

HÉLOÏSE **DURLER**

PHILIPPE **LOSEGO** (DIR.)

TRAVAILLER DANS UNE ÉCOLE

Sociologie du travail dans les établissements
scolaires en Suisse romande

TRANSMISSION
DES SAVOIRS

HÉLOÏSE DURLER, PHILIPPE LOSEGO (DIR.)

TRAVAILLER DANS UNE ÉCOLE

SOCIOLOGIE DU TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS
SCOLAIRES EN SUISSE ROMANDE

ÉDITIONS ALPHIL-PRESSES UNIVERSITAIRES SUISSES

© Éditions Alphil-Presses universitaires suisses, 2019
Case postale 5
2002 Neuchâtel 2
Suisse

www.alphil.ch

Alphil Diffusion
commande@alphil.ch

ISBN Papier: 978-2-88930-268-0
ISBN PDF: 978-2-88930-269-7
ISBN EPUB: 978-2-88930-270-3

DOI: 10.33055/ALPHIL.03131

Publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique.

Les Éditions Alphil bénéficient d'un soutien structurel de l'Office fédéral de la culture pour les années 2016-2020.

Illustration de couverture: Vue intérieure d'un bâtiment scolaire près d'Aarau (Argovie). © Keystone / Christian Beutler.

Ce livre est sous licence :



Ce texte est sous licence Creative Commons: elle vous oblige, si vous utilisez cet écrit, à en citer l'auteur, la source et l'éditeur original, sans modifications du texte ou de l'extrait et sans utilisation commerciale.

Responsable d'édition: François Lapeyronie

Philippe Longchamp

Haute École de Santé Vaud; HES-SO

Chapitre 7

La position ambivalente des infirmières scolaires. Entre « corps diagnostic » et « corps vécu »

Introduction

L'enseignement public genevois a intégré des infirmières scolaires dès 1916. Alors qu'elles se comptaient sur les doigts d'une main jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, leur nombre a connu une brusque augmentation durant la seconde partie du xx^e siècle, passant de 8 en 1958, à 13 en 1961, 24 en 1964, puis 30 en 1970. Leur nombre a continué d'augmenter régulièrement durant les décennies suivantes: à la date de notre recherche (2005-2009), le canton comptait 60 infirmières scolaires (ZOTTOS, 2004)¹.

Cette évolution quantitative s'est accompagnée de changements qualitatifs. Les «visites médicales» qui voyaient

¹ Dans certains cantons romands, le rôle d'infirmière était autrefois souvent tenu par l'épouse du concierge; voir le chapitre 8 dans le présent ouvrage.

les infirmières cantonnées au rôle d'assistantes du médecin scolaire ont été transformées en « bilans de santé » au cours des années 1960, puis en « visites de santé » menées par les seules infirmières dès 1998. Le médecin ne se présente désormais qu'à la demande de l'infirmière. Les cinquante dernières années ont aussi été marquées par une profonde modification de la conception même de la santé qui, s'affranchissant de son unique substrat biologique, est désormais « bio-psycho-sociale »².

Les infirmières scolaires ont donc incontestablement gagné en autonomie durant la seconde partie du xx^e siècle. Mais leur conception « globale » de la santé s'est aussi accompagnée d'une plus grande difficulté à circonscrire précisément leur activité, et donc à asseoir leur identité. Comme le mentionne Osiek-Parisod (1994), « *la liberté d'action dans les tâches non définies a bel et bien un coût, c'est l'invisibilité* » (p. 126). Une invisibilité encore renforcée par le fait que les représentations du grand public (mais aussi celles de certains enseignants) réduisent bien souvent la profession à ses actes les plus *visibles* qui sont en même temps les plus *rare*s et, dans une certaine mesure, les plus *désuets* : « *Le rôle des infirmières scolaires a passablement évolué au cours des dernières décennies et les enseignants, comme le grand public, restent souvent fixés sur une image dépassée (la dame des "patches" et des poux...)* » (p. 189).

Dans de précédentes contributions, nous avons analysé les rapports sociaux qui se jouent à l'infirmierie scolaire entre les infirmières et les familles (LONGCHAMP, 2009) ainsi que les conditions de possibilité de mise en œuvre d'une « écoute » des enfants (LONGCHAMP, 2014). L'objectif de ce chapitre sera d'analyser l'ambivalence de la position des infirmières au sein de

² Dans une enquête par questionnaire menée auprès d'infirmières scolaires exerçant à Lyon et à Clermont-Ferrand, Berger, Nekaa et Courty (2009) montrent que 54 % d'entre elles considèrent que leur rôle contribue à une « éducation globale de la personne », alors qu'elles ne sont que 22 % à considérer qu'il contribue à une « information biomédicale ».

l'école, et la manière dont ces dernières l'assument au quotidien. Nous montrerons que cette ambivalence positionnelle est ancrée dans deux représentations du corps : d'une part, le « corps diagnostic » dont la santé est évaluée au travers d'un schème bio-médical par l'examen et la mesure, d'autre part, le « corps vécu » dont la santé est évaluée au travers d'un schème psychologique par l'observation du comportement et « l'écoute ». Alors qu'il se voit dévalué dans les discours des infirmières au profit du « corps vécu », le « corps diagnostic » joue pourtant un rôle essentiel dans le positionnement de ces professionnelles vis-à-vis des enseignants autant que des familles.

L'analyse nous amènera également à nous interroger sur la place qu'occupent les infirmières dans la configuration entre familles et école. Si enseignants et infirmières entretiennent quelques divergences quant à certaines attitudes à adopter, leur projet commun d'encadrement des familles (et notamment des familles populaires) en fait des alliés objectifs. Ce qui remet en question le statut « d'intermédiaires entre familles et école » que revendiquent souvent les infirmières scolaires.

Méthode

De type ethnographique, l'enquête s'est déroulée de septembre 2005 à octobre 2009 dans trois établissements de l'enseignement primaire genevois (qui scolarisent des enfants âgés de 4 à 12 ans)³. Nous avons effectué 71 observations directes de l'activité des trois infirmières scolaires de ces établissements (dans les infirmeries, mais aussi dans les salles des maîtres, dans les classes, lors des réunions de parents, etc.), 20 entretiens semi-directifs avec des infirmières scolaires exerçant

³ Cette recherche a été co-financée par le FNS et la HES-SO. Elle a par ailleurs fait l'objet d'une thèse de sociologie soutenue à l'Université de Genève.

sur l'ensemble du canton et 52 entretiens avec des familles (le plus souvent les mères) des trois établissements de l'enquête. Nos notes d'observations et nos retranscriptions d'entretiens ont été saisies dans le logiciel NVivo et ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les résultats que nous présentons ici se fondent prioritairement sur nos observations directes et sur les entretiens menés avec les infirmières.

Des infirmières dans l'école

Les infirmières scolaires du canton de Genève sont employées par un service de l'État, le Service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ). En fonction de leur taux d'activité, chacune a la responsabilité d'un nombre plus ou moins élevé d'établissements scolaires dans lesquels elles passent à intervalles réguliers. Elles exercent sous délégation d'un médecin scolaire, dont les rares passages dans les établissements se font généralement à leur demande lorsqu'elles se trouvent confrontées à des cas qu'elles ne peuvent résoudre seules. Les infirmières disposent ainsi d'une large autonomie dans l'exercice de leur activité.

On peut distinguer trois types d'activité des infirmières scolaires. D'abord ce qu'elles qualifient elles-mêmes de «travail systématique», qui consiste à effectuer des visites de santé individuelles avec tous les enfants de 2^e à la 7^e primaires (enfants âgés de 5 et 10 ans), indépendamment de leur état de santé. Alors que les visites de 2^e primaire sont généralement menées en présence de l'un des deux parents, celles de 7^e primaire se font avec l'enfant seul. Au cours de ces visites, les infirmières s'entretiennent avec l'enfant (et avec le parent le cas échéant), et complètent les différentes rubriques de son carnet de santé: conditions de la grossesse et de la naissance, maladies infantiles, accidents et opérations, présence d'allergies ou d'affections chroniques, prise de médicaments, téguments, posture, dentition, poids, taille, «habitudes de vie» (sommeil, alimentation, loisirs,

activités physiques), « adaptation scolaire », « anamnèse familiale et sociale » et « observation du développement et du comportement ».

Il y a ensuite le travail « non systématique », c'est-à-dire des interventions que les infirmières effectuent en cas de situations particulières : rencontres d'enfants ou de parents en cas de suspicion de maltraitance, intégration scolaire d'enfants souffrant de handicap physique ou de maladies chroniques (épilepsie, diabète, mucoviscidose, etc.), soins à des enfants accidentés ou grippés, discussions avec des enseignants, tests tuberculiques pour enfants arrivants de l'étranger, vérifications de la glycémie pour enfants diabétiques, détection de poux, etc.

Il y a enfin les activités plus ponctuelles lors desquelles les infirmières prennent part à différentes activités des établissements scolaires, qu'il s'agisse de la participation aux réseaux regroupant divers acteurs des écoles et du quartier, d'interventions pédagogiques dans les classes (cours d'anatomie, prévention du mélanome et de la posture dorsale) ou encore de l'implication dans l'organisation de manifestations qui concernent la santé (e.g., une « journée violence »).

Entre « corps diagnostic » et « corps vécu »

Un rapport à la santé historiquement et socialement situé

Il ressort de nos entretiens et observations que les infirmières scolaires présentent un certain *rapport à la santé*⁴ que nous qualifions de santé *positive-mentale*. *Positive* parce que les indices de bonne santé peuvent être identifiés et décrits sans

⁴ Nous définissons le *rapport à la santé* comme un ensemble de dispositions 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*.

référence à la maladie; *mentale* parce que ces indices se réfèrent à la dimension mentale de la santé plutôt qu'à sa dimension somatique. Ce rapport à la santé spécifique ne reflète pas uniquement des compétences professionnelles; il doit aussi être rapporté au contexte historique dans lequel exercent les infirmières scolaires, ainsi qu'à leur position sociale.

Le *rapport à la santé* de ces professionnelles a connu trois phases historiques (LONGCHAMP, 2014). Durant la première phase, qui s'étend de l'introduction des premières infirmières dans les établissements publics genevois en 1916 jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, on peut parler d'une santé *négative-somatique*. *Négative* parce que se définissant essentiellement par l'absence de maladie; *somatique* car se référant pour ainsi dire exclusivement à la dimension corporelle.

Durant la deuxième phase historique, qui s'étend de la Seconde Guerre mondiale à la fin des années 1980, les infirmières scolaires adhèrent à une santé *positive-somatique*. Sans abandonner le terrain somatique, la santé se définit à présent sans référence à la maladie, notamment au travers des notions de «prévention» et d'«hygiène de vie»⁵. C'est également durant cette deuxième phase que la profession intègre la «petite bourgeoisie nouvelle» (BOURDIEU, 1979), fraction des classes moyennes composée d'individus d'origines sociales hétérogènes (ils peuvent être issus des classes supérieures autant que des classes populaires) et qui, aspirant à un reclassement vers le haut, exercent des professions nouvelles ou rénovées leur permettant de réaliser leur rêve d'apesanteur sociale en affichant leur rejet de tout classement et leur hostilité envers toute hiérarchisation⁶.

⁵ Sur le lien entre la notion d'«hygiène de vie» et l'extension des préoccupations de santé à l'ensemble des dimensions du style de vie, voir VIGARELLO (1978).

⁶ L'identification de fractions de classe nécessite une conceptualisation multidimensionnelle de la structure sociale. En ajoutant au critère de

Semblable à la profession de puéricultrice telle que décrite par De Montlibert (1980), la profession d'infirmière scolaire peut en effet être considérée comme « *suffisamment technique pour bénéficier des retombées du prestige qui entoure le savoir médical, suffisamment floue pour autoriser des espoirs de promotion et pour permettre de modeler le contenu des tâches professionnelles en fonction des aspirations, suffisamment indépendante et pourtant proche des activités dévolues aux membres des classes dominantes pour laisser croire à une proximité avec elles* » (p. 69).

La troisième phase historique se révèle pleinement dès 1989, année de la Convention internationale des droits de l'enfant. Bien que ratifiée par la Suisse en 1997 seulement, elle représente une nouvelle attention portée à l'enfance, qui se manifesterá notamment par l'émergence d'un problème social inédit: la maltraitance. Alors que le nombre de signalements d'enfants maltraités explose à Genève durant la décennie 1990 (SCHULTHEIS, FRAUENFELDER & DELAY, 2007), nos observations et entretiens montrent que cette catégorie est à l'infirmière scolaire contemporaine ce que la maladie infectieuse était à celle de la première moitié du xx^e siècle: le mal à prévenir et à combattre par tous les moyens dont elle dispose; l'étalon auquel se mesurent non seulement la

démarcation vertical (le «volume» des capitaux économique et culturel) un critère de démarcation horizontal (la «structure» de ces deux formes de capital), Pierre Bourdieu a joué un rôle de pionnier. Plus récemment, Daniel Oesch (2006) a proposé un schéma de classe qui distingue différentes fractions suivant quatre «logiques de travail» (indépendante, technique, organisationnelle et interpersonnelle). Parmi les 17 fractions qu'il identifie, signalons celle des «semi-professions socio-culturelles» qui représentent 6,9% de la population active en Suisse et à laquelle appartiennent les infirmières scolaires. Sa localisation (au sein des classes moyennes salariées), sa composition professionnelle (santé, éducation, travail social et culture) et genrée (63% de femmes) ainsi que son soutien massif aux valeurs de la «nouvelle gauche» (égalité des droits selon le genre, la «race» et l'orientation sexuelle; protection de l'environnement) en font une fraction en tous points semblable à la «petite bourgeoisie nouvelle» identifiée par Pierre Bourdieu dans la France des années 1970.

situation des enfants et des familles, mais aussi le succès ou l'échec des interventions. Mais ce mal prend cependant ici une forme tout à fait spécifique. Car les infirmières scolaires héritent d'un problème qui, depuis son apparition au cours des années 1970, a subi d'importantes transformations par une succession de spécifications disciplinaires et, notamment, psychologiques. Alors que le « syndrome de l'enfant battu » s'établissait prioritairement sur la base d'une radiographie du squelette de l'enfant tant que la question relevait encore du monopole médical (SERRE, 2009), le diagnostic ne repose ici qu'accessoirement sur de telles manifestations relatives au corps. C'est bien plutôt à un ensemble de mises en jeu du « vécu » de l'enfant que font référence les signalements pour maltraitance. Une telle approche se trouve en pleine affinité avec le nouveau rapport à la santé auquel adhèrent désormais les infirmières scolaires : une santé *positive-mentale* qui, en accord avec l'*éthos* de la petite bourgeoisie nouvelle à laquelle elles appartiennent, évacue toute possibilité d'un diagnostic extérieur basé sur la *mesure* du corps. Les infirmières scolaires considèrent désormais la bonne santé non plus comme le fait d'*avoir* un corps sain, mais bien comme celui de *se sentir bien* dans son corps.

La dévaluation du « corps diagnostic » au profit du « corps vécu »

Dans le cadre d'une santé *négative-somatique* autant que dans celui d'une santé *positive-somatique*, la bonne ou la mauvaise santé sont évaluées au travers de mesures anthropométriques : il s'agit d'observer et de mesurer le corps, si bien que l'on peut parler d'un « corps diagnostic ». La santé positive-mentale caractéristique des infirmières scolaires contemporaines introduit une véritable rupture : l'évaluation de la santé de l'enfant ne passe plus tant par une mesure externe que par une série de sensations internes. Il

s'agit pour l'infirmière scolaire d'accéder aux dispositions cœnesthésiques de l'enfant, c'est-à-dire à la manière dont il *perçoit* son corps ou dont il *vit* les différentes situations qu'il rencontre. On peut dès lors parler d'un « corps vécu » qui, sans donner congé au corps diagnostic, se superpose à lui et contribue à en réduire l'importance.

Au cours des entretiens, nous avons demandé aux infirmières quels étaient les éléments qu'elles retenaient pour conclure à la bonne ou à la mauvaise santé d'un enfant à l'issue d'une visite de santé. Ayant connaissance de la série d'indications qu'elles contresignent dans les carnets de santé, on ne peut qu'être surpris par les réponses obtenues : les informations récoltées par anamnèse, par examen visuel et par mesure anthropométrique sont, pour ainsi dire, *systématiquement absentes* des propos des infirmières (une seule entame sa réponse par de telles considérations) et sont même parfois ouvertement dévalorisées et rejetées hors du périmètre d'intervention de l'infirmière scolaire.

Étudiant il y a plus de 30 ans les pratiques des professionnels des centres de protection maternelle et infantile, Bouchayer (1984, p. 79-80) notait déjà une certaine marginalisation des préoccupations relatives à la dimension somatique de la santé : « *la plupart des médecins et des puéricultrices reconnaissent que ce ne sont pas, en fait, les questions d'ordre médico-sanitaire qui constituent l'essentiel des problèmes rencontrés et des "besoins" estimés. Ces professionnels, et plus particulièrement les puéricultrices, disent porter principalement leur attention sur les questions d'ordre psycho-éducatif [...] et psycho-relationnel* »

La tendance semble s'être largement accentuée. Nous rejoignons donc ici Osiek-Parisod (1994) lorsqu'elle fait remarquer que « *la dimension "biologique" de la santé bio-psycho-sociale s'est [...] réduite dans leur esprit au "sparadrap de la récréation" ou aux actes de dépistage ressentis parfois comme trop routiniers et peu valorisants* » (p. 82).

À cette dévalorisation de la dimension somatique de la santé répond la survalorisation de la dimension mentale, qui suppose d'autres modalités d'évaluation que les mesures anthropométriques. Nos résultats montrent que les deux modalités d'évaluation de la santé privilégiées par les infirmières scolaires sont l'*observation diffuse* et l'*écoute*.

Ce que nous qualifions d'*observation diffuse* est une attention particulière portée à l'*hexis corporelle* de l'enfant, d'une part⁷, et, le cas échéant, aux *pratiques proxémiques*⁸ entre l'enfant et son parent, d'autre part. Bien qu'ils fassent l'objet d'une accentuation plus ou moins forte selon les infirmières, ces deux termes de l'observation sont toujours présents dans les descriptions qu'elles livrent de ce qu'elles observent :

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

— Mme Camus⁹ : Alors moi, un enfant qui est en bonne santé, c'est déjà un enfant qui est 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 est peut-être en bonne santé. 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. »

La deuxième modalité d'évaluation de la santé valorisée par les infirmières scolaires est ce qu'elles qualifient elles-mêmes d'*écoute*. De fait, et alors que le « corps diagnostic » est solidaire de l'anamnèse médicale qui demande à l'individu de traduire

⁷ Nous définissons l'*hexis corporelle* comme la « manière durable de se tenir, de parler, de marcher » (BOURDIEU, 2000, p. 291).

⁸ La *proxémique* désigne « l'usage que l'homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique » (HALL, 1971, p. 13), et, notamment, la distance qui sépare les corps dans toute situation d'interaction.

⁹ Afin de respecter l'anonymat des personnes interrogées, les noms ont été modifiés.

verbalement des symptômes physiques, le « corps vécu » confère à la parole un statut bien différent. Considéré avant tout comme victime d'une forme de fragilisation psychologique, l'enfant est invité à « exprimer » verbalement sa souffrance, cette parole visant, dans un même mouvement, à permettre à l'infirmière d'évaluer sa situation – familiale avant tout – et à produire chez lui une modification de ses dispositions cœnesthésiques propre à lui permettre de surmonter sa situation.

L'*écoute* n'est pas une démarche propre aux infirmières scolaires, puisqu'elle est aujourd'hui repérable dans tous ces lieux où vient s'échouer la souffrance psychique liée notamment aux inégalités sociales : cabinets médicaux, bureaux d'assurance chômage ou invalidité, centres éducatifs pour jeunes en difficulté, etc. L'infirmier scolaire d'aujourd'hui, et tout particulièrement lorsqu'elle est située dans une école en milieu populaire, peut donc être comparée à tous ces lieux qui « *ont en commun de promouvoir une disposition généralisée à écouter le malheur* » (FASSIN, 2004, p. 11). Parmi les trois formes d'écoute que distingue l'auteur des *Maux indicibles*, l'*écoute improvisée* est certainement celle qui s'apparente le plus à la modalité d'intervention des infirmières scolaires. Elle est le fait de non-spécialistes du psychisme, qui tentent d'introduire par l'écoute une sorte de « supplément d'âme » à leur pratique : « *cet intérêt manifesté pour les histoires des gens [...], cette attention à leurs infortunes et à leur misère s'inscrivent dans une manière d'aborder les relations sociales à travers une forme de sollicitude intimiste qui crée un espace de relations privilégiées.* » (FASSIN, 2004, p. 73).

Repérable dans la plupart des interventions des infirmières scolaires saisies par nos observations directes, cette *écoute improvisée* ressort aussi très clairement dans les entretiens, où le mot « écoute » est sans doute celui que les interviewées utilisent le plus fréquemment lorsqu'elles cherchent à qualifier leur travail¹⁰ :

¹⁰ Relevons la distinction intéressante qu'opère Yohan Selponi (2015) entre « l'écoute professionnelle » et « l'écoute maternante » des

« — Mme Perrenoud: Alors je dirais que moi, j'ai mis une priorité certaine, et ça c'est voulu, à développer et à vraiment me sentir à l'aise dans tout ce qui est relationnel, développement de la relation avec l'autre, de l'écoute plus que du soin.

— Mme Rapin: [les enfants] savent aussi qu'on est là aussi pour les écouter [...]. Au mois de septembre je retourne dans chaque classe pour leur dire que je suis là aussi pour eux, pour les écouter. »

Et l'on remarque que, telle que conçue ici, l'écoute entretient une relation d'affinité avec la disposition générale de refus de tout classement, catégorisation ou hiérarchisation repérable parmi les infirmières scolaires, et plus généralement parmi les membres de la petite bourgeoisie nouvelle :

« Mme Jaccard: Si vraiment on arrive à travailler avec les familles en écoutant leurs besoins à un moment donné, je veux dire, ils ont pas besoin de savoir ce que moi je pense. [...] Ce qui est à défendre, c'est de pouvoir être à l'écoute des gens [...] et puis aider la personne telle qu'elle est, quelle que soit sa nationalité, quel que soit son statut social et tout. C'est vraiment dans le respect de l'autre. »

Tout semble même se passer comme si les infirmières scolaires avaient trouvé dans l'écoute un mode d'intervention venant cristalliser leur identité, leur permettant ainsi de se démarquer d'autres professionnels de l'enfance (enseignants, assistants sociaux des services étatiques, psychologues de l'Office médico-pédagogique et médecins) qui, bien que pouvant eux

infirmières scolaires. Alors que la première est le fait d'infirmières qui, exerçant depuis longtemps en milieu scolaire, doivent y « reconstruire [...] leur légitimité médicale [et] investissent l'écoute comme une activité "professionnelle" et donc légitime dans le champ » (p. 234), la seconde est plutôt le fait d'infirmières ayant connu une longue carrière hospitalière et qui, « sûres de leur position dans le champ médical, [...] n'éprouvent pas le besoin, lorsqu'elles entrent à l'école, d'associer leur métier à une position de soignante légitime » (p. 235).

aussi revendiquer une *écoute*, sont décrits en creux comme moins « neutres », voire comme plus « acharnés » :

« — *Chercheur*: *Quelle est la place que vous estimez occuper entre les familles et les enseignants?*

— *Mme Berclaz*: *Je me sens une personne neutre, entre les deux. [...] Parce que j'ai aucun rôle sur le plan de l'école, j'ai aucun droit, aucun pouvoir, et par rapport aux familles, ben justement, comme j'essaie de développer beaucoup le côté écoute, en général la relation de confiance, elle y est rapidement. Je peux relayer le message des uns et des autres dans d'autres mots.*

— *Mme Mallet*: *Il y avait le Service de Protection de la Jeunesse, à l'époque [il y a 15 ans], qui répondait aux demandes, quand elles sortaient bien sûr, quand ça leur était signalé. Et puis il y avait l'Office Médico-Pédagogique, là aussi, qui répondait aux demandes. Nous, le gros travail qu'on a fait, c'est un travail de dé..., pas de dépistage, pas... pas acharné, mais simplement en écoutant.»*

Le *corps vécu* et ses modalités spécifiques d'évaluation constituent ainsi aujourd'hui, à n'en pas douter, le fondement de l'identité des infirmières scolaires. Du moins dans sa dimension déclarative. Car il ne faut pas s'y tromper, ni se laisser tromper : si le *corps diagnostic* a été largement effacé des discours au profit du *corps vécu*, il demeure toutefois profondément ancré dans les pratiques, ce qui lui confère un statut ambivalent.

L'ambivalence du corps diagnostic

Nous avons vu dans la première partie de ce chapitre que la pratique des infirmières scolaires comprend de nombreux éléments relatifs au corps diagnostic, qu'il s'agisse de certains items à renseigner dans le carnet de santé des enfants ou d'autres types d'interventions. Nos observations directes permettent donc de nuancer les discours recueillis par entretiens et de montrer à la fois

que les infirmières scolaires demeurent des spécialistes du corps diagnostic et que cette caractéristique contribue au positionnement de la profession face aux enseignants et aux familles.

Si le corps diagnostic offre une certaine légitimité, c'est d'abord parce que, mesurable, il permet d'objectiver les effets de certaines interventions et d'échapper ainsi à l'invisibilité qui frappe la majeure partie de l'activité des infirmières scolaires. Interrogées sur leur sentiment d'efficacité au quotidien, et alors que la plupart évoquent une certaine frustration ou les effets ambivalents que peuvent avoir leurs interventions, les plus optimistes centrent précisément leurs réponses sur le corps diagnostic. C'est alors notamment le poids des enfants qui est mis en avant, car il présente le double avantage d'être facilement objectivable et de faire l'objet d'un suivi à long terme sans délégation à d'autres professionnels (contrairement aux problèmes de « maltraitance »):

« Mme Mallet: Je trouve que l'accompagnement qu'on fait des enfants concernant le surpoids marche très bien. On fait vraiment un très bon travail et j'en ai plusieurs qui ont réintégré les courbes normales. Ça, c'était au moins ça. Ça prend du temps, sur des années. [...] Ça veut dire qu'il faut pas avoir un objectif à court terme, mais ça veut dire que quand il [l'enfant] part à 12 ans, j'ai atteint un objectif pour certains. C'est très agréable de voir ce parcours. »

La pesée de l'enfant constitue aussi un moment privilégié d'accès au *corps diagnostic*. C'est à ce moment que les infirmières soumettent le corps de l'enfant à un examen visuel. S'il permet de repérer des problèmes tels que la présence d'eczéma, de mycoses ou de verrues plantaires, cet accès au corps permet aussi, et peut-être surtout, d'identifier des cas de maltraitance:

*« — Mme Calvez: Eh, dis donc, t'es plein de bleus.
— Florent: C'est pas des bleus.
— Mme C.: Si, c'est des bleus, ça. Tu te fais pincer, c'est des gens qui te prennent le bras? »*

Mme Calvez constate d'autres bleus sur l'épaule et sur le thorax.

— *Mme C. : C'est quoi ces marques?*

— *F: C'est le soleil.*

— *Mme C. : Non, c'est pas le soleil. [...] J'aimerais savoir comment tu te les fais.*

— *F: Des fois, je tombe du lit.*

— *Mme C. : Non, c'est pas ça.*

Mme Calvez lui demande de baisser son pantalon, mais il refuse.

— *Mme C. : À part ça, j'aimerais quand même savoir, ces petits bleus, c'est quoi?*

— *F: Je sais pas.*

— *Mme C. : Parce que ça, c'est des traces de coups, je suis sûre, parce que quand on tombe, on se fait pas ça. [...] Tu te prends des coups? Tu te fais pincer? [...]*

— *F: Je me bagarre.*

— *Mme C. : Avec qui tu te bagarres?*

— *F: Eh ben avec des gens.*

— *Mme C. : Pourtant t'as pas un tempérament très bagarreur.*

— *F: Non, là, je suis gentil, mais des fois je me bagarre.*

— *Mme C. : Bon, on va en rester là pour aujourd'hui. À moins que t'aies des soucis?*

— *F: Non, j'ai pas de soucis.» JDT¹¹, visite de santé, garçon 10 ans*

Support de visibilisation de l'activité des infirmières scolaires, le corps diagnostic représente aussi un moyen de légitimation de la fonction face aux enseignants et une voie d'accès aux familles.

¹¹ L'indication «JDT» (journal de terrain) renvoie aux observations directes.

Ainsi, et si l'on fait abstraction des médecins qui n'y viennent qu'occasionnellement, les infirmières scolaires détiennent-elles dans l'enceinte scolaire le monopole de l'accès au corps des enfants. Un monopole qui n'a fait que se renforcer durant les dernières décennies, puisque les enseignants ont vu leur accès au corps des enfants se restreindre, d'abord avec la suppression du châtiment corporel, puis avec la généralisation de la suspicion que peut désormais provoquer le moindre contact, y compris visuel. Dans un tel contexte, l'accès au corps des enfants représente plus que jamais un signe *distinctif* pour les infirmières scolaires. D'autant plus distinctif qu'il est sous-tendu par une double légitimité : légitimité légale garantie par l'État, d'une part, et légitimité scientifique adossée au champ médical, d'autre part. Et c'est ainsi qu'il faut comprendre que les infirmières usent souvent de cette légitimité pour aborder des questions liées à la vie familiale des enfants. Le *corps diagnostic* apparaît ainsi comme une voie privilégiée d'accès au *corps vécu*. Ce qui apparaît clairement dans le discours de Mme Gremaud qui, insistant sur l'importance de l'*écoute improvisée* et de l'*observation diffuse*, présente les items du carnet de santé relatifs au *corps diagnostic* comme un « moyen d'entrer en contact » et de voir s'il y a « quelque chose d'autre » que les familles souhaiteraient « partager » :

« Mme Gremaud: Ce qui m'interpelle le plus [lors d'une visite de 2^e primaire], c'est de voir la relation entre le père ou la mère ou les parents puis l'enfant. Voir quels liens il y a, comment ils se comportent, comment l'enfant réagit, s'il fait quelque chose, comment la maman réagit, comment la maman réagit à ce que l'enfant me répond. C'est un petit peu tout ce lien ensemble. Puis après, il y a quand même le contenu de ce qu'on doit rendre dans le carnet de santé, mais qui est plus pour moi un moyen d'entrer en contact. C'est pas forcément un truc que je suis à la lettre comme ça. Ok, j'aborde les sujets de l'alimentation, du sommeil ou des choses comme ça, mais voilà, j'essaie de voir à travers ça s'il y a quelque chose d'autre qu'ils auraient besoin de partager, quoi. »

C'est à ce même usage du *corps diagnostic* comme moyen d'accès au *corps vécu* que renvoient les propos de Mme Calvez, à l'occasion d'une discussion avec une enseignante. Apprenant que la maman dont il est question a été hospitalisée, elle considère qu'il s'agit là d'un bon prétexte pour entrer en contact avec elle afin de donner suite aux rumeurs de maltraitance qui circulent à son sujet :

« — Enseignante: Il y a des menaces très lourdes de la part de la mère sur les deux enfants. [...] Le papa, il a l'air super attentif, il a l'air super. Il est venu avec la mère à l'entrevue. Le père était plus pertinent qu'elle dans les questions. [...]

— Mme Calvez: Et il fait quoi, lui, comme métier?

— Enseignante: Il a une vinothèque je crois, il vend du vin.

— Mme C.: Et la maman?

— Enseignante: Je sais pas. [...] La maman elle passe beaucoup de temps à l'hôpital, elle fait des tests, je sais pas pourquoi.

— Mme C.: Ah, ben c'est bien, ça peut me donner une entrée pour entrer en contact avec elle. » **JDT**

Face aux enseignants, le *corps diagnostic* apparaît donc comme un *domaine réservé*, et participe d'une certaine assise identitaire. Face aux familles, il représente un moyen détourné d'accès au terrain du *corps vécu*. Une tactique particulièrement utile face aux familles de classes populaires, qui sont à la fois les cibles privilégiées de l'intervention psychologisante et les plus étrangères à ces interventions du fait de leur adhésion à une santé *négative-somatique* (LONGCHAMP, 2009).

Mais s'il bénéficie d'une légitimité maximale à l'extérieur, ce corps fait l'objet d'une forte dévaluation au sein même de la profession. Car pour les infirmières scolaires, il s'agit toujours d'une *légitimité par procuration* qui, face aux familles de classes moyennes et supérieures (et notamment aux fractions à

dominante économique), risque à tout moment de se retourner contre elles en les réduisant aux aspects les plus communs, voire « vulgaires », de la profession médicale : une infirmière pour « soigner les bobos des enfants » ou, pire, un « médecin du pauvre » (LONGCHAMP, 2009). Le *corps diagnostic* se caractérise ainsi par une extrême ambivalence et révèle la fragilité positionnelle des infirmières scolaires : le perdre, c'est risquer la dilution professionnelle et la concurrence avec les psychologues ; mais le revendiquer équivaut à se nier comme profession affranchie d'une définition « bio-médicale ».

Les infirmières scolaires, des « intermédiaires » entre familles et école ?

Interrogeant des travailleurs sociaux, Thin (1998) constate qu'ils se présentent comme des « intermédiaires » entre les familles populaires et l'école. Selon ce point de vue, leur activité consisterait à « tisser des liens » entre ces deux pôles. Évitant de travailler *sur* les familles, ils chercheraient au contraire à travailler *avec* elles.

L'analyse plus détaillée des activités concrètes des travailleurs sociaux mène pourtant Thin à une remise en question de ce point de vue professionnel : non, les travailleurs sociaux ne travaillent pas *avec*, mais bien *sur* les familles populaires. Répondant à des demandes le plus souvent formulées par les enseignants, ils « *essaient de promouvoir une entreprise éducative visant à imposer d'autres normes affectives, relationnelles, un autre ethos, une autre manière d'être, d'autres logiques socialisatrices, d'autres modes d'autorité, visant à inculquer aux enfants un autre modèle d'être social* » (p. 217). Et Thin de conclure que les travailleurs sociaux ne sont pas des « intermédiaires » entre familles et écoles, mais bien des « *alliés objectifs* » de l'école : « *malgré le discours dominant sur la fonction de médiation du travail social, il nous semble que nous ne pouvons rendre compte*

de la fonction des travailleurs sociaux à la périphérie de l'école par la notion d'intermédiaire. [...] En fait, les travailleurs sociaux, s'ils se vivent parfois comme les défenseurs ou les représentants des familles populaires, sont objectivement les alliés de l'école au sens où ils participent à la tentative de production d'enfants scolarisables, au sens où ils tentent de transformer les pratiques socialisatrices des parents en pratiques éducatives, de rapprocher le mode de socialisation populaire du mode scolaire de socialisation. Autrement dit, les travailleurs sociaux sont, dans les actions étudiées, des agents de scolarisation» (p. 221).

Qu'en est-il des infirmières scolaires? Quelle position occupent-elles entre l'école et les familles?

Quelques divergences déclarées...

Interrogées sur la relation qu'elles entretiennent avec les enseignants, les infirmières scolaires ne manquent pas de relever certaines oppositions parfois sources de tensions. Seules représentantes de leur profession dans l'enceinte scolaire, n'entretenant que peu de contacts directs avec leurs pairs, elles ressentent parfois une certaine solitude et ont l'impression de devoir composer avec les multiples contraintes que leur impose le fait d'exercer sur un terrain – l'école – qui n'est pas tout à fait le leur. Un point de vue qu'exprime Mme Maze lorsqu'elle apprend qu'une fête scolaire sera organisée précisément durant l'après-midi qu'elle avait réservé pour trois visites de 2^e primaire :

«Mme Maze [s'adressant à moi]: Tu vois, je l'apprends seulement maintenant. Et moi je trouve pas correct de prendre des enfants à l'infirmerie alors que leurs camarades sont en train de faire la fête dans la cour. Je préfère décommander. [...] On travaille ici, on a notre bureau, mais on est quand même à l'école. Donc notre travail, c'est une sorte de priorité

parallèle: on doit s'adapter et faire avec le temps qu'il nous reste. On parle de "l'école en santé", mais finalement on est assez seules ici.» JDT

Mais c'est peut-être dans la perception des temporalités relatives aux interventions pour «maltraitance» que se manifestent les divergences les plus fortes. Soucieuses de préserver le «lien» avec les familles et d'éviter leur «éclatement», inquiètes aussi de se voir dépossédées de certaines situations par les services juridiques ou les psychologues de l'Office médico-pédagogique, les infirmières scolaires cherchent généralement à retarder le moment où elles entreprennent les démarches avec le médecin scolaire pour procéder à un signalement. Elles se sentent alors parfois mises sous pression par les enseignants, plus prompts à procéder à ce que l'on pourrait qualifier, avec Schultheis, Frauenfelder et Delay (2007), de «*signalements parapluies*» visant d'abord à se protéger contre de possibles attaques en justice :

«Mme Forestier: J'avais pas assez d'éléments pour aller vers la Protection de la Jeunesse. Il y avait des suspicions, vraiment de négligence, voire de maltraitance, chez un enfant qui fabulait énormément. J'avais un contact avec le père, moi, j'avançais avec ce père. [...] Il y avait ce contact et il y avait du travail qui se faisait. [...] On a préservé quand même quelque chose, qui était de mauvaise qualité, mais qui était pas l'éclatement [...]. Enfin, voilà, les choses se sont mises en place, et j'ai fait un signalement à un moment à la Protection de la Jeunesse. Mais je crois que, d'avoir patienté, d'avoir attendu que la maman puisse aussi collaborer avec nous et pouvoir poser ses conditions, ses demandes, je crois que c'était important, quoi. Mais là, selon les enseignants, il y a ceux qui comprenaient, mais il y en a, oh la la, mais vraiment, une enseignante m'a dit: "tu privilégies le lien avec le père et tu sacrifies l'enfant!"

C'est très dur à entendre, quand vous pensez que tout ce que vous faites c'est justement pour préserver les liens de l'enfant avec sa famille pour éviter l'éclatement.»

Du point de vue infirmier, un tel empressement de la part des enseignants traduit une différence quant à la position occupée face aux familles. Que ce soit avec les enfants ou avec les parents, les relations entretenues par les enseignants sont décrites comme hiérarchiques, voire autoritaires. Par opposition, et comme nous l'avons montré précédemment, les relations que les infirmières établissent semblent, dans leurs discours, dénuées de tout rapport hiérarchique :

« — Mme Savary: L'enseignant, c'est un enseignant, voilà. C'est pas le même rapport. C'est un rapport hiérarchique si on veut, hein. Enfin, je veux dire, moi vraiment je suis là, je peux vraiment lui dire [à l'enfant]: "bon, ouais, mais c'est quoi qui te préoccupe? C'est quoi qui est important pour toi? Qu'est-ce que t'as dans les tripes? Vers où t'as envie d'aller?" Voilà.

— Mme Berclaz: Et pis moi, souvent, je pose des questions par rapport à comment ça se passe à l'école, pour avoir le ressenti des parents par rapport à l'école. Et là, je trouve que c'est quelquefois très intéressant, parce qu'il y a des parents qui n'osent peut-être pas dire certaines choses aux enseignants, mais à l'infirmière oui. Et j'ai pu plusieurs fois écouter des parents qui avaient besoin de dire beaucoup de choses. Et puis ensuite quelquefois je les revois ou je reprends des nouvelles. Ça m'arrive aussi d'essayer ensuite de parler avec l'enseignant. Parce que quelquefois, on sent qu'il y a pas de dialogue entre l'enseignant et les parents, ou quelque chose de faussé.

— Chercheur: Comment ça se fait, comment vous expliquez que certaines fois, les parents ils viennent vous raconter des choses sur l'école alors qu'ils osent pas en parler à l'enseignant?

— *Mme B: Ben je pense que l'enseignant représente quand même une certaine autorité, et qu'on n'est pas toujours très à l'aise.* »

En opposant ainsi les relations verticales (entre les enseignants et les familles) aux relations horizontales qu'elles entretiennent elles-mêmes avec ces familles, les infirmières scolaires se présentent comme occupant une position qui leur permet de « tisser une toile » entre l'école et les familles :

« Mme Gremaud: Je pense qu'on a un grand rôle, de faire des liens, un peu, de tisser la toile, comme on parle un peu aussi en intervention communautaire. De garder le lien, de faire les liens entre les gens, tisser un peu cette toile d'araignée, mettre les gens en contact. Et puis de faire que ce soit un peu cohérent et que ça tienne la route. »

On retrouve ainsi dans les discours des infirmières scolaires cette tendance, déjà repérée chez les travailleurs sociaux, à se percevoir comme des « intermédiaires » entre l'école et les familles. Nos données nous permettent cependant de nuancer fortement cette vision quelque peu enchantée de la profession.

...et beaucoup de convergences constatées

Car s'il est vrai que les infirmières scolaires exercent sur un terrain qui n'est pas tout à fait le leur; s'il est vrai aussi qu'elles adoptent, face à la « maltraitance », des temporalités qui ne correspondent pas toujours à celles que souhaiteraient les enseignants; s'il est vrai, enfin, que leur statut n'est pas investi de l'« autorité » qui caractérise traditionnellement celui d'enseignant, il n'en reste pas moins que ces oppositions semblent secondaires sitôt qu'elles sont resituées dans le cadre des rapports sociaux de classes. Car face aux classes populaires, infirmières et enseignants partagent l'essentiel de

leurs points de vue et participent d'un même projet, celui d'encadrer les familles.

L'une des manifestations les plus évidentes de l'affinité dispositionnelle entre infirmières scolaires et enseignants est le soutien, bien réel, qu'apportent les premières aux seconds et ce, tout particulièrement dans les établissements où les classes populaires sont fortement représentées. Nos résultats montrent que ce soutien au corps enseignant peut être considéré comme une véritable *fonction latente* de l'activité des infirmières scolaires. Qu'il prenne place dans la salle des maîtres ou dans l'infirmerie, il se cristallise autour de cas d'enfants à propos desquels infirmières et enseignants, mobilisant des schèmes de perception et d'évaluation identiques, manifestent l'existence d'un accord tacite quant à ce qui constitue un comportement *déviant*.

La solidarité entre infirmières scolaires et enseignants se révèle particulièrement face aux familles qui, repérées pour « maltraitance », s'opposent aux démarches des professionnels. Par une sorte de contrat plus ou moins explicite, les infirmières peuvent alors endosser face aux parents le rôle du « méchant » – ce sont elles qui procèdent aux convocations, énumèrent les rappels à l'ordre, annoncent la possibilité d'un signalement, etc. – afin de préserver la « relation pédagogique » que les enseignants entretiennent avec les enfants¹² :

« Mme Perrenoud : L'école peut garder son lien privilégié avec les parents, puis nous on joue le rôle du méchant. Ça permet aussi de pouvoir avoir une porte de sortie pour que l'enfant soit protégé, j'entends. »

Une stratégie que Mme Calvez expose clairement à l'occasion d'une réunion avec une assistante sociale, l'inspectrice et trois

¹² Remarquons que ces rôles peuvent être « coulissés » lors de la présence du médecin de secteur : c'est alors souvent lui qui endosse le rôle du « méchant » afin de préserver la relation qu'entretient l'infirmière scolaire avec les parents.

enseignantes à propos d'une famille sur laquelle pèsent de lourds soupçons de maltraitance :

« — *Assistante sociale*: *Moi, je vais être amenée tôt ou tard à faire un rapport au Tribunal Tutélaire. Alors est-ce que je leur raconte ce qu'on s'est dit?*

— *Mme Calvez*: *Je propose que moi je voie Martine [l'un des deux enfants concernés] et je vous en parle. Comme ça on préserve les enseignants en les laissant en-dehors de ça.* »

JDT

Dans cette même perspective de solidarité, les infirmières scolaires peuvent à l'occasion conseiller les enseignants sur l'attitude à adopter face à tel ou tel parent « difficile ». Ainsi, discutant avec une enseignante venue lui parler du comportement de Mme Hirt après l'agression par un camarade de classe dont aurait été victime l'un de ses fils, Mme Calvez prodigue des conseils de prudence :

« *Mme Calvez (à l'enseignante)*: *Ce que je peux te dire: protège-toi. Dis-lui un minimum de choses, parce que cette maman elle est angoissée et elle a juste besoin de faire mousser là autour. Mais elle va utiliser toutes les petites failles.* »

Tout semble en fait se passer comme si cette solidarité visait à permettre aux enseignants de mener à bien leurs activités d'enseignement « malgré » les familles. Or, on ne retrouve pas d'équivalent dans les interventions que mènent les infirmières auprès de ces dernières: loin de chercher à préserver le fonctionnement habituel des familles « malgré » l'école, ces interventions tendent au contraire à une adaptation du fonctionnement familial aux exigences de l'école. En témoigne le fait que la conformité aux normes scolaires apparaît comme l'un des indices de bonne santé :

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

— Mme Calvez: *Tu sais, si la scolarité suit, pour moi c'est un bon baromètre.*» **JDT 38. Discussion entre un enseignant et l'infirmière scolaire**

Les infirmières scolaires occupent donc bel et bien une position analogue à celle qu'occupent les travailleurs sociaux décrits par Thin, et peuvent donc être considérées comme des alliées objectives de l'école. Nos résultats rejoignent ainsi ceux d'Osiek-Parisod (1994) selon laquelle les infirmières scolaires, «*qu'elles le veuillent ou non, [...] appartiennent au système scolaire, [...] contribuent à la réalisation de ses missions*» et sont donc «*co-responsables de la fabrication de l'échec ou de la réussite scolaires*» (p. 19). L'infirmier scolaire n'est certes pas une salle de classe. Mais elle n'est pas non plus un lieu qui se situerait «*hors*» de l'école. Elle est une enclave sanitaire en territoire scolaire allié.

Conclusion

La santé *positive-mentale* que mettent en œuvre les infirmières scolaires ainsi que le *corps vécu* qui lui est associé sont à comprendre comme l'expression d'une spécificité professionnelle doublée d'une appartenance de classe. Les infirmières scolaires incarnent une caractéristique fondamentale des sociétés occidentales telles qu'elles se sont développées durant la seconde moitié du xx^e siècle: la présence d'une forte classe moyenne et, notamment, d'une «*petite bourgeoisie nouvelle*» étroitement liée à l'État et tournée vers les métiers de l'«*humain*».

Si une analyse critique conduit à pointer la fonction d'imposition normative que remplit cette fraction de classe qui fait «*profession d'offrir les moyens de combler l'écart entre l'être et le devoir-être*» (BOURDIEU, 1979, p. 171), il n'en reste pas moins que son existence n'est pas pour rien dans la diffusion de styles de vie «*sains*» et que

son affaiblissement pourrait entraîner un déclin général du niveau de santé de la population, comme ce fut le cas en Russie après l'effondrement de l'empire soviétique (COCKERHAM, 2007).

Or, force est de constater que la petite bourgeoisie nouvelle voit actuellement ses valeurs humanistes empreintes de psychologie fortement remises en question et ce, de deux façons au moins. Premièrement, par la mise en place dans les services publics de réformes conformes au *New Public Management*. Visant l'efficacité et l'intensification de la productivité, ces réformes affectent directement la dimension *relationnelle* de l'activité professionnelle, dimension qui, par définition, demande *du temps* (GIAUQUE, 2014). Deuxièmement, par le développement sans précédent des neurosciences et de la pharmacologie, disciplines qui légitiment les explications biologisantes des conduites humaines et leur prise en charge médicamenteuse au détriment des approches « psy ». Que l'on pense seulement à l'hyperactivité infantile, trouble du comportement apparu durant la deuxième moitié du xx^e siècle dans la nosographie psychiatrique. Analysant la controverse qui a entouré l'irruption de ce trouble dans l'espace public (et notamment à l'école), Anne Dupanloup (2004) montre que son traitement pharmacologique s'est imposé en raison non seulement du développement de la neuropédiatrie, mais aussi en raison de l'affaiblissement, à partir des années 1990, des approches psychanalytiques et plus largement psychodynamiques : « *ce pendant de la psychiatrie a perdu de sa vigueur et de sa légitimité [et] le pôle médical (neurobiologique, classificatoire et médicamenteux) de la psychiatrie s'en trouve renforcé* » (p. 144). Les comportements scolairement inadaptés « *sont désormais considérés comme des symptômes d'un trouble affectant l'enfant et non comme l'expression d'un individu affecté par et réagissant à une situation relationnelle particulière* » (p. 301). Or, et bien que cette conception des conduites enfantines semble très éloignée de celle qui sous-tend la santé *positive mentale* des infirmières scolaires, rien ne permet d'exclure qu'elle ne gagne la profession avec les futures générations de soignantes.

L'avenir de la profession d'infirmière scolaire pourrait donc prendre la forme d'une quatrième phase historique, caractérisée à la fois par des réformes managériales et par la diffusion de nouveaux paradigmes médicaux. Le rapport à la santé de ces professionnelles et, par suite, les relations qu'elles entretiennent avec les autres professionnels de l'enfance et avec les familles, pourraient s'en trouver profondément transformés.

Bibliographie

BERGER, D., NEKAA, M. & COURTY, P. (2009). «Infirmiers scolaires: représentations et pratiques d'éducation à la santé», *Santé publique*, 21 (6), p. 641-657.

BOUCHAYER, F. (1984). «Médecins et puéricultrices de Protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles», *Revue française de sociologie*, 25 (1), p. 67-90.

BOURDIEU, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Éditions de Minuit.

BOURDIEU, P. (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Paris: Éditions du Seuil.

COCKERHAM, C. W. (2007). «Health lifestyles and the absence of the Russian middle class», *Sociology of Health & Illness*, 29 (3), p. 457-473.

DE MONTLIBERT, C. (1980). «L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice», *Actes de la recherche en sciences sociales*, 32-33, p. 65-76.

DUPANLOUP, A. (2004). *L'hyperactivité infantile. Analyse sociologique d'une controverse socio-médicale*. Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Neuchâtel.

FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte.

- GIAUQUE, D. (2014). « Le management stratégique ou stratégie de contrôle? Des éléments d'analyse du secteur hospitalier suisse », In MAZOUZ, B. (Éd.), *La stratégie des organisations de l'État. Contexte d'analyse, paramètres de décision et gestion du changement*. Québec: Presses de l'Université du Québec, p. 93-113.
- HALL, E. T. (1971). *La dimension cachée*. Paris: Éditions du Seuil.
- LONGCHAMP, P. (2009). « Des infirmières scolaires dans l'espace social », *Carnets de bord en sciences humaines*, 16, p. 45-66.
- LONGCHAMP, P. (2014). « Ce qu'écouter veut dire. Les infirmières scolaires face à la parole enfantine », *Anthropologie & Santé*, 8.
- OESCH, D. (2006). « Coming to Grips with a Changing Class Structure. An Analysis of Employment Stratification in Britain, Germany, Sweden and Switzerland », *International Sociology*, 21 (2), p. 263-288.
- OSIEK-PARISOD, F. (1994). *Infirmières dans l'école: partage de l'action éducative et enjeux identitaires*. Genève: Service de la recherche en éducation, DIP, cahier n° 37.
- SCHULTHEIS, F., FRAUENFELDER, A. & DELAY, C. (2007). *Maltraitance. Contribution à une sociologie de l'intolérable*. Paris: L'Harmattan.
- SELPONI, Y. (2015). « "Faire sa place à l'école". Les infirmières scolaires entre champ médical et institution scolaire », In QUIJOUX, M. (Éd.), *Bourdieu et le travail*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, p. 229-246.
- SERRE, D. (2009). *Les coulisses de l'État social. Enquête sur les signalements d'enfant en danger*. Paris: Raisons d'agir.
- THIN, D. (1998). *Quartiers populaires. L'école et les familles*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- VIGARELLO, G. (1978). *Le corps redressé*. Paris: Armand Colin.
- ZOTTOS, E. (2004). *Santé Jeunesse! Histoire de la médecine scolaire à Genève: 1884-2004*. Genève: La Criée/Service de la recherche en éducation.

Notices biographiques

Marco Allenbach est psychologue, docteur en sciences de l'éducation, professeur associé à la Haute École Pédagogique du canton de Vaud. Formateur, superviseur et consultant, il participe à des formations post-grades en médiation scolaire, en accompagnement, en analyse de pratique et en développement organisationnel. Ses recherches et interventions portent sur l'analyse du travail des intervenant-e-s à l'école, la coopération interprofessionnelle et les recherches collaboratives. Il a notamment publié «Au cœur de la continuité éducative: le travail dans les espaces intermétiers» dans BLAYA, TIÈCHE et ANGELUCCI (Éds.) *Au cœur des dispositifs d'accrochage scolaire* (2019) et «Développer des pratiques collaboratives: Entre souffrance et créativité» dans GREMION *et alii* (Éds), *De l'intégration à l'inclusion scolaire* (2017).

Clarisse Baudraz a obtenu un bachelor en sciences sociales et politiques à l'Université de Lausanne en 2018, dans le cadre duquel elle a également étudié et fait de la recherche durant une année à l'Université du Michigan (USA). Par ses études, elle s'est spécialisée en sociologie et études du genre, avec un intérêt spécifique pour les questions d'égalité et de justice sociale. Elle s'est impliquée par son engagement associatif et en recherche appliquée sur les questions d'égalité, notamment

sur des thématiques liées au genre et à l'éducation. Elle entend poursuivre ses études en politiques internationales et droits humains, afin de se consacrer à la recherche et au développement humain durable notamment en matière de promotion internationale des droits des femmes, LGBTIQ+ et réfugié·e·s.

Héloïse Durler est sociologue, chargée d'enseignement à la Haute École Pédagogique du canton de Vaud. Ses travaux s'inscrivent dans le champ de la sociologie de l'éducation et portent sur les dispositifs pédagogiques et les inégalités d'apprentissage. Elle s'intéresse notamment aux effets de l'injonction scolaire à l'autonomie sur le travail des élèves et des enseignant·e·s, et est l'auteure de plusieurs publications sur cette question: *L'autonomie obligatoire. Sociologie du gouvernement de soi à l'école* (2015); «L'autonomie de l'élève et ses supports pédagogiques», *Recherches en Éducation*, 25 (2016); «Quand l'élève gère son temps: le rapport au temps dans le travail autonome à l'école primaire», *Revue Suisse des Sciences de l'Éducation*, 40/3 (2018).

Crispin Girinshuti est sociologue, chargé d'enseignement à la Haute École Pédagogique du canton de Vaud. Il a soutenu un doctorat (2019) sur l'insertion professionnelle des enseignant·e·s. Ses recherches portent sur la sociologie du travail enseignant. Parmi ses publications récentes: «Le choix du métier: typologie des trajectoires menant vers l'enseignement dans le canton de Vaud en Suisse», *Revue internationale d'éducation de Sèvres* (2017); «Accès à l'emploi des enseignant·e·s diplômé·e·s de Suisse romande. Quels sont les effets d'un recrutement géré localement sur les logiques d'accès au métier?», *Éducation et Sociétés* (2019); «Comment l'état de "carrière" des enseignant·e·s novices module-t-il les difficultés des débuts dans le métier?», dans DEMAZIÈRE, MORRISSETTE et ZUNE (Éds.) (à paraître).

Gaële Goastellec est sociologue, Maître d'Enseignement et de Recherche à l'Université de Lausanne. Ses recherches portent sur la relation entre éducation et société, avec un intérêt

particulier pour la socio-histoire de l'accès à l'enseignement supérieur. Parmi ses dernières publications, avec J. VÄLIMAA, «Inequalities in access to Higher Education and degrees: methodological and theoretical issues», *Social Inclusion* 7/1 (2019), et avec M-A. DÉTOURBE, «Revisiting the issues of access to Higher Education and social stratification through the case of refugees: a comparative study of spaces of opportunity for refugee students in Germany and England», *Social Sciences*, vol 7, 186 (2018).

Philippe Longchamp est sociologue, professeur à la Haute École de Santé Vaud (HES-SO) à Lausanne. Ses travaux portent sur la profession infirmière, les enjeux sociaux du corps, et les rapports sociaux entre les professionnel-le-s de santé et leurs publics. Parmi ses publications: «Goûts de liberté, goûts de nécessité. Quand la diététique s'en mêle», *Sociologie et Sociétés*, 46/2 (2014); «L'importance de la trajectoire sociale pour l'étude des classes populaires», *Lien Social et Politiques*, 74 (2015); «L'espace professionnel infirmier. Une analyse à partir du cas de la Suisse romande», *Revue Française de Sociologie*, 59/2 (2018, avec K. TOFFEL, F. BÜHLMANN et A. TAWFIK).

Philippe Losego est sociologue, professeur ordinaire à la Haute École Pédagogique du canton de Vaud. Il a auparavant enseigné aux universités de Toulouse, Bordeaux et Dijon. Ses recherches portent sur l'insertion des enseignant-e-s, le travail des directeurs et directrices d'établissement, l'analyse des systèmes éducatifs et les curriculums de l'enseignement secondaire. Il a publié «L'école moyenne en Suisse: le cas du canton de Vaud», In BALUTEAU, DUPRIEZ et VERHOEVEN (Éds.), *Entre tronc commun et filières, quelle école commune? Étude comparative* (2018) et codirigé (avec M. GATHERTHURLER, I. KOLLY-OTTIGER et O. MAULINI) *Les directeurs au travail* (2017) ainsi qu'un numéro spécial de la *Revue Suisse de Sociologie* sur les rapports école/travail (2019, à paraître, avec K. DUEMMLER, B. DUC et H. DURLER).

Guillaume Ruiz est sociologue. Après avoir consacré sa thèse de doctorat à la transformation des temporalités des jeunes durant leur socialisation professionnelle initiale, il a travaillé à l'Institut de recherche et de documentation pédagogique (IRDp) sur les changements induits par l'implémentation d'un nouveau système scolaire à Neuchâtel. En septembre 2018, Guillaume Ruiz a été recruté par la Direction générale de l'enseignement postobligatoire du canton de Vaud pour piloter un projet de recherche-action visant à comprendre et réduire les taux d'échecs et de résiliation des apprentis. Parmi ses dernières publications: «La gestion du temps à l'épreuve de la formation professionnelle initiale en Suisse: Le poids des dispositions héritées de la socialisation familiale», *EFG*, 29 (2018).

Méliné Zinguinian est chargée d'enseignement à la Haute École Pédagogique du canton de Vaud. Ses travaux de recherche, notamment sa thèse de doctorat en sciences sociales, portent sur l'évaluation des pratiques des étudiant-e-s en stage en enseignement. Elle s'intéresse tant au travail d'évaluation qu'à celui de conception d'instruments d'évaluation. Ses dernières publications sur la question sont: «Certifier les stagiaires: Le "dur travail" voire le "sale boulot" du formateur en établissement scolaire», *Phronesis*, 4/6 (2017, avec B. ANDRÉ); «La construction d'échelles descriptives pour évaluer des stages en enseignement: Analyse d'un processus à visée consensuelle», *Formation et pratiques d'Enseignement en Questions – Revue des HEP de Suisse romande et du Tessin*, 23 (2018, avec B. ANDRÉ).

Table des matières

<i>Introduction</i>	
<i>Pour une sociologie du travail pédagogique</i>	
Philippe LOSEGO & Héloïse DURLER	7
PARTIE 1	
LE TRAVAIL ENSEIGNANT : DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE	
À LA FORMATION DE LA RELÈVE.....	35
<i>Chapitre 1. Trouver un emploi dans l'enseignement : l'insertion professionnelle des enseignants en Suisse romande</i>	
Philippe LOSEGO & Crispin GIRINSHUTI	37
<i>Chapitre 2. Les enseignantes novices et la collaboration</i>	
Philippe LOSEGO	69
<i>Chapitre 3. L'élève « autonome » dans son travail</i>	
Héloïse DURLER	95
<i>Chapitre 4. Orienter les pratiques parentales. Une externalisation du travail enseignant</i>	
Héloïse DURLER	123

<i>Chapitre 5. Former la relève. Problèmes de prédiction dans l'évaluation des stagiaires</i> Méliné ZINGUINIAN	147
PARTIE 2	
LES AUTRES PROFESSIONS DE L'ÉCOLE ET LES NOUVELLES DIVISIONS DU TRAVAIL.....	169
<i>Chapitre 6. Les intervenants à l'école. Travailler dans l'entre-deux</i> Marco ALLENBACH	171
<i>Chapitre 7. La position ambivalente des infirmières scolaires. Entre « corps diagnostic » et « corps vécu »</i> Philippe LONGCHAMP	199
<i>Chapitre 8. Médiateur ou Technicien? Les deux figures du concierge d'école</i> Gaële GOASTELLEC, Guillaume RUIZ & Clarisse BAUDRAZ.....	227
<i>Chapitre 9. Diriger un établissement scolaire. Émiettement et dossiers</i> Philippe LOSEGO	257
<i>Conclusion</i> <i>Le travail pédagogique, des normes et des contradictions</i> Héloïse DURLER & Philippe LOSEGO	291
Notices biographiques.....	301

Achévé d'imprimer
en septembre 2019
pour le compte des Éditions Alphil-Presses universitaires suisses

Responsable de production : Anne-Caroline Le Coultre

Jeudi 27 mai, fin d'après-midi, vous poussez la lourde porte d'un bâtiment ancien. Une vague odeur de naphthaline, de pierre et de carton. Vous cherchez le bureau du directeur, lieu dans lequel votre rendez-vous est prévu, pour évoquer la scolarité de votre fils. Secrétaires, infirmière, logopédiste, doyenne, enseignant « ordinaire » et « spécialisé », psychologue, concierge... Vous allez ce jour-là croiser un nombre impressionnant de personnes travaillant dans l'établissement scolaire. En quoi consiste leur travail quotidien ? Comment organisent-elles leurs activités, au jour le jour ? Comment leurs tâches s'articulent-elles entre elles ?

L'ambition de cet ouvrage collectif est de décrire le travail, souvent méconnu et parfois invisible, réalisé par ces divers professionnels au sein des établissements scolaires. Il propose des entrées diversifiées sur le travail à l'école, abordant tout autant l'insertion professionnelle, le travail des enseignants, des élèves, des infirmières, des psychologues, des directeurs, des parents ou encore des concierges, afin de donner un aperçu de l'évolution, des divisions et des contradictions qui caractérisent le « travail pédagogique » dans son ensemble.

Avec une volonté de dépasser les oppositions préconstruites, notamment celle entre « travail prescrit » et « travail réel », le livre traite des multiples ajustements auxquels les individus ont recours dans leur quotidien. Il révèle leurs pratiques ordinaires, tout en rendant compte des variations normatives et des diverses prescriptions qui leur sont adressées, à l'intérieur comme hors des murs de l'école.

ISBN 978-2-88930-269-7



9782889 302697