

La santé, production invisible des femmes

Geneviève Cresson

Volume 4, Number 1, 1991

Femmes, savoir, santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/057628ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/057628ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cresson, G. (1991). La santé, production invisible des femmes. *Recherches féministes*, 4(1), 31–44. <https://doi.org/10.7202/057628ar>

Article abstract

How can one present lay persons' work in the field of health care when it is recognized neither by sociology, nor by professionals, nor by women themselves, its main producers? Paradoxically, an indirect approach through different discourses of mothers who deny the existence of such work, underestimate it, or insist on its limits, permits one to explore its complexity and to give full importance to the social relations in which this lay work is accomplished and takes its full meaning.

La santé, production invisible des femmes

Geneviève Cresson

L'étude des relations entre femmes et santé bute souvent sur un constat paradoxal: les femmes sont les principales productrices de soins, professionnellement comme dans leurs relations «privées», mais cette production est sans cesse niée, banalisée ou dévalorisée. Dans une recherche récente, lors de l'analyse de contenu des discours recueillis, il m'est très vite apparu que les femmes parlaient volontiers «en creux» de ce qu'elles faisaient pour la santé ou le bien-être de leurs proches, comme s'il leur était plus facile ou plus légitime de parler de ce qu'elles ne faisaient pas, de minimiser leur activité ou d'insister sur les côtés négatifs, restrictifs, dévalorisés, de leur travail sanitaire profane.

Après un rapide rappel du cadre et du contexte de cette recherche, je me propose ici de présenter une première analyse de ces discours «en creux» par lesquels les femmes contribuent à dévaloriser leurs propres interventions.

Un travail incontournable

Le travail profane de soins n'est au fond que l'un des aspects du travail domestique. Dans ce sens, Graham précise que la plus grande partie de ce que font les parents pour leurs enfants est un travail pour la santé : création des conditions favorables à la bonne santé (chaleur, confort, propreté, nourriture, protection...), soins aux malades, éducation à la santé (ne serait-ce que par l'exemple), médiation avec l'extérieur, et réponse appropriée aux urgences («*coping*»), voilà quelques-uns des aspects principaux de ce travail (Graham 1984 : 149 sq). Et l'on voit rapidement qu'il serait vain d'essayer d'en faire un inventaire exhaustif comme de le réduire aux aspects les plus médicaux (diagnostic, contacts avec les professionnel-le-s, suivi du traitement, etc.). Ce travail sanitaire profane, comme l'ensemble du travail domestique, consiste bien en un «travail accompli dans le cadre de la famille, nécessaire au déroulement de la vie quotidienne dans les normes sociales actuelles» (Chadeau et Fouquet 1982 : 29). De même, pour l'essentiel, il est «accompli sans contrepartie monétaire et par les femmes» (*idem*).

Dans certaines circonstances, le travail sanitaire profane peut prendre une ampleur considérable : la présence d'un conjoint accidenté, d'un enfant handicapé, ou d'un ascendant impotent, voilà autant de situations qui alourdissent considérablement les tâches (Finch et Groves 1983; Favrot 1988; Bungener 1987a). Mais même en l'absence d'accident ou de pathologies particulièrement lourdes, «personne» n'échappe au travail de soins : entre les deux tiers et les trois quarts des épisodes morbides sont traités directement par des profanes, sans recours aux services d'un-e professionnel-le (Grunow-Lutter et Grunow 1987 : 7). Dire que «personne» n'échappe au travail de soins n'est pas tout à fait exact, puisque pour ce travail comme pour l'ensemble du travail domestique ou éducatif, les femmes sont les premières sollicitées, celles qui fournissent le plus d'aide à autrui. Bref elles sont principalement, mais pas exclusivement, mobilisées : même lorsqu'on parle du travail parental ou de la prise en charge par la communauté de voisinage, les recherches

(dont celles citées précédemment) attestent qu'il s'agit essentiellement d'une production des femmes.

Ces constats généraux rappelés à grands traits, les questions de la description, du contenu et de l'analyse de ce travail sanitaire profane restent entières. Les enquêtes par budget-temps laissent filer ce travail dans leurs mailles et ne rendent pas facilement compte des cumuls, de la charge mentale qu'il implique ou de la gestion des urgences, etc. (Vandelac *et al.* 1985). Les tentatives d'évaluation monétaire sont écartelées entre la gratuité (une des caractéristiques du travail domestique) et sa valeur inestimable puisqu'il y a production de biens eux-mêmes inestimables (Goldschmitt-Clermont 1986); et ne dit-on pas que la santé n'a pas de prix? L'évaluation par les résultats s'avère difficile, tout particulièrement en matière de soins : le monde médical n'accepte pas volontiers ce type d'évaluation de sa propre activité (Cochrane 1977). Une bonne partie des difficultés de son analyse tiennent aux caractéristiques mêmes du travail domestique, qui ne peut se comprendre en faisant abstraction de «la nature même du contrat qui lie la travailleuse – l'épouse – au ménage, à son chef» (Delphy 1978 : 50) ou plus généralement en dehors de la disponibilité demandée aux femmes dans la famille ou la communauté. À cela s'ajoutent les difficultés propres à l'analyse du travail sanitaire profane : le corps médical tend à ne reconnaître comme véritables acteurs de soins que les professionnel-le-s, les patient-e-s et leurs proches étant caractérisés par la passivité, l'incompétence et la dépendance (et certaines analyses sociologiques reprennent ces postulats à leur compte: Parsons 1955). Ce n'est que récemment que l'idée d'un-e patient-e acti-f-ve s'est imposée en sociologie (Strauss *et al.* 1982) mais sans s'être vraiment étendue à l'entourage même des patientes.

L'objectif de la recherche, menée entre 1987 et 1991 auprès d'une quarantaine de familles biparentales du Nord de la France, était de tenter une description et une première analyse du travail sanitaire profane effectué par les mères de famille auprès de leurs enfants (l'étude n'aborde pas systématiquement les soins dispensés au conjoint ou à d'autres personnes, ni l'autosoin). Les familles ont été choisies à partir de critères non médicaux de sorte qu'en principe aucune pathologie importante n'y soit présente, par le biais des enfants scolarisés de niveau primaire (entre six et onze ans). Elles comptent toutes au moins un enfant du primaire, et sont toutes domiciliées en milieu urbain. Pour le reste, j'ai veillé à varier le niveau socioprofessionnel ou d'études des conjoints, et j'ai interrogé autant de femmes au foyer que de femmes professionnellement actives (mais j'ai cherché davantage à cerner la diversité des situations que leur éventuelle différenciation par catégorie sociale). Le dispositif d'enquête était conçu ainsi : à trois reprises, à six semaines d'intervalle à chaque fois, je me suis rendue au domicile des mères de famille pour un entretien d'une heure à une heure et demie pendant lequel, à partir des événements familiaux signalés par la maman, j'essayais de reconstituer avec elle l'ensemble des activités sanitaires profanes effectuées pendant ce trimestre d'observation. Entre deux entretiens, les mères de famille étaient invitées à noter les données pertinentes, ce qui s'est avéré à la fois difficile pour elles, et intéressant pour la collecte d'informations. Les entretiens ont tous été enregistrés et transcrits; à partir de ce matériel, un premier rapport de recherche a été produit (Cresson 1991)¹, l'ensemble du travail se poursuivant actuellement.

L'exposé qui suit ne vise pas à donner une vue d'ensemble des résultats mais à partager quelques-unes de mes réflexions et de mes difficultés à analyser les propos «en creux» des mères lorsqu'elles sont amenées, dans le dispositif d'enquête, à parler de ce que j'appelle leur «travail sanitaire profane» alors même que cette catégorie de l'analyse sociologique ne leur convient pas vraiment. En analysant leurs propos «négatifs» ou «restrictifs», en essayant de comprendre ce qui pouvait être révélé sous couvert de négation ou de restriction, ou saisi à partir de celles-ci, j'ai isolé deux types principaux de discours qui se subdivisent en neuf catégories non exclusives.

«On ne peut pas dire : c'est un travail»

Dans ce premier type de discours, les femmes interviewées se démarquent le plus nettement du postulat de cette recherche, à savoir l'existence du travail sanitaire profane. Cela peut prendre trois formes principales :

«Je n'ai rien fait»

Au niveau le plus simple, le plus élémentaire, la négation se veut un constat d'inexistence du travail sanitaire profane. Dans plusieurs entretiens, les mères se trouvent «désolées» de n'avoir rien à me dire qui leur semble pertinent, lorsque je les interroge² sur ce qu'elles font pour la santé de leurs proches. «Que voulez-vous que je vous dise, je n'ai rien fait!», ou encore : «Je ne vois pas du tout à quoi vous faites allusion, quand ça va bien, ça va bien!», sont des types de réponses caractéristiques de cette première catégorie. La suite des entretiens m'a persuadée que ce travail est plus invisible qu'inexistant. Et cette invisibilité-là n'est qu'un cas particulier de l'invisibilité sociale du travail domestique dans son ensemble, que les acteurs et actrices concernés contribuent à reproduire ou acceptent.

«Ce que j'ai fait ne compte pas»

Ici la question essentielle est celle du registre *légitime* de l'activité. Il y a à la fois affirmation et négation de l'activité : sa réalité est attestée en même temps que sa valeur est niée. Ainsi, ces propos d'une mère dont deux enfants ont eu de la fièvre :

Je les ai soignés moi-même [...] et ça s'est passé tout seul.

Madame Auvergne³

Elle affirme son activité (je les ai soignés) tout en la niant (ça s'est passé tout seul). Par la suite, il apparaît qu'elle leur a donné du sirop, des suppositoires, mais qu'elle n'a pas eu besoin d'aller chez le médecin. Tout se passe comme si l'absence de *label médical* empêchait cet épisode – et ce qui le concerne – de s'inscrire dans la catégorie sanitaire; pour une «vraie» maladie, nommée par le médecin, une activité thérapeutique serait reconnue, la labellisation passant ainsi de l'état aux activités qui lui sont liées.

Une autre source de négation d'un travail accompli, c'est le sentiment qu'il ne pèse pas lourd, qu'il ne vaut pas la peine qu'on en parle. L'aîné des enfants Delage, âgé de huit

ans, mouille son lit la nuit assez régulièrement. Interrogée sur le travail que cela lui imposait et sur ses réactions, la mère précise :

Oh non, non je ne me fâche pas, non ça fait quoi... ça fait les draps à mettre dans la machine et puis remettre les draps tous les jours, ça prend cinq minutes.

Madame Delage

Elle explique que ce surcroît de travail ne compte pas; qui pourrait avoir l'outrecuidance de comptabiliser ces cinq pauvres minutes? Mais ce qui la tracasse, c'est que l'enfant ne puisse pas aller en colonie ou dormir chez ses copains. Trois mois plus tard les choses ont changé, l'enfant mouille toujours son lit mais la mère se lasse :

Bon j'essaie quand même de lui dire que j'en ai marre de laver ses draps. C'est vrai! Alors il me répond qu'il y a la machine, bien sûr [Elle rit].

Madame Delage

La mère a changé de discours sur ce «presque rien» qui finit par lasser. Et le fils reprend à son compte son ancienne façon de parler, qui minimisait le surcroît de travail occasionné par son énurésie. Beaucoup de mères tentent, au fil des entretiens, de minimiser le surcroît de travail ménager occasionné par les petits problèmes de santé. L'un des enfants de madame Dupont a vomi sur sa couette et la mère commente : «De toute façon je devais la laver depuis quelques jours...».

En somme, on refuse de comptabiliser comme travail spécifique, ici sanitaire, ce qui appartient à l'ensemble plus vaste du travail ménager (qui lui-même n'est pas comptabilisé, mais c'est une autre histoire...). Dans un autre ordre d'idées, on dira que les enfants «n'ont rien» s'ils ne sont pas malades; que le dentiste «n'a rien trouvé» lors d'un examen : personne ne veut dire par là que les enfants n'ont pas de dents, ce sont seulement les caries qui sont renvoyées au «néant»! Formule du langage courant qui concourt à modeler une certaine vision des choses.

Pour une mère, «faire» n'est pas «travailler»

Ici on affirme qu'il s'est passé quelque chose mais on refuse explicitement d'en parler en termes de travail. Au contraire, ce qui s'est passé est de l'ordre de l'être, du sentiment, de la gratuité, du relationnel, ce qui exclut d'en parler en termes de travail, d'activité. Plusieurs des caractéristiques présumées du travail sont absentes, ou même peuvent être contredites :

- il n'y a *pas de contrainte*, pensent beaucoup de femmes; ce que je fais librement fait partie de la vie, ce n'est pas un travail (ce qui supposerait obligation, contrainte, etc.);
- *le résultat ou la satisfaction sont immédiats*, ce qui empêche de compter cela comme un véritable travail. Ainsi cette mère m'explique qu'éplucher des épinards pendant une heure, ce n'est pas un travail :

Ça fait rien, pour moi ce n'est pas un travail parce que je sais que ça va être bon pour leur santé, bon je vais leur presser des jus d'orange, c'est pas un travail pour moi. Je fais ça parce que... je suis mère poule et puis que je veux qu'ils soient bien.[...].

Madame Roger

D'autres insistent : le contentement qu'on éprouve à constater que les enfants vont bien empêche de comptabiliser ce que l'on fait pour eux, puisqu'on en profite soi-même!

- *L'identification aux enfants* comme autres soi-même empêche de compter comme travail ce qui est fait pour eux. Madame Delage passe une demi-heure chaque soir à traiter les problèmes de peau de son fils, mais elle considère que ce n'est pas un travail et s'en explique ainsi :

Je les mets au lit tous les deux et pendant qu'il fait sa lecture, je lui mets sa pommade. De toute façon, je suis assise. D'habitude je m'assieds au bord de son lit et puis il me raconte ce qu'il a fait. Bon là je lui mets sa pommade en même temps, c'est tout.

Q — En parlant?

R — Oui! Non ce n'est pas un travail. C'est comme si je mettais de la pommade pour moi.

Madame Delage

Dès lors, elle ne compte pas cela comme un travail, puisqu'il est implicitement admis qu'on ne travaille pas pour soi-même!

- *L'impossibilité de mesurer* ce qui est fait est un autre argument :

C'est pas un travail [...] c'est pas une activité, non, non! Ça fait partie des choses de tout le temps. On ne peut pas... bon un travail, on peut compter, on travaille de telle heure à telle heure, on fait... Là ça n'a pas de mesure...

Madame Mercier

L'une des caractéristiques du travail sanitaire profane, c'est qu'il demande une grande disponibilité de la part des mères : il ne peut se faire à heure fixe, ne peut se planifier, s'organiser totalement. Une de ses caractéristiques devient ainsi, aux yeux des mères elles-mêmes, une raison de le nier en tant que travail, ce qui constitue un paradoxe intéressant;

- enfin la mise en avant des *aspects relationnels* ou affectifs des soins s'oppose pour beaucoup de mères à ce qu'on en parle en termes de travail. La fille de madame Béghin a eu récemment la jambe plâtrée; pendant quelques jours, il fallait être sans arrêt à ses côtés, l'accompagner aux toilettes, la seconder dans tous les actes de la vie quotidienne. Mais la maman parle spontanément des fous rires entre mère et fille, et passe sous silence le travail supplémentaire induit.

Tous ces arguments avancés par les mères renvoient à l'analyse d'un même travail effectué sur deux registres différents : professionnel et profane. La plupart des exemples de tâches cités dans cette troisième catégorie trouveraient facilement leur

équivalent professionnel chez les infirmières ou aides-soignantes. Et c'est bien le *statut* de la personne qui accomplit ces tâches, la nature de ses relations avec la personne soignée qui fait la différence, le partage entre travail et non-travail. À la limite, une femme peut accomplir les mêmes activités, les mêmes gestes sur les registres maternel et professionnel et ne pas les qualifier de la même façon. L'une de ces mères, assistante maternelle, refuse d'employer les mêmes mots pour parler des soins qu'elle donne au bébé qui lui est confié (alors c'est un travail) et des soins qu'elle donne à ses enfants («C'est mon truc de mère»)...

Les limites de l'activité la disqualifient ou la révèlent

Lorsqu'elles reconnaissent avoir effectué des activités sanitaires, les femmes interrogées ne sont pas pour autant portées à accorder beaucoup de valeur à ces activités domestiques. Elles développent au contraire plusieurs façons de parler de ces activités qui en limitent la portée ou la valeur, ou bien encore qui accordent plus d'importance à ce qui n'a pas été fait qu'à ce qui est accompli, réussi.

Avoir échoué

Le dénominateur commun de cette quatrième catégorie, c'est qu'il y a, du point de vue de la personne qui parle, un sentiment d'échec. On n'a pas su faire, pas bien fait ou pas assez... Il y a eu décision d'agir, début de mise en application, persévérance le plus souvent, mais on n'a pas atteint le résultat escompté.

L'exemple le plus élémentaire, c'est celui de madame Auvergne, dont le fils a perdu, une fois de plus, une paire de lunettes en jouant dehors. «On a remué ciel et terre pour la retrouver» mais sans succès. En général, ce genre d'épisodes ne sont pas cités pour mettre en relief les activités maternelles, mais pour souligner à quel point l'enfant est maladroit, ou quel gouffre financier représente l'achat des lunettes... Ce n'est qu'incidemment que l'activité maternelle est évoquée, parce qu'elle a échoué.

Les questions que j'ai pu poser sur les vaccins, sur les contrôles gynécologiques ou dentaires systématiques, sur la prise des médicaments habituels, ont attiré des réponses telles que : «vous faites bien de m'en parler, malgré mes précautions ou mes habitudes, j'étais en train de l'oublier...». Et l'interviewée d'évoquer alors tous les trucs et les petites stratégies déployés habituellement pour ne pas oublier, stratégies plus facilement mentionnées lorsqu'elles *échouent* que lorsqu'elles ont été intégrées en silence dans les routines efficaces.

Enfin, il peut y avoir eu échec du fait d'une tierce personne, ou d'une mauvaise interaction entre médecin et enfant par exemple. Ainsi, les mères vont chez le médecin «pour rien» si celui-ci n'arrive pas à ausculter un enfant qui ne se laisse pas faire; elles ont peut-être d'autant plus l'impression d'un échec que ces visites «pour rien» ne sont pas gratuites pour autant.

L'échec est donc l'un des *révélateurs* possibles d'une activité qui passerait facilement sous silence en cas de réussite. À l'extrême, la maman d'un prématuré confie : «J'avais l'impression d'avoir mal fait mon travail» (Madame Clairière), mais en dehors de

ces situations d'échec ressenti, on ne parle guère de la mise au monde comme d'un travail; la bonne santé des enfants est une «chance» et quand on en parle en termes de réussite, c'est bien cet aspect «chance» que l'on met en avant.

Etre empêchée de faire

Dans certaines circonstances plus ou moins indépendantes de la volonté de la femme interviewée, celle-ci est empêchée de faire ce qu'elle projetait; les imprévus obligent à renoncer à certaines activités mais d'autres sont présentées comme impossibles à réaliser dans des circonstances qui se répètent régulièrement, voire quotidiennement. Détaillons ces différents points.

Le contre-temps, l'imprévu, obligent à faire face, à parer au plus urgent. (C'est toute la question du *coping* développée par H. Graham) C'est le cas lorsqu'un enfant est souffrant :

Quand la petite est malade, je ne fais rien, je suis avec elle. Alors que la grande, eh bien elle lit, elle joue dans sa chambre [...] à la limite elle n'a pas besoin de moi si ce n'est d'une présence. Mais je peux continuer à travailler, à faire plein de choses et tout...

Madame Borvin

Ce constat négatif («Je ne fais rien») est parfois nuancé en constat restrictif : «C'est vrai que dans ces moments-là, je ne fais rien d'autre», dit madame Anatole en évoquant une semaine où ses trois enfants étaient «patraques». Elle ne fait rien d'autre que de s'occuper d'eux.

Parfois prendre le temps de ne rien faire d'autre que de s'occuper des enfants, c'est une forme d'organisation, ou une décision non imposée par les circonstances. Ainsi madame Deléglise a décidé, pour le bien-être des enfants, d'aller se promener avec eux un matin, elle commente :

J'ai perdu toute la matinée mais je suis contente.

Madame Deléglise

Et c'est un leitmotiv chez les mères au foyer, surtout si leurs enfants sont très jeunes :

Quand ils rentrent le soir, je ne fais rien. Je m'occupe d'eux, c'est tout.

Madame Delage

La difficulté à être disponible aux enfants en effectuant les tâches ménagères est souvent évoquée et, selon les moments, l'un ou l'autre aspect de l'alternative sera négligé ou aura la priorité.

On évoque plus rarement les conflits de priorité qui peuvent jaillir :

- entre plusieurs enfants. Ainsi madame Macé, mère de quatre enfants, regrette de n'avoir pas plus de temps à consacrer au fils qu'elle confie à un orthophoniste (voir sixième catégorie, ci-après) :

qu'il faudrait qu'on soit plus avec lui pour lire [...] c'est vrai que si j'étais tout à fait disponible rien qu'à Baptiste, on aurait pu s'en passer.

Madame Macé

— ou entre le mari et un (ou les) enfant(s) :

Comme je n'ai pas beaucoup, pas suffisamment le temps de m'en occuper, j'ai l'impression qu'il y a un manque. Mais ça c'est plus par rapport à moi. Et puis il y a une chose aussi c'est que [mon mari] n'a pas du tout la même idée de la place de l'enfant dans le foyer.

Madame Dixon

Cette dame a fini par donner gain de cause à son mari, ils prennent le dîner en tête-à-tête à 20 h 30, leur fils étant couché, alors qu'elle aurait préféré un repas en famille.

Toutes les activités évoquées dans cette cinquième catégorie ne sont pas forcément de l'ordre du sanitaire profane; le travail de soin peut empêcher de faire autre chose et, vice versa, il peut être remis à plus tard à cause d'une activité d'un autre type. La mère établit des priorités en tenant compte des urgences, et sa marge d'autonomie est parfois bien mince.

Ne pas faire soi-même

La mère de famille n'est évidemment pas la seule productrice de soins; il n'y a aucune tâche pour laquelle elle ne puisse pas, au besoin, être remplacée par d'autres. Lorsqu'elles évoquent les activités qu'elles auraient pu faire elles-mêmes et que d'autres ont faites à leur place, les mères le font sur trois registres différents : la délégation, l'éducation, l'éviction. Voyons-les successivement.

La délégation. À l'intérieur de la famille, la mère peut déléguer une partie du travail sanitaire, notamment à son conjoint à qui elle demandera par exemple d'accompagner l'enfant pour une prise de sang («Je n'aime pas le voir piquer») quand elle craint des réactions émotives, disproportionnées, de l'enfant : avec son père il fera moins de cinéma. La délégation au conjoint peut être totale (à la limite, il n'y aurait plus délégation mais partage); le plus souvent elle sera partielle : la mère continue à superviser, organiser; elle garde la responsabilité de la bonne exécution de la tâche.

L'éducation. Au fur et à mesure que l'enfant grandit et prend son autonomie, il se charge progressivement de ses propres soins, et c'est toute la question de l'éducation à la santé, de la délégation partielle aux intéressé-e-s. Ce qu'il importe de remarquer ici, c'est que les femmes insistent davantage sur le *résultat* (la participation des enfants) que sur le *processus* (le travail éducatif qui, à la limite, est nié en tant que tel). On dira : «je n'ai pas du tout à m'occuper du traitement – de l'appareil orthodontique par exemple – de mon enfant car il s'en occupe seul». Et l'on ajoute paradoxalement : «d'ailleurs je vois bien s'il l'a mis, s'il l'a fait, j'entends bien s'il se lave les dents et, s'il l'oublie, je le lui rappelle». Tous ces aspects de supervision, de contrôle *a posteriori*, de vigilance pour pallier les oublis, et d'apprentissage de l'autonomie ne sont pas, le plus souvent, présentés comme une activité mais comme une diminution d'activité, un abandon progressif de certains éléments de la tâche.

L'éviction. Toute une série d'activités sanitaires sont déléguées à l'extérieur de la famille, aux professionnel-le-s. Mais dans certaines circonstances, les mères ont le sentiment d'être évincées et ne l'acceptent pas volontiers. Ainsi madame Vendeville trouve-t-elle dans son éviction une raison de douter des qualités des prestations offertes aux enfants par la médecine scolaire :

C'est pas que j'ai pas confiance, c'est que moi je n'y assiste pas donc moi si j'ai envie de poser une question, je ne peux pas la poser. L'année dernière Loïc a passé un dépistage des dents, on lui a trouvé une carie, la semaine suivante je prenais un rendez-vous chez le dentiste qui n'en a pas vu! [...] Disons que... je pourrais faire confiance si je voyais qui était le médecin et si je pouvais lui poser moi les quelques questions complémentaires et voir comment ça se passait. Bon là je n'y suis pas... je n'en sais rien moi comment ça se passe une visite de dépistage scolaire.

Madame Vendeville

Ayant été évincée de cette rencontre entre un professionnel des soins et son enfant, madame Vendeville décrit sommairement ce travail de supervision, qui n'est pas évoqué, qui va de soi, le plus souvent. Voir qui est le médecin, voir comment ça se passe, c'est surtout faire une évaluation – même rapide – des prestations reçues.

Les dentistes, orthodontistes et les paramédicaux (orthophonistes, etc.) sont souvent cités parmi ceux qui évincent les mères malgré elles. Madame Jeanlin désapprouve cette façon de faire de l'orthophoniste, qui empêche les parents de savoir comment évolue le traitement et qui porte en germe son échec. Madame Roger s'agace de la phrase rituelle de l'orthodontiste («Mais allez donc faire vos courses...»). Madame Bart est lasse de devoir imposer sa présence au dentiste lors des soins des enfants : quand elle ne l'a pas fait, il a fallu une consultation supplémentaire pour réexpliquer ce que l'enfant n'avait pas compris...

Tous ces incidents ont pour fonction de signaler que les mères prennent très au sérieux leur participation aux soins de leurs enfants. Dans ce sens, être tenues à l'écart, c'est un peu être bafouées dans leurs rôles, et c'est aussi risquer de perdre du temps alors même que le(la) professionnel-le imagine vous en faire gagner !

Attendre les bonnes conditions

Dans cette septième catégorie, on regroupe toutes les situations où l'action à entreprendre est acceptée dans son principe, mais à certaines conditions qui ne sont pas *actuellement* remplies. Ce n'est pas le bon moment d'intervenir, mais on observe l'évolution de la situation pour le faire au moment opportun.

Dans de nombreuses situations, intervenir trop tôt est jugé inutile, inefficace alors que le principe même de l'intervention est bien accepté. Telle mère n'intervient pas au début d'un rhume parce qu'il peut passer tout seul; il ressort de ses propos que l'observation des complications du rhume, rarement désignée comme activité, est un corollaire de cette position attentiste : elle n'interviendra que sur complication. À l'inverse, il y a toutes les situations où il ne faut pas laisser traîner; à l'articulation des deux positions, on peut mettre

en relief tout un travail d'observation, d'analyse fine de la situation, de diagnostic qui est difficile à saisir positivement lorsqu'il débouche sur une décision d'action.

Un traitement peut être accepté mais cependant ajourné pour des raisons qui ne tiennent pas tant au diagnostic ou à l'événement de santé considéré qu'à des questions de temps disponible ou de coût des soins professionnels. Ainsi madame Ducimetière me dit que son traitement dentaire est terminé puis précise à ma demande :

J'ai juste à mettre un appareil là mais comme il faut payer... c'est toujours pareil [...] il faut remplacer quatre dents. Et j'ai même des couronnes à mettre aussi. Je ne peux pas payer, c'est pas possible.

Madame Ducimetière

Dans la plupart des cas, on attend que les conditions économiques s'améliorent, mais pour madame Ducimetière, dont la situation économique précaire ne semble pas devoir s'améliorer, les «bonnes conditions» risquent fort de ne jamais être remplies. On se distingue du refus (huitième catégorie) parce que la patiente aimerait bien pouvoir accepter le traitement, qu'elle n'a pas refusé, mais simplement remis à plus tard.

Enfin, dans cette catégorie, on peut observer toutes sortes de ruptures entre deux niveaux de consommation : achat et absorption. Par exemple, on achète l'antibiotique prescrit par le médecin mais on ne le donne qu'à certaines conditions : si la fièvre augmente ou si de nouveaux symptômes apparaissent, etc. Ce peut être le médecin qui a conseillé d'agir ainsi, mais ce n'est pas forcément le cas. D'un point de vue économique, il y a eu consommation (le produit est acheté) mais pas du point de vue médical (la bouteille n'est pas ouverte) : la décision est fragmentée.

Refuser, décider de ne pas faire

Cette catégorie vise toutes les conduites d'évitement, de refus, de cessation d'activités ou de traitements. Un premier niveau concerne les conduites jugées dangereuses ou mauvaises pour le bien-être ou la santé des proches. Ne pas les pratiquer est plus ou moins méritoire, aux yeux des femmes, et c'est déjà «quelque chose» qui n'est pas facilement acquis. Ainsi les mères relèvent ces aspects : on ne donne pas d'alcool, ou pas trop de sucreries à nos enfants, voire on ne les brutalise pas. Certaines soulignent que même s'abstenir d'une action n'est pas forcément synonyme d'inactivité. (L'exemple du sevrage du tabac est tout à fait pertinent ici, et plusieurs mères soulignent ce qu'il leur en a coûté...). Dans quelques cas, la conduite d'évitement peut concerner une activité jugée plutôt bonne en soi, ou habituellement bonne, mais qui s'avère passagèrement inutile ou néfaste en fonction des exigences changeantes de la santé ou de la forme des enfants. On pensera ici à toutes les interruptions d'activités liées à une détérioration de l'état de santé ou à un problème très ponctuel. Ainsi les mères empêchent les enfants d'aller à la piscine si cela leur semble inconciliable avec le traitement antiverrues qu'elles ont décidé de privilégier. Elles les retiennent parfois d'aller à l'école parce qu'ils sont «patraques» ou qu'il y a une épidémie de grippe, de poux ou autre... À la différence de la cinquième catégorie (être empêchée de faire), il y a ici un arbitrage, une marge de manœuvre de la femme qui décide

de la solution la meilleure sans y être contrainte par les faits, de son point de vue tout au moins.

Dans plusieurs cas, des *traitements médicaux* proposés par les professionnel-le-s consulté-e-s ont été refusés par les interviewées. Cette fois encore, ces refus sont l'occasion d'une description assez détaillée — on ressent la nécessité de se justifier — de décisions qui, si elles avaient été positives, auraient semblé aller de soi sans nécessiter de véritables réflexions ou efforts. Ainsi madame Jeanlin m'explique longuement pourquoi elle a décidé — en accord avec son mari — de ne pas appareiller sa fille malentendante. Elle revient en détail sur les consultations spécialisées auxquelles elle s'est rendue avec cette enfant, et sur les conseils contradictoires reçus. Il est clair que cette décision de refuser l'appareillage est l'aboutissement d'un processus exigeant en temps, démarches, recherches et confrontations d'informations diverses.

Rapprochons de ces refus tous les cas où la mère choisit entre plusieurs traitements proposés en consultant deux médecins (ou davantage), se réservant le droit de choisir la thérapeutique qui lui semble convenir, et donc de refuser toutes les autres. Évoquons toutes les situations où l'on refuse de continuer un traitement bien suivi dans un premier temps : on est alors dans un cas proche de la septième catégorie, à savoir attendre, remettre, dans la mesure où un changement dans les conditions du traitement explique ce refus (par exemple, madame Ducimetière arrête la pilule parce qu'elle lui attribue une crise de foie; monsieur et madame Bart font cesser le traitement orthodontique de leur aînée parce qu'ils ne veulent pas que le dentiste lui arrache quatre dents saines «pour quelques millimètres», etc.).

Il n'y a pas de solution disponible

Il s'agit cette fois d'un double constat : il y a un problème réel, mais il n'y a rien à faire dans ce cas précis; c'est pourquoi je ne fais rien. Dans l'exemple de la famille Delage, déjà rencontré, il n'y a rien à faire pour le problème de l'énurésie :

D'après le pédiatre [...] c'est pas une maladie [...] moi je ne peux rien faire. [...] Enfin d'après le pédiatre, il ne faut pas le gronder, il ne faut rien faire, ça va se passer [...]. Le pédiatre m'a dit que, lui, il avait fait jusqu'à quatorze ans, donc... [elle rit] ça va...

Madame Delage

Le pédiatre est ici «la» référence, sans doute moins à titre scientifique qu'à titre personnel; son expérience personnelle entraîne l'adhésion de cette maman!

Le discours médical peut être la référence principale, mais celle-ci peut être constituée par l'opinion de l'entourage, de la famille, ou par les lectures ou conseils divers reçus. C'est dire que, cette fois encore, parler en creux est abusif, cela ne rend pas compte du travail de recherche et d'analyse de l'information qui est un préalable au constat. Certes, ce travail peut être plus ou moins poussé, important ou superficiel. Madame Vigneron se contentait de constater qu'on ne pouvait pas prévoir la maladie, qu'il n'y avait «rien à faire» pour cela. Dans d'autres circonstances, l'affirmation «il n'y a rien à faire» peut être posée à l'issue d'une longue recherche ou pour une pathologie préoccupante (à

l'extrême, madame Léon ne peut que répéter : «Il n'y a plus rien à faire», quelques jours avant la mort de sa belle-sœur cancéreuse; bien sur, elle ne signifie pas que cette parente est laissée sans soin, mais que la mort est inéluctable).

Cette neuvième et dernière catégorie admet plusieurs registres, de la *déception* – qui n'exclut pas de continuer à chercher une solution qui existe peut être ailleurs – à la *revendication* fondée par exemple sur la toute-puissance de la nature qu'il faut respecter, revendication éventuellement accompagnée du refus des thérapeutiques plus agressives (voir huitième catégorie), en arguant que «le corps a en lui-même ses défenses» : le discours maternel est en quelque sorte piégé entre deux systèmes de valeurs et de références.

Pour conclure

En relevant les raisons qui empêchent les femmes de reconnaître qu'elles font un véritable travail sanitaire auprès de leurs proches, on s'aperçoit que leurs catégories spontanées d'analyse de la vie quotidienne les empêchent trop souvent de saisir et de valoriser leur activité. Tout se passe largement encore comme si l'être et le faire, l'affectif et le productif, ne pouvaient se penser que comme des catégories antagonistes alors qu'elles sont, de fait, complémentaires. Les mères pensent que ce qu'elles font n'est pas un travail parce qu'elles aiment leurs enfants, alors que c'est parce qu'elles sont mères que ces femmes soignent leurs enfants, c'est parce qu'elles les aiment qu'elles se dévouent à leur santé, etc. De même, tout se passe comme si les limites de l'activité sanitaire profane empêchaient les femmes de reconnaître pleinement celle-ci, alors même que les limites et les «ratés» permettent au contraire, à l'analyse, une exploration des aspects souvent négligés ou méconnus de l'activité sanitaire profane : la supervision, la charge mentale, l'éducation à la santé – par essais et erreurs – des enfants, etc.

Dans ce sens, une analyse de la notion même des soins profanes ne peut pas ignorer le type de relations à l'intérieur desquelles ces soins prennent place et prennent sens; la disponibilité de la mère reste une dimension capitale des soins qu'elle fournit à ses enfants, et plus généralement, la disponibilité des femmes de la famille ou de l'entourage est une dimension incontournable de l'analyse des soins profanes.

Geneviève Cresson
Laboratoire de sociologie du travail, de l'éducation et de l'emploi
France

Notes

1. Il s'agit d'un travail cofinancé par l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, France) et par le programme Production Domestique INSEE/CNRS (Institut National de la Statistique et des Études Économiques/Centre National de la Recherche Scientifique, France). Cresson Geneviève : La prise en charge de la santé dans la famille, analyse sociologique (février 1991). Rapport de recherche - Clerse - Lille I (369 pages).
2. Il n'y avait pas de question standardisée pour aborder ce thème puisqu'il s'agissait d'entretiens peu directifs. La mère était systématiquement invitée à préciser ce qu'avait impliqué chacun des épisodes évoqués, mais aussi ce qu'elle faisait pour que ses enfants soient en bonne santé, à quoi cela était dû, etc.
3. Tous les noms et prénoms des interviewées et de leurs proches cités dans ce travail sont fictifs et garantissent l'anonymat des réponses.

RÉFÉRENCES

BUNGENER, Martine

1987a *La production domestique de santé : exemple de l'hospitalisation à domicile. Approche économique.* LEGOS, Paris IX.

1987b «Logique et statut de la production familiale de santé», *Sciences sociales et santé*, 5,2 : 45-59.

CHADEAU, Ann et Annie Fouquet

1981 «Peut-on mesurer le travail domestique?» *Économie et statistiques*, 136 : 29-42.

COCHRANE, Archibald

1977 *L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine.* Paris, Galilée.

CRESSON, Geneviève

1991 *La prise en charge de la santé dans la famille, analyse sociologique.* Rapport de recherche. Clerse, Lille I : 369.

DELPHY, Christine

1978 «Travail ménager ou travail domestique?», in Andrée Michel, *Les femmes dans la société marchande.* Paris, PUF : 39-54.

FAVROT, Geneviève

1988 *L'activité de soins dans le système d'activité familial, facteurs d'insertion et de rejet.* Rapport de synthèse à la MIRE (Ministère des affaires sociales et de l'emploi).

FINCH, Janet et Dulcie Groves

1983 *A labour of love. Women, working and caring.* London, Routledge and Kegan Paul.

GOLDSCHMITT-CLERMONT, Luisella

- 1986 «Le travail non rémunéré au foyer : synthèse critique des méthodes d'évaluation économique», in *Vers la mesure des activités économiques des femmes*. Genève, Bureau International du travail.

GRAHAM, Hilary

- 1984 *Women, health and the family*. Wheatsheafs books harvester Press (G.B.).

GRUNOW-LUTTER, Vera et Dieter Grunow

- 1987 «Self help et gestion de la maladie dans la vie quotidienne familiale», *Sciences sociales et santé*, 5,2 : 5-30.

PARSONS, Talcott

- 1955 *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris, Plon.

SOFER, Catherine

- 1985 *La division du travail entre hommes et femmes*. Paris, Éditions Économica.

STRAUSS, Anselm, S., Fagerhaugh, B., Suczek et C. Wiener

- 1982 «The work of hospitalized patients», in *Soc. Sci. Med.*, 16 : 977-986.

VANDELAC, Louise, Diane Bélisle, Anne Gauthier et Yolande Pinard

- 1985 *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Montréal, Éditions Saint-Martin; Paris, Syros.