Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 10 (1984)

Heft: 3

Artikel: À propos d'un discours sociologique sur le discours préventif

Autor: Lehmann, P.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814603

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz. Z. Soziol. / Rev. suisse sociol. 3 (1984) 813–824

D I S K U S S I O N E N
D E B A T T E N

D E B A T S
D I S C U S S I O N S

A propos L. GILLIOZ:
LA PREVENTION COMME NORMALISATION CULTURELLE
Rev. suisse sociol. 1 (1984) pp. 37–84

Ph. Lehmann, J. Martin; réplique de L. Gillioz

A PROPOS D'UN DISCOURS SOCIOLOGIQUE SUR LE DISCOURS PREVENTIF

Ph. Lehmann
sociologue
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Rue du Bugnon 17, CH–1011 Lausanne

L'article de Lucienne Gillioz "La prévention comme normalisation culturelle" [1] appelle un débat et des réponses de la part de personnes impliquées dans le programme de prévention des maladies cardiovasculaires [2] qui est donné comme base empirique aux réflexions de l'auteur. Les contributions données ici seront de deux ordres: sociologique et de politique de la santé publique.

SOCIOLOGIE D'UNE INTERVENTION VS THEORIE D'UN DISCOURS

Sur la scène sociologique, où parle L. Gillioz, il est d'usage de construire théoriquement le modèle de la réalité sociale dont on étudie les conditions d'occurence et les effets sociaux, et c'est à cela que l'auteur s'est attachée. Néanmoins il est aussi dans les convenances de la démarche scientifique de respecter des critères de validation, dont celui de la vérification empirique.

1) *RSS*, **10**, 37–84, 1984, no 1

2) Programme national de recherche scientifique 1A: prévention des maladies cardio-vasculaires 1976–1981; en particulier l'expérience pilote developpée à Nyon de 1977 à 1980.

Par exemple, on peut s'assurer que les faits que l'on utilise comme illustration d'une théorie sont des faits réels. La méthode sociologique propose dans ce but des procédures d'enquête ou d'observation, de collection de données ou de sources documentaires que chacun s'efforce généralement de respecter. A défaut de vérification, on devrait honnêtement désigner le statut de la réflexion sociologique et les exemples proposés comme des conjectures et hypothèses développées à partir d'une construction théorique.

Or, lorsque L. Gillioz déclare que son analyse sociologique "a pour objet d'étude la campagne de prévention des maladies cardio-vasculaires qui s'est déroulée à Nyon entre 1977 et 1981 dans le cadre des programmes nationaux financés par le Fonds National de la Recherche Scientifique" (p. 39) – campagne qui lui a "paru représentative des programmes de plus en plus nombreux entrepris à l'échelle des collectivités dans le but de supprimer des comportements identifiés comme facteurs de risque" (ibid) – on est en droit d'attendre d'elle une observation attentive de l'objet étudié et une compilation au moins minimale des sources et travaux consacrés à cet objet. Nous pouvons affirmer que telle ne fut pas sa démarche empirique et qu'elle s'est bornée à lire

- une brochure de publicité de 200 lignes réalisée pour le lancement de la campagne de prévention à Nyon en 1978 [3]
- un article introductif de la direction du PNR 1A paru en 1979 [4], et
- le rapport final résumé du programme de prévention des maladies cardio-vasculaires [5].

Elle n'a pas visité le Centre de Prévention de Nyon, ni rencontré des responsables, animateurs ou participants de l'action qui se déroule à Nyon depuis 1977, sous l'égide du PNR 1A jusqu'en 1980, et dans le cadre des Ligues de la Santé depuis 1981. D'autre part, elle feint d'ignorer les études sociologiques réalisées dans le cadre du PNR 1A, qui ont analysé le déroulement de la campagne de prévention et les éléments principaux du contexte culturel et institutionnel [6]. Les publications issues de ces travaux ont pourtant été diffusées et présentées à plusieurs reprises au sein du groupe "Sociologie de la médecine" de la SSS.

3) "Vivons de bon cœur", Centre de Prévention, Nyon, 1978

4) Groupe d'étude du PNR 1A (Junod B.) "Les maladies coronariennes et leur prévention" *Cah. Méd. Soc.* 23, 97–106, 1979, no 2

5) Groupe d'étude du PNR 1A "Prévention des maladies cardio-vasculaires en Suisse" Haupt / Georgi, Berne / St-Saphorin, 1982, 60 p.

Le discours tenu par L. Gillioz sur la campagne de prévention à Nyon doit donc être considéré comme la description et l'analyse d'un "objet imaginaire", déduit des intentions, objectifs et présupposés théoriques d'un projet d'intervention. Certes la thématique générale de la prévention, le modèle médical qui l'inspire et les théories et stratégies communicationnelles ou comportementales auxquelles on recourt souvent lors d'actions préventives constituent un "objet théorique réel", qui prend la forme de nombreux articles et déclarations d'acteurs préventifs, médicaux ou politiques. Les textes des projets [7] ou des résultats généraux [5] du PNR 1 A appartiennent à ce corpus de discours et sont justiciables d'une analyse sociologique des idées, voire de l'idéologie.

Entre les discours d'intentions et la mise en œuvre d'une pratique, telle que la campagne de prévention à Nyon, le sociologue ne peut manquer d'observer les processus d'apprentissage, d'institutionnalisation, de professionnalisation, de communication, d'évaluation, etc. et voir ainsi comment les objetifs et modèles des experts sont réappropriés et transformés par les animateurs, puis par les usagers; la confrontation qui en résulte avec les autres institutions et pratiques sociales, la recherche de légitimation

6) BASSAND, M.; BRULHARDT, M.–C. & al. "Pour une sociologie du champ sanitaire urbain – premières hypothèses" Congrès SSS, Neuchâtel, avril 1978, 18 p.
BASSAND, M.; BRULHARDT M.–C. & al. "Le rôle de la recherche sociologique dans le programme national de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires" *Cah. Méd. Soc.* **23**, 127–135, 1979, no. 2
LEHMANN, PH.; CORAJOUD, G. & BRULHARDT M.-C. "Prévention et promotion de la santé, quelques aspects d'une pratique sociale: l'expérience nyonnaise de prévention des maladies cardio-vasculaires" Congrès SSS, Berne, mars 1980
Groupe d'étude du PNR 1A (LEHMANN, PH.) "Evaluation interne de l'expérience du PNR 1A sur la prévention des maladies cardio-vasculaires" *Med. Soc. Prev.*, **26**, 269–276, 1981, no. 4
CORAJOUD, G. & LEHMANN, PH. "Cultures et pratiques dans le champ sanitaire" IREC–EPFL, Lausanne, 1981, 222 p.
LEHMANN, PH. "Prévention des maladies cardio-vasculaires – Méthodes d'éducation pour la santé et évaluation: Nyon" *Cah. Méd. Soc.* **27**, 1–157, 1983, no 1
LEHMANN, PH. "Attitudes face à la santé et à la prévention" *Méd. Hyg.*, **42**, no 1554, 424–429, 1984

7) "Plan d'exécution du Programme national de recherche: Prévention des maladies cardio-vasculaires" Fonds National de la Recherche Scientifique, Berne 31. 3. 76

et la définition de modèles d'action particuliers appellent une autre démarche sociologique, par exemple l'analyse institutionnelle [8]. C'est ce que n'a pas fait L. Gillioz en se limitant aux discours et théories préventives.

DES QUESTIONS LEGITIMES AU DISCOURS PREVENTIF

En acceptant un moment de rester dans la démarche de la sociologie du discours préventif, arrêtons nous aux hypothèses et conclusions de L. Gillioz. D'abord pour reconnaître l'opportunité et la légitimité des questions qu'elle pose. Il est sociologiquement correct d'interpeller l'usage qui est souvent fait de la théorie des facteurs de risque et la propension à utiliser pour la prévention des notions causales dégagées des associations ou probabilités statistiques. Toutefois, cette critique est inappropriée quand les relations causales sont vérifiées par ailleurs par l'anatomophysiologie, la pathophysiologie, les recherches génétiques, les expérimentations animales et une validation correcte des résultats épidémiologiques, comme c'est le cas pour les principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaire retenus par le PNR 1 A.

Il est aussi justifié de mettre en garde contre la clôture du système explicatif des maladies: cette clôture renvoie à l'image du rôle de l'acteur individuel et de sa perception de sa variance comportementale. Souvent, on pose les problèmes de façon telle qu'on puisse les résoudre, et ce sont les restrictions imposées à la stratégie d'intervention préventive qui justifient seules la limitation des facteurs étiologiques abordés.

De même on peut justement critiquer la finalisation des comportements prescrits exclusivement sur l'objectif de préservation de la santé, et le sectarisme ou le dogmatisme qui conduit nombre de discours préventifs à blâmer les individus "victimes" d'une culture indifférente à ces mots d'ordre sanitaires. Mais là encore, il faut s'assurer si possible que les interventions visées par la critique sont effectivement "coupables" des aspects en question.

8) cf. notamment LEHMANN, PH.; CORAJOUD, G. & BRULHARDT, M.–C. (1980) et LEHMANN, PH. (1983) op. cit. note 6

A PROPOS DE LA VIOLENCE: LEGITIMER N'EST PAS NORMALISER

Dans la suite de la démarche de L. Gillioz, nous aurions cependant à relever des contradictions et des abus qui, sur le plan sociologique, invalident dans une large mesure ses conclusions.

On peut en effet s'interroger sur ce que l'auteur appelle *"normalisation culturelle"*, comme effet social du discours préventif, et plus encore sur le terme d'"entreprise de *violence symbolique*" (p. 58). Il peut être évident à tout sociologue que le message d'une campagne de prévention est *idéologique* lorsqu'il propose une problématisation du risque de maladie exclusivement sous l'aspect de la responsabilité individuelle, des comportements auto-dommageables, de la bonne ou mauvaise volonté, etc. Si elle suit cette stratégie, la prévention occulte effectivement d'importantes dimensions collectives, structurelles, sociales ou économiques des conditions d'existence et, en ne suggérant pas leur part de causalité dans le risque de maladie, contribue à les *légitimer* aux yeux du public.

En cela, elle rejoint d'ailleurs les discours quotidiens – idéologiques eux aussi – des responsables politiques, des commerçants, des médias, des institutions culturelles et des particuliers à propos de quantité de sujets: la santé, le bonheur, la richesse, l'amour, la politique, la consommation, etc. Les messages préventifs se rattachent en effet souvent à cette tradition de l'individu-sujet libre de ses choix qui imprègne la culture occidentale depuis quelques siècles. En cultivant une représentation individuelle des facteurs de risque, ils contribuent à la légitimation des structures sociales dominantes et au renforcement de la représentation idéologique des rôles individuels.

De cet effet social du discours préventif, on ne peut pas en déduire un effet d'homogénéisation des comportements. Proférer un discours idéologique n'est pas en soi une violence ou une normalisation. Pour faire ce pas supplémentaire, il faut pouvoir supposer:

– soit qu'un facteur externe à la consommunication agisse de telle sorte que le discours en question doive être adopté par la population. Quel facteur? Le monopole du discours préventif ou la pénalisation autoritaire de ceux qui voudraient subsister en dehors de ce discours. On est donc inévitablement renvoyé hors d'une sociologie des discours vers une analyse des *rapports de force entre acteurs sociaux*. Il faut donc pouvoir vérifier la coercition.

– soit qu'il serait difficile à certains individus d'intérioriser un tel discours compte tenu de la fonctionnalité de leur culture propre. Or si cette intériorisation se produit, elle ne peut donc, par définition, être vécue comme violence. Cette dernière est donc induite par le sociologue sur la base de ses préférences pour une culture et son rejet d'un certain discours. S'il y avait véritablement violence, il faudrait l'expliquer par un facteur de coercition.

Par ailleurs, même si les messages préventifs individualisants ont un effet idéologique, et que les relations causales entre l'environnement et la maladie sont ignorées, on ne peut pas pour cette raison évacuer comme produits du seul arbitraire des acteurs préventifs les évidences étiologiques: par exemple les liens entre stress, alimentation déséquilibrée, obésité, inactivité physique, hypertension, tabac . . . et maladies cardiovasculaires.

PREVENTION MEDICALE ET MOUVEMENTS SOCIAUX CONVERGENTS

Représenter les discours préventifs en général comme centrés uniquement sur les facteurs de risque comportementaux et fondés sur la seule stratégie de la persuasion des individus est une interprétation politique arbitraire ou erronée de L. Gillioz. Elle en témoigne aussi par sa condamnation du "mouvement d'hygiène sociale, promu au siècle dernier dans le but de moraliser et d'éduquer les classes populaires" (p. 57). Il y a là occultation certaine des mouvements sociaux et politiques qui ont participé à une lutte pour une amélioration des conditions de vie et de santé. Rappelons par exemple que la lutte contre la tuberculose fut au départ menée par des organisations privées et en bonne partie contre la politique de l'Etat, notamment dans les domaines du logement, de la scolarité et des conditions de travail. Il serait plus exact de comparer ces mouvements sociaux, dont l'ampleur fut considérable au début de ce siècle, à des organisations syndicales. Ils ne correspondent en tout cas certainement pas – tout au moins avant que l'Etat relaie leurs préoccupations – à des entreprises de moralisation s'identifiant aux intérêts de la classe dominante. Cette sensibilisation des mouvements populaires à la prévention se prolonge tout au long de l'action syndicale et les documents récents de l'USS et de la CSC en témoignent. La nécessité de la prévention, individuelle et collective, est un point de convergence de discours médicaux, politiques et populaires et non une création exclusive de la théorie médicale.

LE FETICHISME DE LA CULTURE POPULAIRE

Notre deuxième contestation de l'analyse sociologique de L. Gillioz concerne sa représentation de la culure des milieux populaires. Quand elle dit que "la méconnaissance des déterminismes sociaux à la base des comportements ne peut qu'amener à penser la non-observance des règles émises dans les catégories moralisantes de la mauvaise volonté, de la négligence, du laisser-aller, et a toutes chances de déboucher sur une idéologie du blâme à la victime" (p. 59), elle manifeste un respect de la culture des couches populaires qui tend, lui, à la réification et la légitimation de cette culture. D'ailleurs, et c'est la thèse centrale de son article, en décrivant cette culture populaire si différente des modèles de comportement préventifs, elle érige en authenticité sociale "les hexis corporelles et les façons d'être des classes non-manuelles et manuelles, et aussi dans une certaine mesure des femmes et des hommes" (p. 57). Les uns perçoivent l'alimentation dans les catégories "léger, mince, délicat, faible", les autres dans le registre du "lourd, gras, grossier, fort" (ibid). L' "éthos de retenue et de mesure" s'oppose à "l'éthos du bien-vivre" (p. 56) et les "réfractaires à la prévention (. . .) ont une alimentation peu conforme aux principes de la diétique" (p. 54).

N'a-t-on pas oublié que cette culture populaire, avec ses grands traits et ses facettes diverses, doit avant tout se comprendre – dans l'analyse sociologique – comme *un mode d'adaptation culturelle aux conditions objectives déterminant les situations d'existence des milieux populaires:* assurer la reconstitution de la force de travail avec les moyens que permet le prix de vente de cette force de travail, s'approvisionner dans les grands magasins à la sortie du bureau ou de l'usine, et quand même assurer un sens et une gratification aux richesses gagnées pour ne pas vivre dans l'indignité et l'anonymat . . . Réifier la culture populaire, célébrer son authenticité, *c'est légitimer les mécanismes sociaux de détermination* de la classe populaire. Ce n'est pas par "mauvaise volonté" que les ouvriers, manœuvres et employés subalternes ne font pas de sport et qu'ils consomment la graisse de la viande (cf graphique p. 48–49). Mais il ne suffit pas d'évoquer "leur position dans l'espace social et l'usage social et professionnel du corps que celle-ci implique" (p. 55) pour échapper à une observation d'entomologiste.

Contre l'arbitraire culturel de la prévention (jogging et yoghurt), L. Gillioz proclame le droit des ouvriers à défendre leurs bastions culturels: le lard et les reportages sportifs à la télévision. Que voilà le résultat d'un "encanaillement imaginaire" de l'intellectuel(le) justifié par la fusion avec le sujet historique privilégié.

DIFFERENCE = VIOLENCE

La conséquence du fétichisme de la culture populaire, c'est que L. Gillioz interprète comme "violence symbolique" tout discours qui vient proposer des modèles de représentation ou de comportement qui diffèrent de la culture authentique d'un groupe social. Elle voit là un déni de la "fonction d'affirmation de l'identité sexuelle et sociale" (p. 58). Or, constater que la culture (corporelle, alimentaire, sanitaire) des catégories sociales moyennes et supérieures s'appuie sur des représentations épidémiologiquement correctes, cela ne peut pas plus légitimer la stratification sociale que remettre en cause ces résultats épidémiologiques. Et, pour aller plus loin, si tout message différent de la culture populaire relève de la violence symbolique, qu'en est-il du discours sociologique ?

FINALITES EXPLICITES ET RESULTATS OBJECTIFS

Légitimation, normalisation et domination, mais en plus "accroissement du marché potentiel de la médecine", "désamorçage des critiques externes", riposte aux thérapies douces (p. 74–75)... tels seraient les intérêts spécifiques du corps médical à promouvoir la prévention! On croyait pourtant que des classiques, tels Marx ou Merton – pour aller d'une école à l'autre – nous avaient appris à distinguer les effets sociaux d'une pratique de la théorie de cette dernière énoncée par les acteurs sociaux.

L. Gillioz a une fâcheuse tendance à prêter aux acteurs préventifs des finalités propres qu'elle dégage de son analyse sociologique. De même, sous prétexte que des actions préventives se réfèrent au "modèle de pensée bio-médical, classique en médecine depuis deux siècles" (p. 73), elle passe allégrement des "médecins promoteurs de la campagne de prévention nyonnaise" (ibid) au "corps médical", voire au "monde médical" (p. 74). A-t-on vérifié si les intérêts (explicites ou objectifs) des promoteurs ou acteurs de la prévention rejoignent les préoccupations du corps médical face à l'accroissement de la densité médicale ou face aux contestations et pratiques "parallèles"?

Que certaines tendances des pratiques médicales curatives et préventives se rejoignent dans une même perspective – la médicalisation – ne signifie pas pour autant une concertation des stratégies des acteurs et la poursuite d'enjeux de groupe. Le "souci du corps médical de dépasser les contradictions

de la médecine curative" (p. 75) est une extrapolation tirée des vues de l'auteur bien plus qu'une expression véridique des représentants du corps médical, dont la plupart ne se préoccupent guère de telles "contradictions".

Toutes nos remarques jusqu'ici ont respecté la démarche de L. Gillioz: l'analyse des messages et des effets du discours préventif. Elles concluent à solliciter de l'auteur beaucoup plus de prudence dans ses affirmations, même si celles-ci en restent au statut d'hypothèses. Nous ne reviendrons pas ici sur la sociologie de l'institution "Campagne de prévention à Nyon", mais il nous faut nous arrêter sur l'autre dimension empirique de l'article: les résultats d' enquête.

OU SONT PASSES LES 56 % DES REPONSES ?

Une partie importante de l'article de L. Gillioz oppose les comportements sains enseignés pour la prévention cardiovasculaire aux pratiques réelles observées dans la population, à partir de données recueillies lors de l'examen de santé initial du PNR 1 A. L'enjeu de cette comparaison est de montrer "l'arbitraire inhérent à l'action de prévention" (p. 51) et la "violence symbolique" (p. 58) qui résultent d'une entreprise voulant "généraliser à l'ensemble de la population des comportements et attitudes qui ne sont adaptés qu'à des univers sociaux bien précis" (p. 58). Là encore, nous avons à corriger certaines interprétations tirées nettement plus de la littérature [9] que de l'analyse statistique des données.

Les méthodes quantitatives appliquées par L. Gillioz avec l'aide de D. Glauser ne sont pas explicitées (analyse en composantes multiples et analyse discriminante) et les apports des résultats présentés ne font l'objet ni de tests ni de mesure de la part de variance expliquée. Ce qui est évident, en revanche, c'est que les quatre types dégagés par analyse dite discriminante représentent ensemble 44 % seulement de la population investiguée et qu'il n'est soigneusement pas dit un mot des 56 % restants (1533 individus).

9) BOLTANSKI, L. "La découverte de la maladie" Centre de sociologie européenne, Paris, 1968
BOLTANSKI, L. "Les usages sociaux du corps" *Annales*, **26**, 205–233, 1971, no 1
BOURDIEU, P. "La distincion" Ed. Minuit, Paris, 1979

Or, en recherchant les données relatives à ces absents, on constate qu'ils donnent toujours des réponses identitques à celles de la population totale, par contraste avec celle des groupes "divergents". Ils se situeraient donc "au centre" du modèle et permettent ainsi de tracer le portrait d'ensemble des attitudes et comportements corporels ou sanitaires, marqué par une faible différenciation des habitudes hormis quelques franges au "look" spécifique.

Au surplus, la composition socio-démographique des cinq sous-ensembles ainsi définis est tout à fait hétérogène et l'on ne saurait facilement attribuer un modèle corporel à une classe sociale ou à un genre ("des univers sociaux bien précis" – p. 58), comme le montre le tableau ci-contre.

Ces commentaires ne prétendent pas que le rapport au corps ou à la santé et les comportements "préventifs" soient identiques quelle que soit l'appartenance sociale, mais qu'au-delà de certaines tendances typiques, que véhiculent des milieux restreints, on ne peut partager l'espace du corps en camps ou territoires antagonistes comme la littérature sociologique classique a trop longtemps invité à le faire. Lorsque L. Gillioz résume L. Boltanski en disant:

> "à un habitus de non-écoute et d'oubli du corps, corrélatif d'un usage instrumental de ce dernier, qui se rencontre principalement dans les couches populaires, s'oppose un rapport réflexif au corps caractéristique des couches moyennes et supérieures" (p. 55),

elle fait uniquement référence à une tradition sociologique et non à l'observation des faits et des données qu'elle prétend analyser. Ce qui est nouveau, dans les résultats d'enquête du PNR 1 A cités ici, c'est justement que les types classiques rendent compte d'une orientation des tendances mais qu'en fait les populations, nyonnaise en particulier, "circulent" dans un espace de consommations et d'attitudes qui tend à s'uniformiser. Les différences sociales se marquent plutôt dans l'aisance ou la difficulté, la diversité ou l'uniformité, la valorisation symbolique ou fonctionnelle des modes de recours au système des pratiques corporelles. On rejoint ici la question des "coûts sociaux" et de la "violence symbolique" des campagnes de prévention, qui selon L. Gillioz sont

> "très inégaux (selon) les différentes classes, les plus pénalisées étant celles qui économiquement et socialement sont déjà le plus défavorisées" (p. 58).

Des quatre types ou modèles corporels définis par L. Gillioz, il n'y a que celui des "réfractaires" à qui la prévention pourrait faire violence et imposer

% en ligne	Quatre types dégagés par L. Gillioz: *I. les prédestiné(e)s à la prévention*	*II. les modéré(e)s*	*III. les ascètes par nécessité*	*IV. les réfractaires*	LES ABSENTS	*Ensemble de la population étudiée* = 100 %
ACTIFS SUR LE PLAN PROFESSIONNEL :						
Manœuvres	1,9	7,6	15,8	19,6	**55,1**	316
Ouvriers qualifiés	1,3	14,0	5,9	17,4	**61,4**	236
Employés subalternes non qualifiés	5,4	15,9	12,0	14,7	**51,9**	258
Employés subalternes qualifiés	6,3	16,8	7,6	10,8	**58,5**	316
Petits indépendants	3,8	15,5	11,4	15,2	**54,5**	132
Cadres inférieurs et moyens	3,1	17,9	6,6	10,5	**61,9**	257
Cadres supérieurs et professions libérales	2,6	22,3	6,7	13,7	**60,1**	193
NON ACTIFS						
Ménagères, retraités, étudiants et autres	4,4	22,0	15,6	5,4	**52,5**	1040
Hommes	2,1	11,9	7,6	15,3	**63,1**	1248
Femmes	5,4	20,2	15,5	6,7	**52,0**	1501
Ensemble	3,9	17,8	11,9	10,7	**55,7**	2750
n =	*107*	*489*	*327*	*284*	**1533**	

un sacrifice économique ou symbolique important. Or, les réfractaires qui regroupent 11 % de la population enquêtée totale ne sont que

- 18 % des ouvriers, contre
- 13 % des employés,
- 12 % des cadres moyens et petits indépendants,
- 14 % des cadres supérieurs et
- 5 % des non-actifs.

Lue dans l'autre sens, la composition de ce groupe est de

- 35 % d'ouvriers,
- 24 % d'employés,
- 16 % de cadres moyens et petits indépendants,
- 5 % de cadres supérieurs et
- 20 % de non actifs.

Au vu de ces chiffres, on ne peut pas simplement identifier les "réfractaires" aux "couches populaires", pas plus d'ailleurs que les "prédestiné(e)s" aux "femmes des couches moyennes et supérieures".

Ce type de lecture est avant tout une transposition des modèles sociologiques de Bourdieu et Boltanski sans référence à la culture corporelle, alimentaire, sanitaire, etc. que l'on observe dans les collectivités où le PNR 1 A a été développé.

Sous cet aspect comme relativement au programme de prévention institutionnalisé par le PNR à Nyon, l'article de L. Gillioz se comprend comme un pamphlet idéologique, qu'il faudrait interpréter à partir de son intention et de ses conditions d'occurrence.