Santé et inégalités sociales : l'exemple des consultations infirmières en milieu scolaire

Autor(en): **Longchamp, Philippe / Lanza, Danièle**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte = Société Suisse d'Histoire Economique et Sociale**

Band (Jahr): **24 (2010)**

PDF erstellt am: **26.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-871854

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Philippe Longchamp, Danièle Lanza

Santé et inégalités sociales

L'exemple des consultations infirmières en milieu scolaire

Les inégalités de santé varient en raison directe des inégalités sociales et économiques.[1] Vérifiée dans toutes les études internationales, cette loi épidémiologique n'épargne pas la Suisse. Gabadinho *et al.*[2] montrent ainsi que l'état de santé de la population résidente en Suisse est directement reliée à l'origine sociale: qu'il s'agisse de la santé autodéclarée, de l'incapacité fonctionnelle de longue durée, de l'équilibre psychique, de troubles physiques importants ou d'incapacité professionnelle, la situation va toujours en s'améliorant lorsque l'on passe des classes populaires aux classes moyennes et supérieures, et ce tant pour les femmes que pour les hommes. De manière plus précise, la revue de la littérature rassemblée par Lampert,[3] ainsi que les résultats obtenus par Gubéran et Usel[4] et portant sur un large échantillon d'hommes suisses et étrangers domiciliés à Genève confirment ces résultats et montrent que la situation helvétique rejoint largement celle de nos voisins européens. Et si la question des inégalités de santé a pu être quelque peu éclipsée ces deux dernières décennies sous l'effet des coups de boutoir assénés à la question sociale en général, tout semble indiquer qu'elle opère aujourd'hui un retour au premier plan des préoccupations scientifiques autant que politiques. En témoigne le dernier rapport national sur la santé qui affirme que les déterminants sociaux sont les «facteurs qui, entre tous, ont la plus grande influence sur l'état de santé d'une population».[5]

S'il ne fait aucun doute que l'état de santé des individus peut être directement rapporté à leurs conditions de vie économiques (qui, lorsqu'elles sont faibles, peuvent se traduire par des conditions de logement exiguës peu propices à l'hygiène, par une précarité des conditions de travail source de stress, par une surexposition professionnelle à certaines substances toxiques, par une certaine rareté des dépenses médicales, etc.), il n'en reste pas moins qu'il doit aussi être rapporté à des pratiques de santé qui, bien qu'entretenant une relation étroite avec les conditions de vie, ne peuvent cependant jamais en être déduites mécaniquement. De fait, «les déterminismes sociaux n'informent jamais le corps de façon immédiate par une action qui s'exercerait directement sur l'ordre biologique mais sont relayés par l'ordre culturel

qui les retraduit et les transforme en règles, en obligations, en interdits, en répulsions ou en désirs, en goûts et en dégoûts».[6] Tout projet scientifique de mise en relation de pratiques de santé avec des conditions d'existence devrait donc s'armer d'un concept médiateur, sorte de point de réfraction propre à retraduire l'ordre économique dans les termes de l'ordre des pratiques.

C'est par le concept de rapport à la santé que nous tentons de rendre compte ici de cette forme de culture intériorisée propre à retraduire les conditions de vie d'un individu ou d'un groupe social en pratiques de santé.[7] Nous définissons le rapport à la santé comme un ensemble de dispositions[8] socialement acquises (dispositions corporelles, schèmes de perception et d'évaluation des signes morbides, dispositions temporelles, etc.) susceptibles de s'actualiser dans des pratiques de santé comprises comme l'ensemble des pratiques subjectivement investies comme participant, pour partie au moins, du recouvrement, du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé.

C'est sur la base de ces définitions que nous allons nous intéresser, dans le cadre de cette contribution, à la question suivante: quelles sont les modalités de rencontre entre ces rapports à la santé considérés sous l'angle de leur plus ou moins forte légitimité sociale? Pour tenter d'y répondre, nous avons choisi d'étudier le cas des infirmières scolaires engagées dans les écoles primaires du canton de Genève.

Le rapport à la santé des infirmières scolaires

L'activité des infirmières scolaires nous est apparue comme un analyseur particulièrement adéquat pour notre objet. On peut en effet émettre l'hypothèse que les infirmières scolaires sont porteuses d'un rapport à la santé particulier qui est non seulement le fait d'une spécificité professionnelle, mais aussi d'une certaine position occupée au sein de l'espace social – elles peuvent être assimilées aux classes moyennes à dominante culturelle. Quant aux individus qu'elles sont amenées à rencontrer quotidiennement (enfants et parents notamment), ils sont porteurs de rapports à la santé d'autant plus distants de celui des infirmières scolaires qu'ils occupent des positions éloignées au sein de l'espace social. Ainsi, et en tant que lieu d'observation, l'infirmerie scolaire peut être considérée comme un lieu vers lequel convergent des rapports à la santé qui entretiennent entre eux non seulement des rapports de différences, mais aussi des rapports d'inégalités.

Nous avons donc sélectionné trois établissements scolaires sur la base de l'origine sociale des enfants qui la fréquentent.

Avec près de 50,0% d'enfants d'ouvriers et 16,5% d'enfants de «divers et sans indications» (catégorie dont on sait qu'elle renvoie bien souvent aux situations les plus précarisées), l'établissement A, situé dans une commune périurbaine, est clairement l'un de ceux qui présentent le taux de classes populaires le plus élevé du canton. En

Tableau 1: *Origine sociale des élèves des trois établissements scolaires (en %)*

	Cadres supérieurs et dirigeants	Petits indépendants	Employés et cadres intermédiaires	Ouvriers	Divers et sans indications
Etablissement A n = 401	5,0	5,5	23,1	49,9	16,5
Etablissement B n = 383	7,8	3,1	34,2	45,2	9,7
Etablissement C n = 313	44,7	3,8	41,2	9,3	1,0
Canton n = 34 674	18,1	4,7	38,7	32,1	6,4

Ces données sont celles du Service de la recherche en éducation (SRED) au 31 décembre 2005, soit durant notre phase de récolte des données.

comparaison, l'établissement C, situé dans un quartier résidentiel, apparaît comme un cas polaire, puisqu'on y trouve une très large surreprésentation (par rapport à la moyenne cantonale) d'enfants de cadres supérieurs et dirigeants et une très nette sous-représentation d'enfants de milieux populaires. Plus proche de la moyenne cantonale (avec cependant une surreprésentation de catégories populaires) et situé dans un quartier du centre-ville, l'établissement B présente une population à la mixité sociale plus prononcée.

Pour chacun de ces établissements, nous avons mis en œuvre trois types de modalités de récolte de données: 1) Une base de données statistiques portant sur l'ensemble des 1119 enfants des trois établissements; 2) 71 observations directes de l'activité des trois infirmières scolaires exerçant dans les établissements retenus, soit un peu plus de 200 heures au total; 3) 67 entretiens semi-directifs, dont 47 avec des familles (généralement la mère) et 20 avec des infirmières scolaires exerçant dans des établissements primaires du canton.

S'agissant d'une recherche en cours, toutes les analyses n'ont pas encore été menées. Au moment où nous rédigeons cet article, seules les transcriptions d'observations ont été entièrement analysées. Les analyses des entretiens avec les infirmières ont été partiellement réalisées, alors que celles des entretiens avec les familles restent à faire.

Les visites de santé: approche idéal-typique

L'observation des visites de santé montre que l'activité des infirmières scolaires est sous-tendue par un système de valeurs implicites largement imprégné par la logique de socialisation scolaire décrite par Daniel Thin à propos des enseignants et des travailleurs sociaux.[9] En témoignent par exemple les propos de cette infirmière qui, discutant avec un enseignant à propos d'une élève ayant subi des violences familiales, semble considérer ses résultats scolaires comme le «baromètre» de son état de santé général:

«Enseignant: Elle est très volontaire pour ce qui concerne les apprentissages scolaires. Et elle va réussir.

Infirmière: Tu sais, si la scolarité suit, pour moi c'est un bon baromètre.»

(JDT 38)[10]

Mais si la logique à laquelle adhèrent les infirmières scolaires se superpose largement à celle des enseignants et travailleurs sociaux, force est pourtant de constater qu'elle comprend un versant sanitaire plus marqué propre à la constituer en un rapport à la santé spécifique. Il apparaît que son trait le plus saillant consiste en une dévaluation progressive de la dimension physiologique de la santé, dévaluation qu'il est possible de situer à la fois historiquement et socialement. On peut en effet poser que la profession a été durablement marquée par la rencontre de deux séries causales, relativement indépendantes, au sortir de la Seconde Guerre mondiale: l'écroulement du marché des maladies infectieuses à la suite de la diffusion de la vaccination et du traitement antibiotique d'une part, l'émergence d'une petite bourgeoisie nouvelle à laquelle vont être assimilées les infirmières scolaires et dont les valeurs participeront largement à la redéfinition de la profession d'autre part. Sans entrer dans le détail, mentionnons que ce processus sociohistorique a débouché sur la constitution d'un rapport à la santé dans lequel l'évaluation de l'état de santé d'un enfant repose moins sur l'examen anthropométrique (taille, poids, etc.) que sur l'observation de son hexis corporelle (sa manière de se tenir, de parler, etc.) et de sa relation avec le parent présent durant les visites de santé (généralement la mère):[11]

«Chercheur: Dans ces visites de 2e enfantine, qu'est-ce qui vous permet de dire qu'un enfant est en bonne santé?

Infirmière: Alors, moi, un enfant qui est en bonne santé, c'est déjà un enfant qui est… peut-être spontané. Disons qu'un enfant timide est en bonne santé, mais un enfant qui vient spontanément, qui est souriant, qui est à l'aise, qui parle volontiers, sans en rajouter non plus, ça j'estime qu'il peut être en bonne santé. Faut voir l'anamnèse et tout ça, mais un enfant qui est peut-être très réservé, avec un air peut-être triste, comme ça, qui colle aux jupes de sa mère, là, peut-être m'inquiéterait. Mais un enfant qui est aussi extraverti, volubile, qui me casserait la baraque, comme il y en a certains, ça je les trouve pas non plus en bonne santé *(rires)*, et là c'est souvent des

Tableau 2: *Quatre situations idéal-typiques de visites de santé*

		Position sociale de la famille Dominée	Dominante
Attitude de la famille	Adhésion	1 Questions et réponses	2 Conversation et anticipation
	Non-adhésion	3 Tactiques d'évitement et du désespoir	4 Stratégie d'affrontement

problèmes de comportement et on voit qu'ils manquent de cadre, hein, souvent.» (Entretien avec une infirmière scolaire)

Selon la perspective adoptée ici, ce rapport à la santé des infirmières scolaires, qui relève à la fois d'un ethos de classe et d'un ethos professionnel, est à considérer comme un arbitraire culturel, dans la mesure où sa structure et ses fonctions «ne peuvent être déduites d'aucun principe universel, physique, biologique ou spirituel, n'étant unies par aucune espèce de relation interne à la ‹nature des choses› ou à une ‹nature humaine›».[12] Le caractère arbitraire de cette logique n'apparaît évidemment jamais aussi clairement que dans sa confrontation avec d'autres types de rapports à la santé, comme c'est le cas au cours des visites de 2e enfantine avec présence parentale. Nos observations nous autorisent à distinguer quatre situations idéal-typiques, obtenues par le croisement entre la position sociale de la famille d'une part, l'attitude de la famille à l'égard de la démarche de l'infirmière d'autre part.

La situation 1, qui est la plus fréquemment observée dans l'établissement A, renvoie à l'adhésion des familles qui occupent une position sociale dominée. L'adhésion de ces familles à la démarche de l'infirmière se déduit avant tout de leur présence à la visite de santé ainsi que d'une certaine docilité. Dans cette configuration, la visite se déroule conformément aux items contenus dans le carnet de santé de l'enfant et auxquels l'infirmière se réfère pour poser ses questions: nom du médecin traitant, langue parlée à la maison, grossesse et naissance, antécédents médicaux, alimentation, sommeil, activités extrascolaires, adaptation scolaire, situation familiale, poids, taille, etc. L'infirmière mène clairement l'interaction en démarrant les questions, auxquelles les parents répondent de manière parfois très brève:

«Infirmière: Vous vous souvenez de son poids à la naissance?
Père: Non, j'étais pas là, elle était avec sa maman.
I: Elle a eu des maladies petite?
P: Comment par exemple?
I: Elle a eu la varicelle?

P: Non.
I: Elle a été opérée?
P: Non.
I: Elle prend des médicaments?
P: Non.» (JDT 39, fille avec son père. Père sans activité professionnelle, mère sans activité professionnelle)

Tout se passe alors comme si l'infirmerie apparaissait, du point de vue des familles, comme un marché symbolique hétéronome[13] puisque complètement soumis aux normes dominantes. Reconnaissance sans connaissance, l'effet de légitimité joue ici à plein et se laisse entrevoir au travers de multiples indices, et notamment par une certaine docilité (une maman: «J'espère que j'ai bien répondu», JDT 64) qui n'échappe pas à l'infirmière:

«Infirmière (s'adressant au chercheur après une visite): Tu vois, ça c'est des visites que je trouve constructives. […] Tu peux faire passer juste un ou deux messages, style aller se coucher plus tôt.» (JDT 41, à propos de la visite d'une famille avec père serveur de restaurant, mère employée de poste sans activité professionnelle)

Dire d'une famille qu'elle «adhère» à la démarche de l'infirmière ne signifie aucunement que toutes ses pratiques soient conformes à ses attentes. Mais, même en cas de comportement déviant, et pour autant que la famille affiche une certaine docilité, la situation se maintient dans la première configuration de notre modèle idéal-typique. Ce constat s'applique notamment à tous les cas de «maltraitance»[14] où l'infirmière parvient à obtenir l'accord des parents pour un signalement au Service de la protection des mineurs (SPMi):

«Infirmière: […] là très vite, la maman a pleuré, et puis a dit que c'était insupportable, qu'elle donnait des coups de ceinture, qu'elle n'arrivait pas à faire autrement, etc.
Chercheur: Le papa donnait en l'occu…
I: Non la maman.
C: Ah, c'est elle.
I: Le papa était resté en Amérique latine. […] Et, à ce moment-là, moi j'essaie d'amener la maman à être d'accord qu'on aille ensemble à la Protection des mineurs.
C: Après, vous avez signalé avec l'accord de la maman, en fait?
I: Voilà, exactement. Et puis bon, ça a été très vite, ça a été dans la même semaine, et puis la maman était d'accord, donc j'ai pris rendez-vous au SPMi et j'ai été chercher la maman, parce qu'elle savait pas où c'était et puis on a été ensemble à un premier rendez-vous.
C: D'accord.
I: Je trouve que quand on peut aller comme ça avec la maman à un premier rendez-vous, on passe le relais et en général ça…
C: Ça se passe mieux.
I: Ça se passe bien, ça se passe mieux.» (Entretien avec une infirmière scolaire)

On relèvera que ces stratégies visant à obtenir l'adhésion des familles de classes populaires afin d'augmenter les chances de succès de l'intervention participent précisément de ces «méthodes douces» qui ont favorisé l'émergence et l'installation de la petite bourgeoisie nouvelle, dont l'apparition ne peut être comprise que par référence «aux transformations du mode de domination qui, substituant la séduction à la répression, les relations publiques à la force publique, la publicité à l'autorité, la manière douce à la manière forte, attend l'intégration symbolique des classes dominées de l'imposition des besoins plus que de l'inculcation des normes».[15]

La situation 2, qui est la plus fréquemment observée dans l'établissement C, renvoie à l'adhésion des familles de classes moyennes et supérieures. A la différence de la situation 1, dans laquelle les parents semblent découvrir les intérêts de l'infirmière au fur et à mesure qu'elle leur pose des questions, tout se passe ici comme s'ils anticipaient ses attentes qui se trouvent en affinité élective avec leur propre rapport à la santé. Plutôt que de prendre la forme d'un interrogatoire mené par l'infirmière et dont l'ordre des questions correspond à celui figurant dans le carnet de santé, l'interaction prend plutôt la forme d'une conversation au cours de laquelle les domaines d'intérêt de l'infirmière se présentent dans le désordre et comme naturellement. Les rouages de la visite de santé ne semblent alors jamais être aussi bien huilés que lorsque se présentent des parents issus des régions intermédiaires de l'espace social, dont on sait par ailleurs qu'ils sont les plus disposés au récit de soi.[16] Alors que la situation 1 fait apparaître les questions de santé des enfants comme une affaire qui doit être discutée entre adultes avant tout (il n'est d'ailleurs pas rare que les parents s'y présentent sans leur enfant), la situation 2 révèle au contraire une propension des parents à positionner leur enfant en interlocuteur de l'infirmière. Cette délégation s'observe dans la configuration même de l'interaction, les parents n'hésitant pas à laisser leur enfant répondre aux questions, n'intervenant que pour rectifier, à la demande de l'infirmière, certaines informations imprécises:

«Infirmière: Alors, comment tu vas?

Fille: Ben, je tousse un peu […]. Hier j'avais mal à la tête, et j'ai vomi.

I: Ah, t'as attrapé une petite grippe? Et ta maman, elle a pris la température?

F: Oui.

La mère a les jambes et les bras croisés et écoute, sans intervenir. L'infirmière montre la pyramide alimentaire à la fille. Debout, penchée sur la pyramide, cette dernière commente ce qu'elle mange. La mère continue à observer la scène, jusqu'à ce que l'infirmière s'adresse à elle:

I *(à la mère)*: Ça va, elle mange bien?

Mère: Oui, bon elle oublie de dire qu'il y a de la salade tous les jours. Et avec les spaghettis, il y a des légumes tous les jours.» (JDT 49, fille avec sa mère. Mère enseignante, père journaliste)

Corrélative d'une perception de l'enfant comme être dont il faut favoriser l'autonomie, cette attitude parentale se trouve en parfaite affinité avec les attentes des infirmières, comme en témoigne le fait que ces dernières valorisent systématiquement ces situations dans les entretiens, stigmatisant par ailleurs l'attitude des parents qui répondent à la place de l'enfant.

On retrouve dans la situation 2 cette caractéristique typique des classes moyennes et supérieures qui consiste à conférer une vocation éducative à la plupart des activités entreprises avec l'enfant.[17] Le caractère «pédagogique» de la visite de santé ne s'affirme probablement jamais autant que lorsque les parents en viennent à adopter la posture de l'infirmière en stimulant eux-mêmes l'enfant, dévoilant par là même que la finalité des questions qui lui sont adressées est moins la récolte d'informations que la contribution à son éducation:

«Infirmière: Et tu bois du lait?
Fille: Oui, beaucoup.
I: Ah, et tu sais pourquoi c'est bon le lait?
F: Pour les vitamines, pour pas tomber malade.
Mère: Oui, mais qu'est-ce qu'il y a dans le lait, qui est bon pour les os?
F: Du calcium.» (JDT 49, fille avec sa mère. Mère biologiste employée, père médecin indépendant)

D'une manière générale, lorsque l'on passe de la situation 1 à la situation 2, on assiste à une augmentation du volume général d'informations délivrées par l'infirmière, notamment en ce qui concerne les objectifs poursuivis par les visites de santé, le type d'événements consignés dans le carnet de santé, etc. Déjà observée dans le cadre de la pratique médicale,[18] cette relation entre l'origine sociale des individus et le volume d'informations délivrées témoigne du fait qu'en matière d'information comme ailleurs, on ne prête qu'aux riches.

De la même façon que pour la situation 1, la situation 2 n'est pas exempte de comportements déviants (et notamment «maltraitants»). Mais à la «méthode douce» d'imposition normative se substitue ici le plus souvent ce que nous avons qualifié de «disposition à l'amendement»: par leur capacité d'anticipation des attentes institutionnelles et leur capital informationnel élevé, les parents font montre d'une certaine transparence sur leurs actes (parfois avant même qu'enseignants ou infirmières aient remarqué quoi que ce soit), cherchant à présenter les choses comme un dérapage purement conjoncturel (l'expression «j'ai pété les plombs» revient comme un leitmotiv) plutôt que comme la manifestation d'un état familial structurel. Si l'infirmière informe généralement le médecin de secteur de la situation, ce dernier se contente alors souvent d'un avertissement, sans faire de signalement pour maltraitance. Ainsi en va-t-il du cas de cette maman dont le fils s'est présenté un matin avec des traces sur la joue:

«Mère: Donc la première fois j'l'ai tenu fort pis… il avait la marque au visage. Pis

alors la deuxième fois, j'm'étais déchaînée, j'ai c'qu'on appelle ‹pété les plombs›. Là, j'ai été directement [voir l'infirmière], j'ai reconnu tout ce que j'avais à reconnaître. Du coup, elle nous a proposé d'aller au Service médico-pédagogique pour faire un bilan. […] Donc on y a été, on a fait un bilan psycho machin truc, et pis finalement il [le psychologue] nous a dit que ça allait.» (Entretien 40. Mère au foyer licenciée en lettres, père ingénieur informatique)

Lors de l'une de nos observations, l'infirmière nous confie qu'elle n'a pas fait figurer cet événement dans le carnet de santé de l'enfant: elle en garde simplement une trace dans ses notes personnelles. Car «lorsque les parents reconnaissent les faits, c'est déjà 50% du travail qui est fait» (JDT 1). Quelques mois plus tard, la mère se présente spontanément à l'infirmerie avec son fils, s'inquiétant auprès de l'infirmière de ses difficultés de lecture. Rassurée par l'infirmière, elle s'en va. L'infirmière s'adresse alors à nous à propos de l'enfant: «Mais t'as vu comme il est vif! Il lui en fait voir de toutes les couleurs!» (JDT 38)

Outre que ces situations d'amendement parental encouragent bien souvent le passage d'une attribution interne (une mère «psychologiquement fragile») à une attribution externe (un enfant «qui lui en fait voir de toutes les couleurs»), elles révèlent avant tout que, bien que certaines brutalités physiques (et notamment les abus sexuels) fassent l'objet d'un signalement automatique, il existe toute une gamme d'actes pour lesquels «l'‹évaluation› de la capacité à transformer les parents et à leur inculquer certains interdits sans passer par le juge devient […] primordiale».[19] La réponse institutionnelle dépend alors au moins autant de l'attitude parentale au moment du verdict que de la gravité du constat.

La situation 3 renvoie aux manifestations d'opposition à la démarche infirmière issues des familles de classes populaires. Ce que nous qualifions de «tactique d'évitement» en est la manifestation la plus courante. En sa forme la plus radicale, elle consiste à ne pas se présenter à la visite de santé. Dans l'établissement A, environ la moitié des parents ne se présente pas lors du premier rendez-vous, situation très rarement observée dans l'établissement C. Mais il faut également tenir compte de toutes les formes atténuées d'évitement, telles ces situations comparables aux «tactiques d'esquive» que l'on observe chez certains élèves[20] et qui se manifestent ici par des réponses évasives ne dissimulant que maladroitement une non-adhésion subjective. A la différence du sentiment d'efficacité suscité par la docilité parentale observée en situation 1, c'est plutôt le sentiment de découragement qui prévaut ici chez l'infirmière: «Des fois tu te demandes à quoi ça sert quand y a aucune discussion comme ça.» (JDT 21). Autre forme d'évitement, ce que l'on pourrait qualifier de «conformisme déclaratif», attitude consistant à donner à l'infirmière l'information qu'elle attend. Ainsi, cette mère faisant allusion à certains conseils circulant entre parents en période de visites de santé:

«Mère: Parce qu'on m'a dit: ‹Oui, oui, si jamais, tu mens et ci et ça pour que ça passe

bien, sinon tu vas te faire engueuler.› J'ai dit: ‹Mais attends…› *(rires)* Ça c'est une maman qui m'a dit.
Chercheur: Ah ouais? de dire ça à l'infirmière?
M: Ouais, de dire à l'infirmière que mon fils mangeait très bien, qu'il mangeait beaucoup de légumes et pis qu'il allait se coucher tôt.» (Entretien 17. Mère secrétaire sans emploi, père artisan serrurier)
Mais la manifestation la plus extrême de l'opposition à la démarche infirmière est sans nul doute ce que nous avons qualifié de «tactique du désespoir». Survenant généralement à la suite d'un comportement déviant, elle se manifeste par des agressions verbales (*i.e.* menaces de mort) ou physiques à l'encontre de l'infirmière. Bien que de telles situations ne se soient pas présentées lors de nos observations (notre présence ayant sans doute contribué à calmer certaines ardeurs), cette agressivité nous a été maintes fois rapportée et est clairement perceptible dans cet entretien avec une mère dont les enfants ont fait l'objet de plusieurs constats de coups:
«Mère: Je lui ai dit à la dame de la protection de la jeunesse. Parce qu'elle voulait me voir avec l'infirmière. Je lui ai dit: ‹Si je vois l'infirmière, il va lui arriver quelque chose!› Elle m'a demandé: ‹Quoi, qu'est-ce que vous allez lui faire à l'infirmière?› Je lui ai dit: ‹Ah, je dis pas. Je donne jamais le dernier mot. Mais je vous avertis: si je la vois il va lui arriver quelque chose!› Cette connasse, même mes enfants maintenant ils la détestent! […] Elle, c'est mieux que je la croise pas dans l'ascenseur! J'aimerais bien être invisible, si j'étais invisible, j'irais vers elle et boum! Elle dirait: ‹Oh, je sais pas, j'ai rien vu et j'ai reçu un coup sur la figure›.» (Entretien 10. Mère apprentie coiffeuse, père nettoyeur ouvrier)
Qu'il s'agisse d'évitement, de menaces ou d'agression, nous qualifions ces comportements de tactiques[21] parce qu'ils s'apparentent manifestement aux armes du désarmé, comme en témoigne le fait qu'ils se retournent généralement contre ces familles. De fait, ces tactiques «finissent de persuader l'institution que les familles ne daignent pas collaborer activement avec le travail institutionnel entrepris et ne manifestent pas le niveau attendu d'adhésion ou de motivation aux impératifs institutionnels».[22]
Toutes autres sont les conséquences des stratégies de confrontation de la situation 4, qui renvoie aux manifestations d'opposition de familles occupant une position sociale élevée. Tout se passe alors comme si l'infirmière, dénuée de sa légitimité sociale, se voyait tout à coup obligée «de conquérir le droit de travailler avec ces familles».[23] Ainsi, cette situation d'un élève, fils de médecin, qui semble être devenu le bouc émissaire de sa classe. Avant de prendre l'enfant à l'infirmerie afin d'évaluer la situation avec lui, l'infirmière préfère en informer le père:
«Infirmière: J'ai dit à ce papa que j'allais certainement voir son fils seul. Il m'a dit: ‹Je veux bien que vous le voyiez, mais vous me faites un rapport écrit.› Je lui ai dit: ‹Non, car je tiens à ce lieu de confidentialité.› […] Alors finalement j'ai pu obtenir que j'allais voir son enfant, mais seulement à partir du mois de janvier, parce

qu'ils partent en vacances, et il voulait pas que son fils soit stigmatisé en étant pris à l'infirmerie.» (JDT 10. A propos d'une famille avec père médecin employé, mère universitaire sans activité professionnelle)

L'infirmière se retrouve donc ici en situation de devoir négocier («finalement, j'ai pu obtenir que…») des éléments (une entrevue avec l'enfant) qui semblent pourtant aller de soi dans la situation 3. Car, à la différence des tactiques d'évitement ou du désespoir, les stratégies d'affrontement se retournent le plus souvent contre l'infirmière, ce que confirment de manière très explicite certaines d'entre elles qui exercent dans des quartiers favorisés:

«Infirmière: Bon, y a eu deux-trois situations où ça a été très difficile parce que je crois que… ben c'est vrai que je mettais le doigt sur un… peut-être un dysfonctionnement familial, et pis y a des familles qui veulent pas du tout entrer là-dedans. […] Et pis là, comme ce sont des familles qui ont un certain statut social, donc c'est vrai que les gens se comportent peut-être plus de façon… agressive. […] Dans le sens: ‹bon si nous nous ne sommes pas contents, on va voir le directeur›. C'est pas du tout la même relation qu'on peut avoir dans des milieux plus défavorisés. Là, les parents se positionnent un petit peu autrement, donc c'est vrai que moi quand j'agis… j'dois vraiment bien réfléchir à ma façon d'agir et puis comment travailler avec la famille.» (Entretien avec une infirmière scolaire)

«I: Puis vous savez dans certains quartiers comme à X, y a énormément d'avocats, énormément de médecins, de professions euh… qui nécessitent un certain doigté, parce que les parents n'acceptent pas n'importe quelle remarque.» (Entretien 18)

Alors que les nombreuses absences parentales de la situation 3 sont généralement interprétées en des termes misérabilistes (non-compréhension du français, manque d'organisation, oubli, etc.), les absences – bien moins nombreuses – sont ici interprétées en d'autres termes. Ainsi de ces parents «hyperoccupés»:

«I: Les gens qui ont des fois du mal à venir, c'est des enfants dont les parents sont hyperoccupés […], si les parents sont tous les deux médecins, je vais pas leur dire: ‹Vous devez être présents à la visite›.» (Entretien avec une infirmière scolaire)

Et tout semble indiquer qu'à ces excuses *utiles* attribuées aux classes dominantes à fort capital culturel répondent les excuses *futiles* attribuées aux classes dominantes à fort capital économique, et qui témoignent d'un certain mépris de classe de la part des infirmières vis-à-vis de ce groupe social auquel elles ne s'identifient pas:

«Infirmière: Bon y a ceux qui, dans leur hyperactivité, c'est terrible, je suis méchante là, parce que c'est pas tous aussi terrible, c'est le fitness que tous les gens au bord du lac ils font. Avec leur jeep, hmm, j'ai horreur de ces jeeps, avec leur Natel.» (Entretien avec une infirmière scolaire)

L'offre standardisée comme vecteur d'inégalités

Contre l'idée d'une société dont l'égalité serait assurée dès lors que les biens ou les services seraient accessibles à tous, notre mode de description oppose l'idée d'une société dont les inégalités reposent avant tout sur les différents modes d'appropriation de ces biens ou services. Cette perspective, qui «suppose un surcroît de description des pratiques»,[24] permet notamment d'échapper à une vision étroitement économiste qui, postulant que les diverses consommations individuelles seraient un simple reflet des moyens économiques à disposition, trouve sa limite dès lors qu'il s'agit d'expliquer pourquoi des services gratuits – telles des visites de santé de 2e enfantine – ont une probabilité particulièrement élevée d'être ignorés de ceux-là mêmes qui sont économiquement les plus démunis. C'est que l'ordre économique ne peut être pensé séparément de l'ordre culturel dans lequel il se traduit sous la forme de dispositions individuelles, ici de rapports à la santé.

Afin d'illustrer notre propos, imaginons une situation très schématique: une visite de santé de 2e enfantine organisée dans une classe dont une partie des enfants serait issue des classes populaires, et dont l'autre partie serait issue des classes moyennes et supérieures. Rassemblons à présent nos résultats afin de spécifier les effets provoqués par cette offre standardisée: comparées aux mères (puisque c'est d'elles qu'il s'agit) des classes populaires, les mères des classes moyennes et supérieures 1) auront une probabilité plus élevée d'être présentes à la visite de santé; 2) recevront tendanciellement plus d'informations spontanées de la part de l'infirmière scolaire; 3) du fait que les questions que se pose l'infirmière scolaire rejoignent largement les questions qu'elles se posent elles-mêmes, elles profiteront davantage de la situation pour poser des questions, accentuant du même coup le phénomène précédent; 4) le cas échéant, les propositions émises par l'infirmière scolaire, parce qu'elles entrent en résonance avec leurs propres dispositions, leur seront plus facilement mémorisables; et enfin, 5) plus souvent «demandeuses» et «preneuses» de conseils, elles auront aussi plus de chances de pouvoir les mettre en œuvre, du fait de la résistance relativement faible qu'elles rencontreront au sein de leur propre cercle familial. Au final, les inégalités de départ se trouveront donc renforcées.

Une offre standardisée a donc toutes les chances de renforcer les inégalités dès lors qu'elle s'adresse à une population inégalement prédisposée à cette offre. Et ce n'est qu'en adaptant leur offre à la composition sociale de la population à laquelle elles s'adressent que les infirmières scolaires pourraient contribuer, même modestement, à limiter cette accentuation des inégalités sociales. Notre recherche montre que ce processus de déstandardisation est déjà largement à l'œuvre dans la pratique, l'activité des infirmières scolaires étant largement influencée par le contexte dans lequel elle se déploie. De fait, si les infirmières qui exercent dans des écoles socialement favorisées peuvent adopter une posture préventive et plutôt somatique dans le cadre des visites

de santé, celles qui exercent dans des écoles socialement défavorisées se voient contraintes de limiter cette partie de l'activité à sa portion congrue et de consacrer leur temps à une multitude de problèmes qui se posent, notamment face à des comportements d'enfants ou de parents très éloignés de leur propre rapport à la santé. A cette surcharge de travail face aux enfants et aux familles s'ajoute encore la surcharge liée au soutien accordé aux enseignants, soutien qui constitue une véritable fonction latente des infirmières scolaires. Et de ce point de vue, on est en droit de penser que l'écart entre les activités de deux infirmières scolaires exerçant respectivement dans un établissement socialement favorisé et un établissement socialement défavorisé est plus important que l'écart entre les activités de deux enseignants exerçant dans les mêmes établissements.[25]

Si les questions relatives aux inégalités sociales sont déjà débattues au sein du Service de santé de la jeunesse, il nous semble cependant qu'elles restent encore largement sous-estimées au nom d'un certain humanisme réfractaire à l'idée même que des individus puissent être considérés comme «inégaux».[26] Prendre acte de la manière dont ces réalités collectives – jamais réductibles à des considérations individuelles – se répercutent sur l'activité des infirmières scolaires et considérer la manière dont ces activités pourraient être davantage ciblées vers les populations les plus précarisées nous semblent faire partie des réflexions à mener au sein de la profession.

Notes

1 Cette recherche est cofinancée par le Fonds national de la recherche scientifique, le Fonds stratégique de la HES-SO, la Haute Ecole de santé de Genève et le Service de santé de la jeunesse de Genève. Les membres de l'équipe de recherche sont Philippe Longchamp, Danièle Lanza, Véronique Tattini et Jeanne-Marie Chabloz.

2 Gabadinho, Alexis; Wanner, Philippe; Dahinden, Janine, *La santé des populations migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM*, Neuchâtel 2007.

3 Lampert, Olivia, *Travail et santé. Mortalité et invalidité en rapport avec l'activité professionnelle en réponse au postulat de Franziska Teuscher*, Neuchâtel 2003.

4 Gubéran, Etienne; Usel, Massimo, *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*, Genève 2000.

5 Meyer, Katharina *et al.* (éds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*, Genève 2008, p. 18.

6 Boltanski, Luc, «Les usages sociaux du corps», *Annales* 26/1 (1971), pp. 205–233, ici p. 209.

7 On l'aura compris, ce modèle est directement inspiré de celui qui a été développé dans *La Distinction*, les concepts de «rapport à la santé» et de «pratiques de santé» étant les équivalents formels de ce que Pierre Bourdieu nomme les «habitus» et les «styles de vie». Bourdieu, Pierre, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Paris 1979.

8 Une disposition sera comprise ici comme une propension socialement acquise de l'individu à agir, à sentir et à penser régulièrement de telle ou telle manière, dans telles ou telles circonstances (Bourdieu, Emmanuel, *Savoir faire. Contribution à une théorie dispositionnelle de l'action*, Paris 1998).

9 Thin, Daniel, *Quartiers populaires. L'école et les familles*, Lyon 1998.

10 Les extraits de notre journal de terrain (qui renvoient aux observations directes) sont indiqués par l'abréviation «JDT».

11 Les infirmières voient systématiquement les enfants en 2e enfantine (environ 5 ans) et en 5e primaire (environ 10 ans). La présence d'un représentant légal est requise pour les visites de 2e enfantine. Nos résultats montrent que, lorsqu'un représentant légal est présent, il s'agit de la mère dans 86% des cas.

12 Bourdieu, Pierre; Passeron, Jean-Claude, *La Reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris 1970, p. 22.

13 Bourdieu, Pierre, «Vous avez dit populaire?», *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 46 (1983), pp. 98–105.

14 Dans une perspective sociologique, et contre toutes les tendances au substantialisme, le terme «maltraitance» ne peut être placé qu'entre guillemets, puisque tout indique que la «question morale» que soulève ce phénomène révèle en fait une question sociale, à savoir un rapport entre classes. Cf. Schultheis, Franz; Frauenfelder, Arnaud; Delay, Christophe, *La maltraitance envers les enfants: entre consensus moral, fausses évidences et enjeux sociaux ignorés*, Genève 2005.

15 Bourdieu (voir note 7), p. 172.

16 Poliak, Claude F., «Manières profanes de parler de soi», *Genèses* 47 (2002), pp. 4–20.

17 Thin (voir note 9).

18 Boltanski, Luc, *Prime éducation et morale de classe*, La Haye 1969.

19 Serre, Delphine, *Désordres familiaux et pratiques d'encadrement. Les assistantes sociales face aux «enfants en danger»*, Thèse de doctorat, Université de Paris, 2004, p. 247.

20 Millet, Mathias; Thin, Daniel, *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris 2005.

21 Nous reprenons ici la distinction établie par de Certeau entre *stratégies* et *tactiques*: «J'appelle ‹stratégie› le calcul des rapports de force qui devient possible à partir du moment où un sujet de vouloir et de pouvoir […] est isolable d'un environnement. Elle postule un lieu susceptible d'être circonscrit comme un propre et donc de servir de base à une gestion de ses relations avec une extériorité distincte. […] J'appelle au contraire ‹tactique› un calcul qui ne peut pas compter sur un propre, ni donc sur une frontière qui distingue l'autre comme une totalité visible. La tactique n'a pour lieu que celui de l'autre.» De Certeau, Michel, *L'invention du quotidien*, Paris 1980, p. 21.

22 Millet, Thin (voir note 21), p. 72.

23 Serre (voir note 19), p. 349.

24 Lahire, Bernard, *L'esprit sociologique*, Paris 2005, p. 36.

25 Précisons que, à la différence des enseignants, les infirmières scolaires ne sont jamais rattachées à un seul établissement scolaire.

26 Comme le montrait déjà Walo Hutmacher (*Enfants d'immigrés ou enfants d'ouvriers? Scolarisation des migrants et inégalité sociale devant l'école*, Genève 1990), c'est probablement parce qu'elle est perçue comme une menace contre l'idée d'«égalité en humanité qui caractérise tous les êtres humains» que la question des inégalités sociales a été largement occultée par certains professionnels davantage sensibilisés à la question des «différences culturelles». Bien que fondée sur de bonnes intentions, cette attitude aboutit pourtant aux pires stigmatisations dès lors que, au nom du refus de tout classement, elle occulte les mécanismes qui sont au principe des classements que la pratique produit effectivement – par exemple en défendant l'idée, pourtant largement invalidée, selon laquelle les signalements pour «maltraitance» concerneraient également tous les milieux sociaux (à ce propos, voir Schultheis, Frauenfelder et Delay, cf. note 15).