sortes de relations. Avec des ressources, la cohésion sera d'autant mieux assurée qu'elles sont grandes en qualité ou en quantité. La meilleure chose à faire est de les mettre en valeur ou de les augmenter et la meilleur manière d'y parvenir est de mettre en oeuvre des stratégies sociales qui actualisent un projet. Il importe que celui-ci s'adapte ou se soumette aux temporalités existantes. Ainsi, les décisions des individus ou du groupe, qu'il s'agisse du calendrier des naissances ou de celui des carrières professionnelles, de l'alternance des périodes d'activité et de loisir ou des programmes quotidiens, prennent en considération ces mêmes rythmes, non seulement dans le cercle des proches, mais aussi dans les entités familiales et sociales avec lesquelles ils sont en interaction. Il s'agit de ne pas fonctionner à contretemps. En un mot, la famille ne peut pas être méta-domestique en l'absence de concordance entre temps sociaux et familiaux.

Pour se fonder, d'autres familles doivent organiser et faire vivre un espace social particulier. Il s'agit par rapport au cas précédent, d'une tout autre articulation aux rapports sociaux. La question devient alors : avec qui peut-on ainsi produire un espace familial ? La réponse est donnée en même temps : avec des personnes, de même que c'est d'abord des attributs des personnes que dépend la cohésion du groupe. Cette sorte de famille procède directement de l'utilisation des qualités ou des ressources incorporées par les individus (savoir-faire, attraits physiques, qualités morales, etc.) On comprend que, dans ces conditions, le problème des limites du groupe se pose directement et constamment. Il faut savoir en permanence sur qui et avec qui l'on peut ou doit compter. Les membres du groupe ont tendance à exclure du cercle familial les individus qui ne sont pas régulièrement actifs en son sein. La famille apparaît de ce point de vue fermée au monde extérieur.

Dans ce système, où le groupe se réalise à travers la coexistence et la coopération immédiate de ses membres, les rapports au temps sont dominés par les besoins pratiques du fonctionnement des unités familiales. Les temps sociaux et familiaux s'en trouvent juxtaposés. Ceci ne signifie pas que la famille échappe aux contraintes et s'exclut des temps qui structurent l'ensemble des pratiques sociales. Mais cela indique plutôt que la temporalité familiale est constituée de temps réinterprétés ou réajustés selon les logiques domestiques. On peut même dire que les temps prennent un caractère d'autant plus familial qu'ils se constituent, face aux rythmes sociaux, à contretemps. En un mot, les familles domestiques peuvent difficilement se reconnaître elles-mêmes sans les ruptures

qui juxtaposent les temps familiaux et sociaux.

Temps segmenté et temps perpétué

Voyons maintenant comment les échanges se produisent au sein de la famille et la manière dont ils se structurent dans le temps. De même que les rapports de la famille à son environnement social prennent deux formes distinctes, les interactions familiales ont partie liée avec deux conceptions opposées du temps. Celui-ci peut avoir un caractère segmenté, marqué par la succession des moments qui délimitent les échanges familiaux et les inscrivent dans une logique associative. Inversement, le temps peut apparaître comme durée, comme support qui permet de perpétuer les échanges familiaux à l'infini et qui renvoie à une logique fusionnelle. Dans le rapport au temps-moment, on vit avec les exigences du présent ; le temps est événementiel. Dans le rapport au temps-durée, en revanche, on vit avec les promesses du futur et le temps est existentiel.

Dans une relation du type associatif, qui repose sur l'idée d'un temps segmenté, l'accent est mis sur la différenciation et l'autonomie des individus. Les valeurs et croyances personnelles ne sont pas nécessairement partagées et les activités proprement familiales n'engagent pas tous les membres du groupe. Ceux-ci peuvent n'être liés que par des contrats sectoriels. Chaque individu est propriétaire de son temps. Il peut le perdre ou l'économiser. Les investissements réalisés dans l'union ne sont pas capitalisés : toute prestation doit trouver rapidement sa contrepartie. La réciprocité immédiate est dominante. Le principe est du moins que les partenaires procèdent, aussi souvent que nécessaire, à une évaluation de leurs prestations réciproques et à une compensation, de manière à éviter l'instauration de rapports déséquilibrés. On relèvera également que l'élaboration et la réalisation d'un projet de longue haleine — par exemple entreprendre une formation, se construire une maison ou avoir des enfants — ne sont pas sans entrer en tension avec cette conception d'un échange délimité. C'est pourquoi ces projets seront décomposés en leurs différents constituants, qu'il s'agisse de délais ou de réalisations sectorielles, pour être appréciés, modifiés ou poursuivis en fonction de leurs avantages ou de leurs inconvénients du moment.

Dans une relation de type fusionnel, qui se fonde sur la pérennité des relations, l'accent porte, au contraire, sur l'assimilation et l'interdépendance des individus, sur l'adhésion aux valeurs et aux croyances familiales et sur la valorisation des pratiques accomplies en commun. Le groupe est dépositaire du temps : chacun ne dispose jamais complètement de son temps ni de celui d'autrui. Le consensus porte d'abord sur la valeur de la relation, les choses échangées (qui sont comme partout des biens matériels, des services domestiques, des charges éducatives ou des signes d'affection) ne sont pas l'objet d'évaluations constantes. La réciprocité des dons et des contre-dons, n'est pas immédiate mais différée. Le présent est mis entre parenthèses. L'incertitude sur les temps de l'échange demeure aussi longtemps que la séquence engagée se prolonge. C'est ainsi que la relation s'inscrit dans une durée indéfinie. La poursuite même de l'échange se nourrit du déséquilibre continu des prestations fournies et reçues par les diverses parties. La réalisation de projets de longue haleine présuppose ici la confiance réciproque et fait figure de pari sur l'avenir.

Les différents types de familles

En reprenant les caractéristiques liées à l'opposition entre familles méta-domestiques et domestiques d'une part, et au contraste entre temps segmentés et temps perpétués d'autre part, nous pouvons distinguer quatre types de familles.

Les familles méta-domestiques ont été appelées famille-assise et famille-creuset selon qu'elles fonctionnent selon une logique associative et une temporalité segmentée ou selon une logique fusionnelle et une temporalité indéfinie. Les familles domestiques ont été appelées famille-cadre et famille-foyer selon qu'elles s'inscrivent dans l'une ou l'autre conception du temps.

La famille-assise

Cette famille se caractérise par son inscription dans le monde social et par des interactions de type associatif. Les espaces non familiaux sont essentiels à la réussite personnelle des membres du groupe. C'est dans le monde extérieur (travail, carrières, relations professionnelles ou publiques, vie associative, etc.) que chacun se « réalise ». Il importe de plus que chacun tire profit de ses insertions sociales de manière à ce que les autres membres du groupe

Figure 1 : Types de familles

	Temps segmenté logique associative	**Temps perpétué** logique fusionnelle
Familles méta-domestiques	famille-assise	famille-creuset
Familles domestiques	famille-cadre	famille-foyer

puissent s'en prévaloir dans leurs propres activités. Étant associatif, le groupe familial laisse à chaque individu ses occupations, ses relations propres et son droit à l'autonomie. Dans la famille-assise, où le temps est segmenté et compté, il s'agit de ménager les temps communs en fonction des temps individuels ou sociaux. Les devoirs réciproques sont collectivement négociés. La discussion est un instrument important de la régulation du groupe. On comprend que Troutot et Montandon (1987) proposent de caractériser ces familles en faisant référence à un mode de régulation par la négociation.

La famille-creuset

Cette famille est également méta-domestique, mais fusionnelle. Comme pour la famille-assise, les espaces non familiaux sont le ferment de la relation de couple et des relations parents-enfants. Les investissements dans le monde ambiant, les activités sociales, sont une ressource, un moyen d'épanouissement personnel et collectif. Ce qui fait par contre une des spécificités du type creuset est la participation collective — fusionnelle — des membres du groupe aux activités relationnelles, internes et externes, dans lesquelles ils s'engagent. La famille actualise son besoin de fusion et sa cohésion dans tous ses échanges et imprègne toutes les relations qu'elle entretient dans son « esprit de famille ». Chaque individu tend à faire partager ses activités et ses contacts. Ses parcelles d'autonomie sont le fruit d'un commun accord. La parole est l'instrument principal de la régulation du groupe. Dans un temps-durée illimité, la famille-creuset assure la concordance avec les rythmes sociaux par des échanges renouvelés. Le temps de la famille est valorisé lorsqu'il fait partie d'un échange, tant entre ses membres qu'avec d'autres personnes — voisinage, parenté, amis.

La famille-cadre

Cette famille, domestique, est de celles qui doivent s'organiser au plan interne pour prendre corps face au monde ambiant. Elle se rattache d'autre part au type associatif. L'environnement externe reste dans ce cas, par nombre d'aspects, étranger au domaine familial. La discontinuité entre le privé et le public est telle que ces univers semblent juxtaposés, même s'ils sont régis par des logiques semblables et si les normes internes font souvent figure d'emprunt aux normes dominantes. Alors que, comme partout, les espaces non familiaux sont ceux où le groupe puise sa subsistance, les engagements individuels dans le monde du travail ou dans d'autres activités sociales restent ici séparés de la vie familiale. Ces domaines peuvent avoir une importance pour la réalisation personnelle de chacun, mais les expériences individuelles à l'extérieur ne sont pas de celles qui se partagent au sein du groupe. Les relations collectives avec l'environnement sont limitées ou accidentelles. Dans la famille-cadre le temps est segmenté, se compte et fait l'objet, en fonction des besoins et des attributions de chacun, d'une certaine réglementation. Celle-ci n'a de validité et ne s'applique qu'à l'intérieur de la famille. Les échanges constitutifs du groupe se font sur le modèle du contrat. Chaque individu a ses qualités spécifiques. L'important est leur complémentarité et leur correspondance avec les principes qui régissent les liens familiaux. Les devoirs réciproques sont déterminés : chacun connaît ses droits et remplit son rôle de manière à permettre le fonctionnement de l'ensemble. La régulation se fait à travers une sorte de pacte global structuré par les conventions.

La famille-foyer

C'est une famille caractérisée par son mode de fonctionnement domestique ainsi que par une logique fusionnelle. La centration sur l'espace familial est première. La discontinuité entre le privé et le public se marque par une articulation entre un « dedans » maîtrisé et un « dehors » incontrôlable. Devant assurer la sécurité matérielle de chacun, les engagements individuels dans le monde du travail et dans d'autres activités extérieures participent de la vie familiale à titre de nécessité inéluctable. Les espaces non familiaux ne sont cependant pas le lieu où les membres du groupe se réalisent et font même figure de menace potentielle pour sa cohésion.

Les échanges individuels à l'extérieur sont réduits autant que possible et ont une moindre valeur que les échanges collectifs. Les individus se perçoivent avant tout à travers les tâches et les rôles familiaux qu'ils assument. L'accomplissement de ces rôles est un moyen d'épanouissement. Organisée de manière pragmatique, selon les besoins, les capacités et les disponibilités des membres du groupe, la régulation familiale se fond dans les activités marquées par les rôles de parenté : on peut parler ici d'une régulation

par les pratiques. Dans la famille-foyer, enfin, les temps sociaux sont réinterprétés en fonction de la nécessité des échanges familiaux qui sont inscrits dans un temps de durée indéterminée.

Les dimensions du rapport à la santé

Après avoir esquissé une typologie de la famille, nous allons examiner maintenant les rapports à la santé, qui peuvent également être considérés selon deux perspectives complémentaires. La première envisage la manière dont les individus éprouvent et expriment leur santé face à leur environnement social ; la seconde, la manière dont ils prennent en charge leur santé dans le temps.

Le rapport à la santé est individuel ou collectif

Dans la première perspective, il est possible de distinguer une expression individuelle et une expression collective du rapport à la santé auxquelles correspondent des représentations et des pratiques contrastées de la même façon.

Dès lors que la santé est envisagée comme une ressource individuelle, la perception du corps, des états de santé et de la maladie se fait indépendamment des réactions et des interventions d'autrui. La représentation du corps dans cette approche de la santé se fonde exclusivement sur l'appréciation que chacun se fait de soi-même. Chacun est juge de ses propres « performances » et prend pour critère les activités qui lui importent. Quant à l'image de soi, elle peut être en rupture avec les canons de l'esthétique, pourvu qu'elle satisfasse les attentes personnelles. L'obésité, par exemple, ne sera pas ressentie comme telle par celui qui se sent « bien dans sa peau ». De la même façon, la perception de la santé se concrétise dans des expériences et des savoirs individuels. Le sujet apprécie son état et gère sa santé à l'aide de critères qui lui sont personnels, et ceci même lorsque ces critères vont à l'encontre de ceux qui ont cours parmi les profanes et les professionnels de son entourage.

Par rapport à la maladie, les représentations et les pratiques se marquent aussi par leur caractère individuel : les maux appartiennent en propre à la personne et les partager ne contribue en rien à les comprendre ni à les soulager. Seul l'individu est juge de la manière d'y remédier, que ce soit par une intervention individuelle ou par le recours aux professionnels.

Il en va tout autrement lorsque la santé est envisagée comme un bien collectif et qu'elle est prise en charge à travers tout un ensemble de relations et d'interactions sociales. C'est ainsi que le rapport au corps se construit à travers les rapports avec autrui, qu'il s'agisse de comparaisons, de discussions ou de pratiques communes. On prendra par exemple conscience de sa force en observant que l'on est capable de fournir un effort supérieur à celui accompli par d'autres, qu'il s'agisse de soulever une charge ou de faire une course en montagne. De la même façon, l'image que se fait l'individu de sa propre apparence physique dépendra essentiellement du regard des autres ; il réalisera, par exemple, son vieillissement à partir des remarques d'autrui sur l'apparition de rides ou de cheveux blancs.

Se sentir en bonne santé, dans une telle perspective, revient à s'estimer capable d'occuper sa place dans les activités quotidiennes, le travail professionnel, la vie domestique ou les loisirs au même titre que les autres. Du même coup, ce sont les autres qui, par leurs appréciations et par les activités qu'ils proposent, signalent au sujet les modifications de ses états de santé. Toutes sortes de jugements portés par l'entourage — qu'il s'agisse d'opinions sur l'apparence physique, sur la manière d'assumer certaines tâches, sur l'appétit, en bref sur les manières d'être — servent ainsi de révélateur aux états de santé.

C'est donc à travers le groupe que se perçoit et se gère la santé. La prise en charge de la santé se confond avec l'entretien des relations familiales et sociales. Ici, « le travail c'est la santé », de même que « se trouver en famille » est aussi un synonyme de santé. Il en va de même de la perception et du traitement de la maladie. C'est en rapport avec les autres que l'on se découvre des sensations morbides. C'est sur l'aide des autres que l'on compte pour y faire face. C'est ainsi par exemple que les maux ressentis par les individus sont symboliquement partagés par les membres du groupe qui favorisent le traitement en accompagnant le malade : renonciation commune à certaines consommations, expression de soutien. Dans la même ligne, la participation de son entourage est déjà, pour le malade, une édulcoration de la souffrance. À l'inverse, la souffrance est doublement ressentie en cas d'absence des proches ou lorsque le malade se sent abandonné. L'importance accordée aux relations avec l'entourage fait aussi que les moyens mis en oeuvre dans la guérison d'un proche seront imités et diffusés par le groupe (Grunow, 1986).

Après avoir esquissé le caractère individuel ou collectif de la gestion de la santé, envisageons maintenant l'autre dimension de cette gestion, qui inscrit la santé dans le rapport au temps.

Le rapport à la santé s'inscrit dans la durée ou dans l'instant

Dans la dimension temps, il est possible de caractériser deux systèmes de représentation déjà bien étayés par les recherches antérieures. Dans le premier système, la santé est conçue dans la durée, comme un bien qu'il est possible de maîtriser « ex ante ». Dans le second, la santé est une donnée

immédiate sur laquelle il n'y a d'intervention qu'en réaction à des douleurs et à des épisodes morbides.

Dans le système de représentation qui met l'accent sur la notion de durée, la santé et la maladie ne sont pas inscrites dans des temps distincts. Au contraire, tout le projet qui sous-tend ce type de représentation consiste à anticiper constamment et à maîtriser tous les éléments qui favorisent l'une et préviennent l'autre.

Le corps, dans un tel système, est le siège des sensations — et celles-ci ont une histoire et un devenir signifiants —. Le sujet « s'écoute », s'efforce de déchiffrer ses impressions et entretient un rapport « réfléchi » avec son corps. Se sentir en bonne santé, c'est se sentir « en forme ». Et se sentir en forme, c'est prendre soin de son corps en toutes circonstances. Ce rapport au corps s'observe aussi bien dans les pratiques alimentaires, où il se concrétise dans la préoccupation d'une alimentation saine — quelle qu'en soit la définition — que dans le recours à des soins corporels ou esthétiques ou dans des comportements sportifs. La maîtrise de la santé est un projet existentiel.

Quant à la maladie, elle s'inscrit aussi dans la durée. Elle est, comme le dit Boltanski, « une longue perversion de la santé » qui trouve son origine avant l'épisode morbide, qui présente des signes avant-coureurs auxquels il importe d'être attentif, ainsi qu'une évolution et des suites (Boltanski, 1968 : 150). Être malade, en somme, est le résultat d'un défaut dans la maîtrise des règles de vie, d'une carence des pratiques de prévention. Le traitement de la maladie impose de respecter les rythmes du corps et de mettre en application des soins qui permettent la guérison sans compromettre la santé future. L'ensemble de ce système s'inscrit donc, y compris au plan curatif, dans une logique de prévention.

Lorsque au contraire la santé est perçue comme une donnée immédiate, le corps est conçu comme un instrument qui tantôt est mis à contribution et tantôt nécessite du repos. La succession des dépenses et des reconstitutions d'énergie donne toute son importance à la notion de « force » et au caractère instrumental du rapport au corps (Boltanski, 1971). Le rapport au corps est ici étroitement dépendant des exigences du moment. On veillera par exemple à s'alimenter de manière substantielle lorsqu'on fournit un travail intense. L'alimentation aura une autre signification, par exemple celle de la gourmandise ou de la convivialité, dans les périodes de détente.

Se sentir en bonne santé, dans une telle perspective, c'est pouvoir faire un usage habituel et familier de son corps. La santé ne sera rien d'autre « qu'un état coutumier qui ne mérite ni attention ni réflexion » (Boltanski, 1968 : 126). La gestion de la santé consiste essentiellement dans la reconstitution des capacités corporelles, physiques ou intellectuelles. C'est-à-dire qu'elle se manifeste plus particulièrement dans la réaction aux excès, aux malaises ou aux épisodes de maladie, soit dans les moments de « réparation ».

On sait, en effet, que dans ce système de représentation de la santé, la maladie intervient comme un accident qui fait irruption dans la vie normale. Cela fait de la maladie une interruption, un moment où rien ne se passe plus normalement, dont il faut sortir au plus vite. C'est ainsi que l'on préfère recourir à des médications puissantes, à effet rapide, pour retrouver le cours habituel de la vie. Bref, la maladie est une anomalie, un moment insupportable. L'ensemble du système est régi par une logique de la réparation.

Les différents types de rapports à la santé

En considérant les deux dimensions du rapport à la santé — rapport individuel ou collectif, rapport inscrit dans l'instant ou dans la durée — il est possible de dégager quatre manières différentes de caractériser ce qu'est la « santé » au sens le plus large et les pratiques corporelles qui l'accompagnent.

Pour désigner ces combinaisons, nous parlerons, d'une part, dans le modèle de la « prévention », de « santé-identité » lorsqu'elle est envisagée comme ressource individuelle et de « santé-mutualité » lorsqu'elle apparaît comme bien collectif.

D'autre part, dans le modèle de la « réparation », nous parlerons de « santé-intégrité » et de « santé-solidarité » pour désigner, respectivement, les logiques individuelle et collective.

La santé-identité

Dans ce rapport à la santé, réflexif et individuel, le corps, siège des sensations, se confond avec le moi, comme « être empli d'intentions et de potentialités » à cultiver (Pierret, 1984)[2]. Communiquer avec son corps ou avec ses « humeurs », c'est être en dialogue avec soi. C'est en se découvrant et en cherchant à se comprendre que l'on développe sa personnalité et réalise son identité.

Le corps est l'objet d'une surveillance et d'analyses constantes. S'écouter et s'examiner au moyen des grilles de déchiffrement que l'on possède sont les conditions premières d'une maîtrise de soi et de son existence. Se sentir en forme, « bien dans sa peau » ou en harmonie

Figure 2 : Types de rapports à la santé

		Dimension individuelle ou collective du rapport à la santé	
		Individuel	Collectif
Inscription du rapport à la santé dans le temps	Prévention (rapport réflexif au corps)	Santé-identité	Santé-mutualité
	Réparation (rapport instrumental au corps)	Santé-intégrité	Santé-solidarité

avec son corps est un signe de santé. La beauté du corps elle-même est une image de son bon fonctionnement en même temps qu'elle est le révélateur d'une maîtrise accomplie des processus naturels. On pourrait cependant tout aussi bien dire que, dans cette logique, un corps sain est nécessairement beau. Les artifices — produits cosmétiques, gaines, coloris et autres formes de masques vestimentaires — ne sont que des palliatifs et la marque de certains dysfonctionnements, mais aussi le signe que le corps n'a pas été constamment cultivé, comme il convient. L'idéal de la beauté est la beauté sans artifices, de même que l'idéal de la santé est la santé sans médicaments. On comprend ainsi que le déchiffrement, source de toute maîtrise, soit aussi source de plaisir, ou que maîtrise de soi et plaisir fassent ici figure de synonymes ou d'équivalents.

Ces rapports au corps impliquent que l'individu pense à la santé aussi bien qu'à la maladie dans tous les actes de sa vie. Il n'y a pas de frontière véritable entre ces deux dimensions. Les conséquences bénéfiques ou néfastes de chaque geste sont toujours présentes. Se connaissant, l'individu sait ce qui est bon pour lui. Il peut se permettre de prendre des risques, de faire des exceptions pour satisfaire des envies « malsaines », mais se les accorde — à son point de vue du moins — en connaissance de cause, par une négociation intérieure où la contrepartie de régénération est déjà présente par anticipation. On peut se permettre une invitation chez des amis qui font bombance et même entrer dans leur jeu pour respecter les convenances lorsqu'on peut compenser l'excès aussitôt après par un jour maigre ou une course à pied. Le caractère ascétique des comportements qui participent de cette domestication de l'existence n'apparaît qu'aux yeux des observateurs dépourvus du même rapport au corps.

De même que la santé est la résultante d'une gestion avertie, la maladie, en principe prévisible, est le produit d'une imprévoyance, d'une erreur d'interprétation ou d'un défaut de connaissances. L'individu en est seul responsable. C'est aussi pourquoi la culture « médicale », qu'elle s'inspire de préceptes savants ou profanes, figure parmi ses préoccupations ordinaires. Être malade donne encore une occasion de se maîtriser et de se réaliser en suivant ses progrès vers la guérison. Il n'y a ici en somme que de simples différences de degrés entre les états de santé et de maladie, du moment que, d'une manière ou d'une autre, l'automédication est constante, que prévenir et guérir c'est prendre soin de soi et que, dans un cas comme dans l'autre, la préférence va aux traitements de longue haleine, qui prennent le mal à la racine, de la façon la plus naturelle qui soit. Le choix des thérapeutes, où la préférence va à ceux qui agissent d'abord comme guides ou conseillers, obéit à la même logique. L'essentiel est qu'ils désignent la racine du mal et la démarche la plus naturelle à suivre pour s'en sortir.

La santé-mutualité

Le rapport au corps dans ce modèle qui découle d'un rapport à la fois collectif et réflexif à la santé, se caractérise par une écoute et une surveillance mutuelles visant une maîtrise collective des sensations. Ces dernières se construisent dans l'interaction. C'est dans le groupe que se fait le déchiffrement des apparences physiques ainsi que celui des signes de bien-être ou de dysfonctionnement. L'intégration des individus dans le groupe, qui les soutient et en même temps les contraint, est par elle-même génératrice de ces pratiques de déchiffrement. Le rapport au corps ne peut pas se construire d'une manière individuelle, en dehors du groupe. Toute sensation personnelle ou toute appréciation des états corporels d'autrui nécessite, pour faire du sens, d'être également éprouvée et validée par le collectif. Les signes du corps existent lorsque les déchiffrement concordent (Grunow, 1986).

Ces processus d'évaluation et de construction du rapport à soi dans le groupe débouchent sur une maîtrise collective du corps. La gestion de la santé est, elle aussi, inscrite dans les pratiques collectives. On pense à la santé dans tous les actes de la vie qui s'accomplissent en commun. Manger, dormir, travailler : toutes ces activités secrètent des préoccupations qui se concrétisent dans des comportements ou des règles qui visent à entretenir et,

par là-même, à maintenir le fonctionnement du groupe.

Le groupe se mobilise dans des pratiques qui tendent explicitement à promouvoir la santé et prévenir la maladie. Chacun de ses membres joue en outre dans ce domaine un rôle d'entraîneur pour d'autres personnes. C'est ainsi que l'on s'organise pour faire du jogging avec d'autres. On se fait du bien collectivement. L'ensemble de ces pratiques est sous-tendu par une morale de l'effort et de la discipline collectifs.

La première interrogation sur les causes de la maladie renvoie ainsi à un fonctionnement sur les éventuels défauts de la maîtrise collective, que ce soit par un manque d'attention partagé aux signes avant-coureurs de la maladie, par une mauvaise évaluation des risques encourus ou par un laisser-aller dans l'hygiène et la mise en oeuvre des conduites préventives. La maladie est un état de dérèglement potentiel qui guette insidieusement et constamment chaque individu. La reconnaissance de l'état de maladie et des souffrances qui le constituent n'appartient pas seulement à l'individu mais au groupe qui définit la validité des plaintes (Dodier, 1986). Dans cette même ligne, l'individu ne peut pas se soigner d'une manière qui contrevienne aux convictions de son entourage : il se soumet à l'autorité médicale recommandée par les autres et recourt aux traitements correspondant à l'image que le groupe se fait des traitements qui attaquent le mal à la racine. En contrepartie, l'entourage se mobilise pour soutenir le malade dans sa lutte et participer à sa guérison.

La santé-intégrité

Dans ce troisième système de représentation, à la fois instrumental et individuel, le bon fonctionnement du corps est, au départ, une donnée naturelle. L'individu fait confiance à sa nature propre et prend conscience de son corps en cas de dérèglements ressentis.

Ces dérèglements apparaissent en tant que symptômes lorsque l'individu s'en trouve entravé, de manière répétée, dans ses activités quotidiennes. C'est ainsi aussi que l'individu peut passer sur certains symptômes concrets et persistants dès lors qu'ils n'affectent pas son mode de vie habituel. On en trouve, par exemple, un témoignage dans le cas d'une femme qui, souffrant d'un kyste au sein, néglige cette douleur qui ne la gêne en rien dans son activité d'écrivain. En d'autres termes, les équilibres à garantir et à maintenir sont ceux qui touchent aux fonctions vitales que l'individu définit selon ses propres critères, en relation directe avec ses besoins dans la vie quotidienne. C'est ainsi aussi qu'à partir du moment où ces mêmes fonctions vitales sont atteintes, on prend conscience de son corps en le percevant comme dysfonctionnel dans sa totalité. La santé, dans ce cas, c'est l'intégrité corporelle telle qu'elle est nécessaire à l'existence ordinaire et non pas telle qu'elle se présente par les abstractions de la pensée.

La santé s'entretient par toutes sortes de pratiques, sans que celles-ci soient thématisées en termes de prophylaxie. Le sport, par exemple, n'apparaît pas autrement que comme simple loisir, de même que diversifier les apports alimentaires répond à la satisfaction des goûts personnels.

La maladie est attribuée à des facteurs exogènes et fait irruption comme un accident de l'existence, une malchance indépendante d'un défaut de maîtrise. Elle est vécue comme un empêchement, un arrêt de travail. Chacun est seul responsable de la démarche à suivre pour obtenir la guérison. Rétablir la santé revient à lutter contre l'élément agressif, au niveau de l'organe agressé, par une médication appropriée qui sera jugée d'autant plus efficace que son action est rapide. Les manières de rétablir la santé consistent donc en réactions individuelles ponctuelles qui ne remettent pas en cause le style de vie.

La santé-solidarité

Le corps, dans ce type de représentation, est instrumental et « collectif ». C'est un support indispensable des relations avec autrui. Il porte en outre la marque du groupe, qu'il s'agisse d'un « air de famille » ou des stigmates propres à un groupe professionnel. Les membres du collectif se voient exposés aux mêmes accidents de santé que ceux qui ont affecté leurs proches. Ils ressentent les mêmes maux. Tout se passe comme si chaque individu partageait entièrement le « patrimoine génétique » du groupe.

Les pratiques prophylactiques ne sont pas expressément formulées en termes de santé. C'est en se souciant des rythmes de la vie collective, par exemple du respect des heures de repas et de repos qui régissent le fonctionnement du groupe, que la santé se trouve indirectement garantie. Tant que chacun respecte ces rythmes et que la nourriture ou le repos suffisent « en quantité », tout le monde reconstitue ses forces comme il convient. En même temps, ce qui est bon pour les uns est valable pour les autres.

Si l'on se livre, collectivement, à certains excès, ces derniers sont également gérés en groupe. Un repas plantureux ou un effort physique intense suivis de symptômes désagréables, entraîneront une réparation collective. Le contrôle des

excès s'effectue a posteriori. La maladie est avant tout attribuée, dans ce cas, à des abus ou des insuffisances qui peuvent se rapporter à de mauvaises conditions d'existence ou de travail. On pense aussi bien à celles qui affaiblissent le corps, qui le « ramollissent » ou entament sa résistance faute de la mettre à contribution, qu'à celles qui exigent trop d'efforts compte tenu des possibilités de récupération communément offertes à ceux qui sont exposés aux mêmes inconvénients.

La maladie est une catastrophe qui affecte tout le groupe et le mobilise. Il s'agit d'intervenir pour mettre fin à cet accident en recherchant des traitements efficace et rapides (Pierret, 1984 ; Grunow, 1986). L'entourage accompagne le malade, le soutient par ses visites et ses soins ; il participe ainsi à sa guérison. Le malade est un assisté. L'entourage procède à une mise en scène de la maladie. Il anticipe les besoins du malade. Ce dernier devient le spectateur de sa propre guérison, qui repose autant sur lui que sur les autres.

Ce modèle, qui fait reposer entièrement la santé sur les relations et la coopération donne à l'insertion de l'individu, tant dans la famille que dans le travail, un rôle prépondérant. C'est dire que chacun étant lié au groupe par des rapports de solidarité attend en retour une prise en charge au moment où survient la maladie.

Fonctionnement familial et rapport à la santé

Notre hypothèse est qu'il existe certaines correspondances et certaines incompatibilités entre les différents modes de fonctionnement familiaux et les rapports à la santé que nous avons dégagés. La combinaison des typologies présentées en un modèle « famille-santé » ne doit cependant pas sous-estimer l'effet d'autres facteurs, à commencer par ceux liés aux attributs des individus réunis dans chaque unité familiale concrète. Pour ne parler que du rapport à la santé on sait, en effet, qu'il existe certains clivages en fonction des sexes et des classes sociales : nombre de travaux indiquent que le rapport au corps est plus réflexif chez les femmes que chez les hommes, de même qu'il est plus instrumental dans les classes populaires que dans les classes moyenne et supérieure. On peut de plus penser qu'en matière de santé les hommes sont plus individualistes que les femmes, et que les membres des milieux populaires ont des comportements plus collectifs que ceux des catégories moyenne et supérieure.

Prenons, à titre d'exemple, l'un des modes de fonctionnement familiaux — la famille-assise — et examinons-le sous l'angle de son degré de compatibilité avec les différents systèmes de représentation et de gestion de la santé.

Ce type de famille est marqué par son caractère méta-domestique et ses ancrages dans les rapports sociaux globaux, ainsi que par des rapports associatifs liés à des temporalités segmentées et à la négociation des participations individuelles aux échanges et aux temps familiaux. Nous faisons l'hypothèse que cette famille, en raison de ses caractéristiques — primat de l'individu, gestion anticipatrice des ressources — entretient un rapport privilégié avec le modèle de la santé-identité : chacun peut y avoir un rapport individuel à son corps et préventif à sa santé.

On comprendra aussi, à l'inverse, que cette famille ne puisse pas intégrer le modèle de la santé-solidarité, en raison du caractère à la fois collectif et instrumental de ce dernier. Le modèle de la santé-identité, tout en étant le plus probable, n'est cependant pas le seul possible dans la famille-assise. Les deux modèles restants — c'est-à-dire santé-intégrité et santé-mutualité — peuvent en effet se présenter dans ce type de famille, le premier en raison de son caractère individuel et le second de son caractère réflexif, et du fait que les familles présentent une diversité interne liée aux variations des rapports sociaux entre les sexes ainsi qu'aux origines et aux trajectoires des individus qui les composent. C'est ainsi qu'une famille-assise dans laquelle l'épouse gère sa propre santé sur le mode de l'identité peut comporter — chacun se prenant en charge individuellement — un autre système de représentation à la santé si le mari, d'origine populaire, se rattache pour sa part au modèle santé-intégrité. De même, une famille de ce type dans laquelle le mari se représente et gère sa santé selon le schéma de la

Figure 3 : Types familiaux et rapports à la santé

Types de familles	Types de rapports à la santé		
	Type dominant	Type éventuel	Type exclu
assise	identité	intégrité mutualité	solidarité
creuset	mutualité	solidarité identité	intégrité
cadre	intégrité	identité solidarité	mutualité
foyer	solidarité	mutualité intégrité	identité

santé-identité peut intégrer celui de la santé-mutualité dès lors que l'épouse est poussée par ses rôles féminin et maternel à développer l'autre modèle réflexif du rapport à la santé.

On pourrait montrer, en développant une argumentation analogue pour chaque type familial, que les modes de santé dominants, plus exceptionnels ou exclus, se répartissent de la manière suivante :

Ce tableau appelle différentes remarques sur la logique des exceptions.

Par exception on entend ici non pas une déviance par rapport à un modèle dominant qui devrait s'imposer mécaniquement dans chaque type de famille. Il s'agit plutôt de rendre compte de la capacité des systèmes familiaux de s'accommoder des différences individuelles. Les exceptions sont dues, comme on l'a suggéré par l'exemple de la famille-assise, aux affinités qui lient certains rapports à la santé aux appartenances de sexe ou aux clivages socio-économiques et culturels qui traversent la famille. En outre, la présence de rapports à la santé peu attendus dans certains modèles familiaux peut avoir un caractère provisoire (par exemple dans les débuts d'un mariage), circonstanciel (par exemple durant une période de vacances), mais peut revêtir aussi une certaine stabilité. On considérera enfin que les types de rapports à la santé de caractère exceptionnel dans un type familial donné peuvent concerner, suivant les cas et suivant les circonstances, un ou plusieurs membres de la famille ou l'ensemble du groupe.

Parmi les exceptions mentionnées, certaines semblent moins viables dans la mesure où elles remettent en question le mode de fonctionnement familial lui-même. Il s'agit de celles qui mettent l'accent sur la dimension collective du rapport à la santé lorsqu'elles se présentent dans un système familial valorisant l'individualité ou, au contraire, de celles qui privilégient la gestion individuelle de la santé dans un système d'échange collectif.

Selon cet ensemble d'hypothèses, il sera possible de distinguer des situations de congruence dans lesquelles le mode de fonctionnement et le mode de gestion de la santé sont « en phase », par exemple une famille « creuset » ayant un rapport à la santé de type « mutualité », et d'autres marquées au contraire par une certaine dissonance entre logique familiale et modèles de santé. Dans ce dernier cas, on supposera que l'issue la plus probable sera que le système familial infléchira, selon sa logique propre, le mode de gestion de la santé.

Toutes ces hypothèses demandent encore à être développées et surtout mises à l'épreuve lors d'observations empiriques.

Laura Cardia-Vonèche
Malik von Allmen
Université de Genève, Suisse
Benoit Bastard
Centre de sociologie des
organisations — CNRS, Paris

NOTES

[1] *Situations familiales et santé. Une étude des conséquences économiques et pratiques des dissolutions familiales et de leur incidence sur la santé dans les familles monoparentales.* Cette étude, financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (subside n° 3.981.-0.86), est menée dans le cadre de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève (Prof. Olivier Jeanneret). L'équipe de recherche est constituée de Laura Cardia-Vonèche, requérante responsable, Malik von Allmen et Benoit Bastard.

[2] Notre approche typologique se différencie de celle de Janine Pierret par une spécification moins spontanée des qualificatifs qui s'appliquent aux « axes » de construction (rapport individuel/collectif, réflexif/instrumental à la santé) et de ceux qui concernent les « cases » où, par le croisement de nos « axes », se dessinent les caractéristiques de quatre types de rapports à la santé. Si la typologie de Janine Pierret distingue également quatre systèmes, deux d'entre eux restent à notre sens embrouillants. L'un de ceux-ci, baptisé « santé-institutions », nous semble avant tout refléter les effets particuliers d'un certain type de questionnement sur la santé dans une fraction de la population enquêtée en tant que représentante des professions liées à la médecine ou à l'éducation. L'autre, baptisée « santé-maladie », fait figure de « fourre-tout » ou de système résiduel qui empêche de penser réellement les rapports à la maladie en relation avec les différents rapports à la santé dont ils participent.

Bibliographie

ALLMEN, M. von. 1985. « Les rapports de parenté comme rapports de production symbolique. Stratégies matrimoniales en Algérie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 59 : 49-60.

ALLMEN, M. von, B. BASTARD et L. CARDIA-VONÈCHE. 1987. *Espaces sociaux, temps de l'échange et rapports familiaux : une perspective typologique*, communication présentée au Colloque « Temps et dynamique familiale » de L'A.I.S.L.F., Université de Liège (Actes à paraître).

BASTARD, B. et L. CARDIA-VONÈCHE. 1985. « Habitudes familiales, normes diététiques et pratiques alimentaires : une analyse des repas en famille en Suisse romande ». *Soz.Praev.Med.-/Med.Soc. Prev.*, 30 : 229-230.

BASTARD, B. et L. CARDIA-VONÈCHE. 1986. « Normes culturelles, fonctionnement familial et préoccupations diététiques », *Dialogue*, 93 : 43-53.

BASTARD, B., L. CARDIA-VONÈCHE et J.-F. PERRIN. 1987 (à paraître). *Pratiques judiciaires du divorce. Approche sociologique*.

BOLTANSKI, L. 1968. *La découverte de la maladie*. Centre de sociologie européenne, Maison des sciences de l'homme, Paris (ronéotypé).

BOLTANSKI, L. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26/1 : 205-233.

DODIER, N. 1986. « Corps fragiles. La construction sociale des événements corporels dans les activités quotidiennes de travail », *Revue française de sociologie*, XXVII : 603-628.

GRAHAM, H. 1986. *Caring for the Family*. Health Education Council Research, Rapport nº 1.

GRUNOW, D. et V. GRUNOW-LUTTER. 1986. *Modes de vie et organisation du quotidien des familles dans le cadre de la promotion de la santé*, communication à l'Atelier thématique franco-allemand Santé, familles et solidarités de voisinage, MIRE, Paris, 29-30 mai 1986.

KELLERHALS, J., J.-F. PERRIN, G. STEINAUER-CRESSON, L. VONÈCHE et G. WIRTH. 1982. *Mariages au quotidien. Inégalités sociales, tensions culturelles et organisation familiale*. Lausanne, Éd. P.-M. Favre.

PIERRET, J. 1984. « Les significations sociales de la santé : Paris, l'Essonne, l'Hérault », dans M. AUGE et C. HERZLICH, *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éd. des Archives contemporaines, chap. 6 : 217-256.

TROUTOT, P.-Y. et C. MONTANDON. 1987 (à paraître). « Systèmes d'action familiaux, attitudes éducatives et rapport à l'école. Une mise en perspective typologique », dans C. MONTANDON et Ph. PERRENOUD, *Les transformations de l'école : politiques d'institutions et pratiques des acteurs*.