

RFAS

Revue française des affaires sociales

LE CORPS : UN SUJET D'ACTION PUBLIQUE ENTRE BIOLOGIQUE ET SOCIAL

Compte-rendu de la deuxième séance

Le 19 avril 2019, la *Revue française des affaires sociales* (RFAS) a organisé la deuxième séance de son séminaire sur « le corps comme sujet d'action publique entre biologique et social ». Cette seconde séance portait sur « **Le corps, support et reflet des inégalités sociales** ». Ce séminaire, qui se décline en trois séances, vise à faire le point sur les besoins de connaissances sur ce thème et à préparer un numéro de revue sur cette thématique qui sera coordonné par Thibaut de Saint Pol (IDHES), Cyrille Delpierre (INSERM) et Aurore Lambert (RFAS) et dont l'AAC sera diffusé au mois de septembre 2019 avec une parution prévue à l'automne 2020.

Aurore Lambert a rappelé en introduction que la séance de ce 19 avril visait à éclairer, à partir d'exemples concrets, **la question des traductions des inégalités sociales sur le corps et sur ses représentations, notamment du point de vue de la santé et de l'espérance de vie**. En axant ses réflexions sur les liens entre santé et déterminants sociaux, ce séminaire entend poursuivre les travaux engagés lors de la première séance en s'arrêtant sur un objet concret permettant de croiser les apports des sciences biologiques et sociales, dans des travaux mobilisant les regards disciplinaires croisés.

Maud Gelly, « *Classement des publics et différenciation sociale des soins: enquête sociologique sur le dépistage du VIH* »

Après cette introduction et le rappel du calendrier du numéro, Maud Gelly, médecin dans un service d'IVG à Avicenne et sociologue, a exposé les résultats d'une enquête sociologique sur les classements des publics et la différenciation sociale des soins dans les centres de dépistage du VIH. Cette recherche vise à répondre à une question qui a émergé

dans sa pratique de médecin et que la littérature épidémiologique et sociologique sur les inégalités sociales face à la maladie et à la mort a bien mis en évidence : ces inégalités sociales de santé sont anciennes, profondes, et ne sont pas réduites par l'accès aux soins, voire sont creusées par le système de santé.

Dans sa pratique professionnelle, Maud Gelly se rend compte en effet de ce qu'elle ne peut réduire ces inégalités, qui persistent y compris dans la petite structure publique dotée d'un certain nombre de dispositifs gratuits dans laquelle elle travaille. Partant de ce constat d'impuissance, elle a repris des études en sociologie (master et doctorat) avec l'ambition d'explorer la relation de soin pour comprendre pourquoi l'accès aux soins ne réduit pas les inégalités sociales de santé. Il se passe quelque chose pendant la consultation qui creuse les écarts et c'est ce « quelque chose » qu'elle s'attache à étudier. Son hypothèse de départ postulait l'existence de pratiques discriminatoires, intentionnelles ou non intentionnelles, directes ou indirectes. Pour tester cette hypothèse, elle adopte un dispositif d'enquête proche du *testing*, à l'instar du *testing* à l'entrée des boîtes de nuit ou de celui qui est mis en place pour mettre en évidence des discriminations à l'embauche. Deux critères vont orienter le choix du service dans lequel ce dispositif de *testing* sera mis en œuvre : l'anonymat d'une part – les professionnels de santé doivent ignorer tout ou presque tout des usagers du service dans lequel ils travaillent ; et la gratuité du service d'autre part – l'argent ne doit pas être une barrière. C'est le dispositif de dépistage du VIH qui est retenu par Maud Gelly : il est à la fois anonyme et gratuit.

Elle démarre son enquête dans les Centres de dépistage anonyme et gratuit (Cdag) en 2011 pour comprendre comment des professionnels de santé classent leurs publics et comment ils délivrent un service différencié en fonction de ce classement. Il s'agit donc de saisir, d'une part, comment s'élaborent les catégories d'entendement et de classement des agents publics depuis la conception de l'action publique jusqu'à sa mise en œuvre ; et de comprendre, d'autre part, en quoi ces classements opérés par les agents de service public facilitent leur travail, c'est-à-dire quelles sont les raisons pratiques du classement des publics. Prenant ses distances avec les travaux de sociologie de la santé qui adoptent encore trop souvent les catégories de pensée des professionnels de santé, et des professionnels dominants dans le champ de la santé en particulier (*i.e.* les médecins), elle s'appuie sur les travaux de sociologie du travail d'inspiration interactionniste (américaine et française) et sur la sociologie des relations de service, qui étudie de façon comparative un ensemble de professions ayant pour point commun de mettre en relation le prestataire et le destinataire d'un service (par exemple Ray Gold sur les concierges, Howard Becker sur la relation maître-

élève, Fred Davis sur les chauffeurs de taxi, etc.). Ce qui intéresse Maud Gelly dans ces travaux, ce sont les pratiques de classement des clients par les professionnels. Cette approche est peu utilisée en sociologie de la santé mais davantage dans les enquêtes sur le travail social (Yasmine Siblot, Delphine Serre par exemple) ou dans les enquêtes sur les politiques migratoires (Alexis Spire). Elle s'appuie, d'autre part, sur les travaux ethnographiques de l'action publique (Vincent Dubois et Nicolas Belorgey). Son dispositif d'enquête repose sur des entretiens semi-directifs (53) réalisés avec médecins, infirmiers et salariés associatifs ainsi que sur l'observation directe de 214 consultations entre 2012 et 2014 dans deux types de centre de dépistage (publics et associatifs). À cela s'ajoute un travail sur les archives d'AIDES et sur les documents institutionnels relatifs aux politiques de dépistage (1997-2011) ainsi qu'une analyse quantitative réalisée à partir de la base de données du CépiDC sur les 44666 décès par sida entre 1987 et 2011.

Quels résultats ? Premièrement, les pratiques de classement des publics varient plus selon le secteur d'activité (public ou privé) que selon les segments professionnels (médecins, infirmiers, salariés associatifs). Les pratiques de classement des publics sont plus marquées dans les services publics que dans les centres de dépistage associatifs. Cela s'explique par le fait que, dans ces derniers, le classement des publics opère en amont de l'interaction, dans le ciblage des publics. Les centres de dépistage associatifs se sont en effet développés précisément pour atteindre des publics considérés comme insuffisamment dépistés (hommes homosexuels et femmes migrantes). Pour autant, les pratiques de classement varient également selon le secteur professionnel : les infirmières sont plus embarrassées pour décrire leurs pratiques de classement des publics. Pour preuve, leur réponse à la question qui figurait dans le guide d'entretien de Maud Gelly, sur les différentes catégories de public que les centres accueillent : les infirmières disent ne pas pouvoir répondre à cette question et rejettent l'idée même de classement, soulignant n'avoir affaire qu'à « des individualités ». En réalité, Maud Gelly observe en consultation le fait que les infirmières conduisent des entretiens relativement différenciés selon les publics. À l'inverse, les salariés associatifs apparaissent très diserts dans la description de leurs publics et établissent des classements fins des usagers dont ils sont socialement plus proches que les médecins (« lui ce n'est pas un gay marais mais un homo banlieue », lui dira, par exemple, un de ses enquêtés). Quant aux médecins, ils mobilisent des classements déterminés par les nomenclatures épidémiologiques (« gays/HSH [homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes] » et « migrants »).

Au-delà des variations observées dans les pratiques de classement des publics selon le secteur d'activité ou selon les segments professionnels, Maud Gelly dresse plusieurs constats transversaux. Premièrement, tous les agents de santé publique dont elle a observé le travail apportent plus d'informations aux usagers qui les comprennent le mieux : elle rejoint ici ce que Luc Boltanski avait montré dans son travail sur les centres de protection maternelle et infantile, mais apporte quelques nuances. En effet, lorsque les interactions entre professionnels et usagers se font plus longues, les professionnels objectivent alors davantage les propriétés sociales des usagers et tendent à mieux ajuster les informations préventives qu'ils délivrent. Deuxième constat transversal : les professionnels prennent peu en compte les appartenances de classe et de genre et demandent quasi systématiquement à un homme blanc s'il a des rapports avec des hommes ou avec des femmes, alors qu'aux hommes non blancs et aux femmes il est demandé s'ils ont une copine ou un copain. Ces derniers sont donc supposés hétéros et ne reçoivent pas de conseils personnalisés. Maud Gelly relève ici une logique de racialisation des catégories sexuelles.

Après avoir mis au jour des pratiques de classement des publics par les professionnels, **Maud Gelly interroge les raisons pratiques de cette différenciation** (« à quoi cela sert ?»). Bien que la notion de discrimination soit très utile dans le domaine de la santé, notamment pour décrire des refus de soin ou la délivrance de soins sous-optimaux, elle apparaît peu opérante sur son terrain dans la mesure où tous les usagers repartent des consultations avec leur test de dépistage. C'est pourquoi il lui semble plus pertinent de chercher à comprendre les raisons pratiques de la différenciation des services¹.

Une première raison pratique vise à ne pas perdre la face : les sujets abordés étant des sujets intimes (sexualité, etc.), certaines questions risquent d'altérer la relation. Les salariés s'excusent en permanence de poser des questions gênantes et parfois évitent de les poser aux personnes que cela pourrait « choquer ». De ce point de vue, classer des publics permet aux professionnels de ne pas altérer la relation de soin. À titre d'exemple, la question de savoir si les usagers ont eu des pratiques de prostitution n'est pas posée systématiquement (elle est plus souvent posée aux femmes étrangères arrivées récemment en France). **Une deuxième raison pratique** de cette différenciation des publics tient à l'atténuation ou au maintien de la distance sociale qu'elle permet. La distance sociale entre professionnels et usagers peut être atténuée lorsque les professionnels mettent en avant une position dominée partagée avec les usagers pour amener ces derniers au dépistage. Dans

¹ Elle s'inscrit en cela dans le prolongement des travaux de Lewis Mennerick (1974).

d'autres cas, classer les publics permet de maintenir la distance sociale avec les usagers. Maud Gelly illustre ici son propos avec l'exemple d'une jeune médecin qui lui disait avoir des pratiques différentes avec les jeunes (« moi les jeunes je leur mets la tête au carré ») : ces derniers se sentant proches de la médecin du point de vue de l'âge, la professionnelle explique qu'elle se permet d'« engueuler » les jeunes (« ils font n'importe quoi, ils ne mettent pas de préservatifs ») quand ils prennent des risques, réaffirmant par là une distance sociale. **Troisièmement**, classer les publics permet de standardiser les services, c'est-à-dire de délivrer trois types d'entretiens typiques : avec les hommes homosexuels – des entretiens très personnalisés avec une grande variété de conseils préventifs – avec les personnes migrantes ou supposées étrangères – des entretiens standardisés avec des conseils préventifs a minima – avec des jeunes couples hétérosexuels – des entretiens moins homogènes mais dont le point commun est de s'appuyer sur des éléments biographiques récents. **Enfin**, classer les publics permet d'optimiser les services, c'est-à-dire d'augmenter la proportion de tests positifs en ciblant mieux et davantage, par exemple en privilégiant la sortie d'une gare RER à une fac.

Pour conclure, Maud Gelly souligne, d'une part, qu'il existe des objectifs de rentabilité en secteur non marchand, ici public et associatif. Cette dimension est plus nette dans les associations dont les financements publics sont conditionnés aux capacités des associations à atteindre des objectifs quantitatifs par groupe de population. D'autre part, elle indique que ce critère de financement exerce des effets de cadrage sur les pratiques des agents de santé publique, y compris dans les services publics, bien que ces derniers ne soient pas financés en fonction du nombre de tests positifs délivrés. Les catégories épidémiologiques et les modalités de financement d'acteurs nouveaux dans le champ du dépistage exerçant des effets sur le classement des publics par les agents de la santé publique dans le cadre même des interactions. Enfin, elle pointe plusieurs limites de sa recherche : son terrain d'enquête ne lui permettait pas d'avoir accès à la chaîne des événements qui sépare le dépistage et le décès. Pourtant, les travaux sur les décès montrent qu'il existe des inégalités combinées pour l'âge au décès liées au VIH : les femmes, les étrangers, les ouvriers et employés meurent plus tôt que les cadres et professions intermédiaires, et ce même après 1996 (date de la commercialisation des trithérapies). Cependant, si son enquête ne permet de saisir cette dimension, elle révèle certaines pratiques favorables à un amorçage réussi du traitement en cas de test positif, notamment une orientation systématique vers l'ouverture de droits, par exemple à la sécurité sociale (parfois même sans attendre le résultat du test). Cette pratique est loin d'être systématique et éclaire l'entrée plus tardive dans les soins et leur interruption

plus fréquente les chez femmes étrangères (qui a été mise en évidence par l'enquête ANRS-Vespa 2).

Au terme de cette présentation, plusieurs questions sont posées à Maud Gelly :

- 1) *Dans quelle mesure le fait d'être médecin a-t-il été utile au bon déroulement de l'enquête ?* Cela lui a permis de pouvoir observer les consultations et de consulter les dossiers médicaux.
- 2) *Est-ce que le fait d'être une femme blanche et française a eu des effets sur son terrain et dans ses rapports avec les usagers ?* Maud Gelly explique que si elle souhaitait au départ réaliser des entretiens avec les usagers, elle n'a conduit finalement que deux entretiens avec eux : elle a en effet essuyé beaucoup de refus (manque de temps), les interactions avec les usagers étant très rapides (elle dure 7 minutes en moyenne), ces derniers ne sont pas nécessairement disposés à réaliser un entretien dans ce cadre. En revanche, sa présence a presque toujours été acceptée lors des consultations, sauf exceptions (usagers très inquiets, au bord des larmes). Elle souligne qu'en revanche, il a été difficile de faire oublier sa position hiérarchique (elle est médecin) dans les entretiens avec les infirmières.
- 3) *Quelle réception de ce travail par les médecins ? Quelle ouverture à la sociologie ?* Maud Gelly explique que dans l'ensemble, cela les contrarie, et peut être plus dès lors qu'ils ont commencé à faire des stages à l'hôpital et qu'ils ne sont plus étudiants. D'autres enquêtes, en particulier sur la mortalité par infarctus, montrent que la mortalité est la même, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle, le temps de l'hospitalisation, mais que les écarts se creusent entre classes sociales avant et après l'hospitalisation. Ce constat les ébranle. Plus on parle aux spécialistes concernés, plus les conclusions sont difficiles à faire passer². Cependant, dans les services de dépistage les médecins sont plus militants donc plus réceptifs.
- 4) *Si tous les usagers repartent avec leur test de dépistage, est-ce qu'il n'y aurait pas à ce moment là une perte de chance qui explique la surmortalité des femmes et des personnes d'origine étrangère ?* Maud Gelly explique que son terrain ne lui permet pas de répondre à cette question. Elle souligne cependant qu'en ce qui concerne les

² Voir sur ce point le travail de Christian Baudelot *et al.* sur les néphrologues : « Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France greffe en France », *Population-F*, 71 (1), 2016, p. 023-052 (https://www.ined.fr/fichier/rte/General/Publications/Population/2016/04-Pop_2016_BaudelotEtAl_23-52.pdf).

personnes les plus éloignées du système de santé, on peut considérer qu'un contact avec le système de santé qui ne débouche pas, par exemple, sur une ouverture de droit à la sécurité sociale, constitue une occasion manquée pour démarrer un traitement. Et c'est là une des causes de la surmortalité des femmes d'origine étrangère.

- 5) *En ce qui concerne les migrants, est-ce qu'il existe un rapport culturel à la santé ?* Maud Gelly explique que, sur ce terrain, les classes sociales sont colorées et qu'il est donc difficile de distinguer effet de classe et effet de l'origine nationale. Mais l'enquête CépiDC permet de distinguer davantage les deux effets qui sont en réalité combinés : chez les hommes c'est la position de classe qui est la plus significative dans l'âge au décès alors que chez les femmes c'est l'origine nationale.
- 6) *Est-ce que dans ta pratique de soins, ton métier de sociologue a une influence ?* Maud Gelly explique qu'elle n'est plus légitime nulle part : trop sociologue pour les médecins, trop médecin pour les sociologues. Cependant, elle est parvenue à faire changer le dossier standardisé de son service (questionnaire social allongé, etc.). Elle a également introduit dans sa pratique professionnelle des pratiques de rattrapage comme celle du frotti au profit des femmes étrangères, cet acte médical leur étant généralement moins proposé qu'aux femmes d'origine française.

Géraldine Comoretto, « Alimentation, allaitement, environnement : la construction du rapport au corps et à la santé entre pratiques individuelles et injonctions normatives ».

La seconde intervention est réalisée par Géraldine Comoretto, sociologue qui a soutenu sa thèse en 2015 et se définit comme sociologue de l'enfance et comme ethnographe qui privilégie une démarche inductive³. Le travail présenté ici s'inscrit dans un parcours de recherche que la chercheuse rappelle en introduction. La question du rapport au corps et à la santé est une question transversale à ses objets de recherche : en master de sociologie, elle s'est intéressée à l'alimentation des enfants et plus précisément aux aspects sociaux des repas consommés entre pairs à l'école primaire. Dans le cadre de sa thèse, elle a réalisé une enquête ethnographique dans trois écoles élémentaires de la région parisienne aux caractéristiques socio-économiques diverses. L'enquête a reposé sur des observations au moment des repas à la cantine et au moment des goûtés surveillés ainsi que sur des entretiens informels auprès des

³ Comoretto, Géraldine. « Des usages du jeu à la cantine », *Ethnologie française*, vol. 44, no. 4, 2014, pp. 707-717.

enfants et avec leurs familles. Des entretiens avec le personnel des cantines et les animateurs ont également été conduits. Elle a aussi transformé une partie de ses observations en données statistiques, notamment pour mesurer le taux de mixité à table. Enfin, elle a procédé à des analyses de réseaux sociaux pour étudier les transactions de goûters à l'école élémentaire. À la suite de son travail de thèse, elle réalise un post-doc à l'INRA sur les freins et les leviers de l'allaitement maternel et sur les incidences de l'arrivée des enfants sur l'alimentation de la famille. La même année, elle obtient un contrat sur la question de l'alimentation dans les familles recomposées (Nutrinet et familles populaires). Elle enchaîne ensuite avec un autre post-doc à Sciences Po, financé par la Mairie de Paris, sur les pratiques éducatives parentales (lectures et choix d'orientation en fin de troisième) puis sur un post-doc à l'Université Saint-Quentin sur le rapport à l'environnement des étudiants (y compris dans leur alimentation et leurs pratiques de consommation).

La question de l'alimentation et de la socialisation est donc au centre du parcours de recherche de Géraldine Comoretto, ce qui l'amène à questionner les normes et les multiples injonctions en termes d'alimentation, d'allaitement et d'environnement, qui opèrent notamment au cours des primes socialisations. C'est donc à la construction du rapport au corps et à la santé qu'elle s'intéresse avec comme fil rouge les inégalités sociales. Géraldine Comoretto propose de revenir **sur trois points transversaux à ses recherches sur l'alimentation, l'allaitement et l'environnement**⁴.

Premièrement, ces thématiques renvoient à des besoins physiologiques et à des besoins individuels (se nourrir – sainement, nourrir son enfant) **qui touchent aux questions de santé** : Qu'est-ce qu'une alimentation saine ? Que signifie « bien manger » ? Comment bien nourrir son enfant ? Quel mode d'alimentation infantile choisir ? Quels comportements écologiques adopter ? Comment agir sur sa santé ? Géraldine Comoretto rappelle qu'il s'agit de sujets qui intéressent de plus en plus les pouvoirs publics et qui font l'objet de nombreuses recommandations et campagnes de promotion/sensibilisation : le Programme National Nutrition Santé (PNNS) avec un volet consacré à la grossesse et l'allaitement maternel, le Programme National pour l'Alimentation (PNA), le Plan National Santé Environnement (PNSE), INPES, OMS, etc. Les individus sont exposés à une pluralité de normes et d'injonctions en matière de bien manger (5 fruits et légumes par jour), de comportements

⁴ Il faut ici souligner l'intérêt, pour l'appel à contribution du dossier, d'ajouter les normes environnementales aux questions de santé.

écologiques vertueux (tri des déchets, gaspillage alimentaire), d'alimentation de son enfant (durée et type d'allaitement). Ces injonctions évoluent au rythme des politiques publiques et des préoccupations gouvernementales et peuvent se révéler contradictoires. Au niveau micro, la réception de ces recommandations est très floue et l'opérationnalisation de ces dispositifs reste très abstraite et inégale socialement. Dès lors, Géraldine Comoretto se demande comment ces injonctions sont pensées au niveau macro et dans quelle mesure ces recommandations (nutritionnelles, environnementales, de santé) font sens pour les individus selon leur sexe, leur âge, leur appartenance sociale. La question du poids des injonctions constitue ainsi un des fils conducteurs de ses trois thématiques de recherche.

Deuxièmement, ces thématiques de recherche **posent la question centrale de la socialisation et invitent à questionner les processus d'apprentissage et de transmission des normes, des valeurs, des règles**, aussi bien en matière d'allaitement, d'alimentation ou de conduites écologiques. Porter un regard transversal sur ces pratiques, c'est donc tout d'abord questionner la transmission de normes, de valeurs, de règles, de comportements, de techniques et de croyances. La socialisation à l'alimentation, à l'allaitement ou à l'environnement s'opère en premier lieu au sein de la famille. De ce point de vue, la sociologie de l'alimentation a bien mis en évidence, au sein des familles, l'existence de pratiques socialement et culturellement situées. À l'école, le modèle alimentaire familial est ensuite remis en cause par la confrontation avec de nouvelles normes et valeurs : celles de l'institution scolaire, des pairs et des adultes qui les encadrent. Les enfants sont exposés à une pluralité de normes, comme celles qui découlent du modèle français des repas (trois fois par jour, entrée/ plat/ dessert, on ne joue pas à table, etc.). En ce qui concerne l'allaitement, Géraldine Comoretto s'est également intéressée à la socialisation familiale et plus particulièrement à la socialisation maternelle à l'allaitement. Elle souligne l'influence de l'histoire familiale sur la décision d'allaiter : l'image que les femmes ont de l'allaitement est fortement imprégnée de l'expérience familiale, et notamment du fait d'avoir été elles-mêmes allaitées ou non par leur mère. Enfin, en matière de conduites écologiques, elle a aussi pris en compte le poids des socialisations familiales en interrogeant des étudiants sur les pratiques écologiques à l'œuvre au sein de leurs familles. Elle souligne que les comportements énergétiques vertueux ou responsables trouvent souvent leur origine au sein de familles soucieuses de ces questions qui transmettent les « bons gestes » à leurs enfants. L'origine sociale des familles joue sans doute un rôle important dans la transmission de ces « bons gestes ».

Troisièmement, ses recherches soulèvent de façon transversale **la question de l'exposition des corps**. Les pratiques en matière d'allaitement, d'alimentation ou d'environnement sont en effet des pratiques qui mettent en scène le corps, le sollicitent, l'exposent et le contraignent : le corps qui ingère de la nourriture, celui qui nourrit son enfant, celui qui est exposé aux perturbateurs endocriniens, à la pollution, à la « malbouffe », etc. Ces domaines de pratiques (allaitement, etc.) ont également pour point commun de faire l'objet de représentations sociales très fortes dans une société où les corps beaux, minces et sains sont valorisés. Ce qui pose une série de questions : qu'est-ce qu'un corps sain ? En bonne santé ? Qu'est-ce qu'un corps nourricier ? Faut-il l'exposer ? Son travail sur l'allaitement a permis de montrer que la pression qui s'exerce sur les femmes autour de l'allaitement, qui émane des professionnels du monde médical comme de leur entourage, n'est pas la même selon leur âge ou leur classe sociale. En matière d'alimentation, les pratiques sont très situées socialement, la diffusion des goûts et des normes (nutritionnelles, d'allaitement) opérant du haut vers le bas de l'échelle sociale, à l'instar de nombreuses pratiques distinctives. Elle soulève ici le paradoxe des campagnes de sensibilisation ou des différentes injonctions en matière de normes (alimentaires, allaitement, etc.) qui s'adressent aux milieux sociaux les plus éloignés des normes médicales et institutionnelles mais qui, dans les faits, les atteignent le moins. En revanche, les classes supérieures sont plus réceptives aux injonctions et recommandations alors qu'elles ne sont pas la cible de ces campagnes. Enfin, Géraldine Comoretto relève que ces différents domaines de pratique concernent surtout les femmes qui restent encore largement responsables de l'alimentation familiale et de la santé des enfants. Se pose alors la question du rôle des pères et des hommes.

En guise de conclusion, Géraldine Comoretto rappelle que ces différents domaines de pratique reposent en apparence sur des choix très personnels qui relèvent de l'intime (« qu'est-ce que je donne à manger à mes enfants ? »), mais qui sont en fait soumis à une série d'injonctions et de recommandations dotées d'un poids normatif très fort. En termes de perspectives, il lui semblerait intéressant de creuser davantage la question de la mise en application de ces politiques élaborées à un niveau macro, analyse qui permettrait de compléter l'étude de la réception de ces recommandations à un niveau micro. Comment s'appliquent des recommandations très générales à des cas singuliers ou à des populations qui n'ont pas les mêmes trajectoires biographiques selon l'âge, le sexe, le milieu social ? Et comment se mettent en place concrètement des campagnes de sensibilisation à un niveau local (dans les écoles, dans les maternités, etc.) ?

Au terme de cette présentation, plusieurs questions sont posées à Géraldine Comoretto :

- 1) *Sur la question de l'alimentation des enfants ou des mères allaitantes, est-ce que tu pourrais donner un exemple de recommandations que tu as pu observer à l'échelle macro avec ses différentes déclinaisons à l'échelle micro ?* Géraldine Comoretto explique que sur la question de l'alimentation, les recommandations qui figurent dans le PNNS (manger sain, équilibré, etc.) apparaissent très clivées dans les familles enquêtées : celles de classes moyennes ou supérieures ont tendance à adopter spontanément le discours le plus légitime en matière de normes alimentaires (« on varie l'alimentation, on privilégie l'alimentation saine, etc. »). Ce discours est moins fréquent dans les milieux les moins favorisés, qui mettent davantage l'accent sur le plaisir que procure l'alimentation.
- 2) *Au niveau des enfants, est-ce que tu as observé des appropriations différenciées de ces normes en fonction de leur origine sociale ?* Géraldine Comoretto évoque ici les difficultés pour faire parler les enfants sur ces sujets, notamment dans le contexte des repas : ils parlent peu du contenu de leur assiette. En revanche, elle observe des appropriations différenciées dans les manières dont les enfants se reprennent entre eux : ceux de milieux populaires se reprennent en mettant l'accent sur le plaisir ou la quantité (« n'en prends pas trop », « tu manges comme un porc », « tu manges la bouche ouverte », « partage avec les autres », etc.), alors que les enfants de milieux favorisés démontrent une capacité plus développée à discourir sur l'alimentation avec des répertoires alimentaires plus étoffés (ils parlent entre eux de fruits exotiques, de paëlla et de ses différents ingrédients, etc.). On retrouve donc ici des pratiques distinctives : on sait en effet que l'appétence pour les biens rares comme ici les fruits exotiques vient d'abord des milieux supérieurs puis redescend vers les milieux moins aisés lorsque les milieux aisés s'en dés-saisissent et s'en éloignent.
- 3) *En ce qui concerne les transactions de goûters entre enfants, est-ce que tu peux nous en dire plus ?* Sur cette question, elle a pu avoir plus d'éléments sur les inégalités sociales notamment sur la composition des goûters. Les enfants de milieux populaires ont des briques de jus de fruits, des sodas, des sandwiches, des chips, des pains au chocolat sous vide, des produits plus *discount*, alors que les enfants de milieux plus aisés ont des compotes, des gâteaux qui semblent moins sucrés, des produits plus chers et de marque. Sur les transactions, très peu d'enfants n'échangeaient pas leur goûter même si ces pratiques sont interdites (en raison du risque de vol ou de menace).

Géraldine Comoretto observe des échanges massifs intra classe et intra sexe. Elle relève également une césure à partir de l'âge de huit ans/du CE2 dans les échanges de goûters comme pour la place à la cantine : les échanges sont alors moins fréquents entre filles et garçons, et la mixité des tables qui était relativement forte jusqu'au CE2 tend à diminuer à partir du CM1/CM2. Par ailleurs, ses observations montrent que les filles sont davantage dans une logique de don et de contre-don (deux bouts contre deux autres bouts), qui opère de manière ritualisée, dans des espaces périphériques (bancs, bords de fenêtre, etc.). Alors que les garçons sont davantage dans des logiques opportunistes, en cherchant à obtenir une partie du goûter d'un autre enfant sans qu'il y ait nécessairement contre-don, en jouant et en occupant l'espace central. Les denrées les plus échangées sont les bonbons et les gâteaux sucrés. Le principe directeur de l'échange repose sur l'envie du goûter de l'autre mais aussi sur des logiques électives, comme la volonté de montrer que l'on a des relations privilégiées, qu'on appartient avec ses copains et copines au même groupe social, ce qui conduit également à se tenir à distance d'autres enfants. Ces logiques électives et de rejet sont encore plus fortes au collège.

- 4) *Est-ce qu'il y a des recherches sur l'alimentation dans les institutions comme par exemple dans les prisons ?* Il existe des travaux sur l'alimentation en prison, et il y a aussi une réflexion autour de la restauration collective (à l'école, en maison de retraite, etc.) mais plutôt sous l'angle de la sociologie du travail. Ce qui ressort c'est notamment le sentiment de dépossession de la cuisine et de la gestion de son alimentation, de sa façon de manger. Beaucoup de travaux ont également porté sur l'alimentation au travail.

La dernière séance du séminaire se tiendra le 27 juin 2019 et portera sur la prise en compte des travaux de recherche, notamment sur les inégalités sociales, par les pouvoirs publics.