

Des infirmières scolaires dans l'espace social

Bien que les infirmières scolaires soient les seuls agents du système de santé à disposer d'un public captif, leur activité demeure pourtant largement ignorée du grand public. Qu'est-ce qui se joue à l'occasion des visites de santé auxquelles sont conviés les enfants et leurs parents? Basée sur une série d'observations directes et d'entretiens, la présente recherche montre que ce « lieu confiné du soin » que constitue l'infirmier scolaire est une formidable caisse de résonance de la question sociale: s'y rencontrent des individus porteurs de rapports à la santé différents et inégaux, qui s'actualisent au travers de prises de position qu'il est possible de rapporter aux positions qu'ils occupent au sein de l'espace social.

Les inégalités de santé varient en raison directe des inégalités sociales et économiques¹. Vérifiée dans toutes les études internationales (Leclerc et al., 2000), cette loi épidémiologique n'épargne pas la Suisse. Gabadinho et. al. (2007) montrent ainsi que l'état de santé de la population résidente y est directement lié à l'origine sociale: qu'il s'agisse de la santé auto-déclarée, 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 (2003) ainsi que les résultats obtenus par Gubéran et Usel (2000) 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 » (Meyer, 2008: 18).

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 exigües 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 » (Boltanski, 1971: 209). Tout projet scientifique de mise

1. Cette recherche est cofinancée par la division DORE du FNS, le Fonds Stratégique de la HES-SO, la Haute Ecole de Santé de Genève et le Service de Santé de la Jeunesse de Genève. Danièle Lanza (Haute Ecole de Santé de Genève), Véronique Tattini (Haute Ecole Valaisanne Santé-Social), Jeanne-Marie Chablotz (Haute Ecole de Santé de Genève) et Marinette Clavijo-Gallay (Service de Santé de la Jeunesse) ont également participé à cette recherche, qui s'inscrit par ailleurs dans un

travail de thèse en cours du premier auteur.

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*². Nous définissons le *rapport à la santé* comme un ensemble de dispositions³ 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 dimensions du style de vie en tant qu'elles sont 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 trois questions ont été soulevées dans cette recherche :

- si l'on considère que les individus sont porteurs de *rapports à la santé* différents, est-il possible d'identifier les principes qui organisent ces *rapports à la santé* en une structure systématique ?
- quelle relation cette *structure des rapports à la santé* entretient-elle avec l'*espace social*⁴ ?
- quelles sont les modalités de rencontre entre ces *rapports à la santé* considérés sous l'angle de leur plus ou moins forte légitimité sociale ?

L'activité des infirmières scolaires exerçant dans les écoles primaires du canton de Genève 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 éloignés de celui des infirmières scolaires qu'ils occupent des positions éloignées au sein de l'espace social. Ainsi, et en tant que terrain d'observation, l'infirmier 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*, c'est-à-dire des *rapports sociaux*⁵. Notre tâche consiste dès lors à identifier les différents rapports à la santé repérables au sein de notre population (les infirmières et les familles), à établir, le cas échéant, la distribution de ces rapports à la santé au sein de l'espace social, et à analyser les différentes modalités de leur rencontre au sein de l'infirmier scolaire.

Nous avons donc sélectionné trois établissements scolaires genevois sur la base de l'origine sociale des enfants qui les fréquentent (tableau 1).

Avec près de 50% d'enfants d'ouvriers et 16,5% d'enfants de « divers et sans indications » (catégorie dont on sait qu'elle renvoie le plus 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 comparaison, l'établissement C, situé dans un quartier résidentiel, apparaît comme une *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.

L'enquête s'est déroulée sur une période de deux ans, de septembre 2005 à juin 2007. L'automne 2005 a été consacré à une première série d'observations directes de l'activité de l'infirmière scolaire de l'établissement A. Cette première phase nous a permis de nous familiariser avec cet univers professionnel et d'affiner notre grille d'observation. Dans un deuxième temps (dès février 2006), nous avons débuté une série d'observations dans l'établissement B, puis dans l'établissement C (dès octobre 2006). Durant la deuxième année de l'enquête, les observations étaient menées de front dans les trois établissements, nous permettant ainsi de systématiser la comparaison. C'est sur la base de ces observations que nous avons élaboré deux grilles d'entretien, une pour les familles et une pour les infirmières scolaires. Les entretiens avec les familles des trois écoles (47 au total) se sont déroulés d'octobre 2006 à juin 2007. Les entretiens avec les infirmières scolaires exerçant sur l'ensemble du canton (20 au total) se sont déroulés d'avril à juin 2007⁶.

2. On l'aura compris, ce modèle est directement inspiré de celui qui a été développé par Bourdieu (1979), les concepts de « rapport à la santé » et de « pratiques de santé » étant les équivalents formels de ce qu'il nomme les « habitus » et les « styles de vie ».

3. 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 (E. Bourdieu, 1998).

4. Nous nous référons ici à l'espace social tel que conceptualisé par Bourdieu (1979).

5. Issu de la tradition marxienne, le concept de rapport social implique de penser toute culture ou trait culturel comme relevant d'une retraduction de l'ordre économique inégal dans l'ordre culturel. Ce concept se distingue notamment de celui, plus limité, de lien social: « Le concept de rapport social englobe [...] celui de lien social, il permet de penser le lien et l'opposition, alors que ce dernier empêche de penser le conflit » (Pfefferkorn, 2007: 128).

6. Parallèlement à cette récolte de données par observations et entretiens, nous avons constitué une base de données statistiques portant sur l'ensemble des enfants des trois écoles (N=119) et comprenant leurs principales caractéristiques socio-démographiques. Dans le cadre de cet article, nous nous limitons cependant à exposer les résultats issus des observations et entretiens.

Tableau 1: Origine sociale des élèves des établissements scolaires A, B et C⁷

% lignes		CSP du père					Total
		Cadres sup. et dirigeants	Petits indé-pendants	Employés et cadres interm.	Ouvriers	Divers et sans indication	
Etablissement scolaire	Etablissement A n = 401	5.0	5.5	23.1	49.9	16.5	100.0
	Etablissement B n = 383	7.8	3.1	34.2	45.2	9.7	100.0
	Etablissement C n = 313	44.7	3.8	41.2	9.3	1.0	100.0
CANTON N=34 674		18.1	4.7	38.7	32.1	6.4	100.0

1. Du côté des infirmières : une logique sanito-scolaire

Etudiant les valeurs sous-jacentes à l'activité des enseignants et travailleurs sociaux, Thin (1998) dégage une *logique de socialisation scolaire* largement inspirée des travaux de Guy Vincent sur la *forme scolaire*. Sans qu'il nous soit possible de développer ce point dans le cadre limité de cet article, mentionnons que cette *logique de socialisation scolaire* imprègne l'entier de l'activité des infirmières scolaires. Ainsi cette infirmière de l'établissement A qui, discutant avec un enseignant à propos d'une élève ayant subi des violences familiales, considère ses résultats scolaires comme le « baromètre » de son état général :

- Enseignant: *Elle est très volontaire pour ce qui concerne les apprentissages scolaires. Et elle va réussir.*
- ISA⁸: *Tu sais, si la scolarité suit, pour moi c'est un bon baromètre. (JDT 38⁹)*

Tout comme le montre Thin à propos des travailleurs sociaux, on peut donc poser que les infirmières scolaires sont des alliés objectifs de l'école face aux familles populaires, « au sens où [elles] participent à la tentative de production d'enfants scolarisables, au sens où [elles] tentent de transformer les pratiques socialisatrices des parents en pratiques éducatives, de rapprocher le mode de socialisation populaire du mode scolaire de socialisation » (Thin, 1998 : 221). Car « qu'elles le veuillent ou non, les infirmières scolaires appartiennent au système scolaire,

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

8. Les infirmières des établissements A, B et C sont respectivement appelées ISA, ISB et ISC.

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

elles contribuent à la réalisation de ses missions » et sont donc « co-responsables de la fabrication de l'échec ou de la réussite scolaires » (Osiek-Parisod, 1994 : 19).

Si la *logique* à laquelle adhèrent les infirmières scolaires se superpose donc largement à celle des enseignants et travailleurs sociaux, force est pourtant de constater qu'elle comprend un *versant sanitaire* plus marqué. Raison pour laquelle nous parlerons dès à présent de *logique sanito-scolaire*. C'est à ce second versant que nous nous intéresserons ici : partant de son trait le plus saillant – la dévaluation progressive de la dimension physiologique de la santé – nous tenterons d'en dégager les spécificités en lui restituant une certaine épaisseur historique. De fait, et en tant qu'arbitraire culturel, la *logique sanito-scolaire* doit être située à la fois socialement et historiquement. C'est donc en retraçant l'évolution de la profession à Genève depuis le début du XX^e siècle que l'on peut comprendre la genèse de cette logique. Cette évolution peut être grossièrement divisée en trois phases.

La première phase s'étend de l'introduction des premières infirmières dans les établissements publics genevois en 1916 jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Durant cette période, le mal contre lequel luttent prioritairement les infirmières scolaires est clairement constitué par les maladies infectieuses qui touchent les enfants de l'école primaire. L'activité des infirmières consiste alors essentiellement à assister le médecin durant les visites médicales et à surveiller la bonne hygiène des enfants et des familles. Elles sont en effet « les agents par lesquels les autorités médicales scolaires s'immiscent dans les foyers et inculquent des notions d'hygiène et de prophylaxie » (Zottos, 2004 : 64). Leur attention porte essentiellement sur le corps des enfants, dont l'état de santé est évalué au travers d'examen anthropométriques avant tout : taille, poids, posture, dentition, hygiène, etc. On peut donc parler ici d'un « corps diagnostic ».

La deuxième phase est marquée par la rencontre de deux séries causales relativement indépendantes : l'écroule-

ment du *marché* des maladies infectieuses suite à 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. L'éradication partielle des maladies infectieuses – ainsi que la concurrence entre médecins scolaires et pédiatres – entraîne un retrait relatif des médecins de l'enceinte scolaire à partir des années 1960 (Zottos, 2004). Cette situation profite pleinement aux infirmières, qui trouvent là une occasion de déployer davantage leur activité au sein de l'école. Et ce déploiement sera sous-tendu par les valeurs de la *petite bourgeoisie* naissante. De fait, et alors que l'OMS diffuse, dès 1948, une définition de la santé qui se veut « bio-psycho-sociale », toute une série de professions *nouvelles* ou *renovées* de la santé (psychologues, psychanalystes, thérapeutes, animateurs de toutes sortes, etc.) vont retraduire cette définition conformément à leur *éthos*, c'est-à-dire en l'amputant partiellement de sa dimension biologique. Toute possibilité d'un diagnostic extérieur basé sur la *mesure* du corps se voit ici évacuée, puisqu'il convient au contraire de mener l'individu à s'évaluer lui-même par « l'introspection, la perception des émotions, du stress, des tensions dans un auto-diagnostic constant, une auto-analyse permanente » (Perrin, 1984 : 58). De fait, « il s'agit partout d'une incitation à explorer et à écouter vivre son corps à travers une série d'essais et d'exercices ; incitation aussi à exprimer gestuellement et parfois verbalement le vécu (*feél*) de ses sensations internes et externes, ainsi que de ses affects envers le corps et le contact d'autrui » (Maisonneuve, 1976 : 555). Ironie de l'histoire, c'est précisément du produit le plus direct du *dispositif de sexualité* qui s'est mis en place depuis le XVII^e siècle dont va s'emparer la *petite bourgeoisie* naissante, à savoir « le < droit > à la vie, au corps, à la santé, au bonheur, à la satisfaction des besoins, le < droit >, par-delà toutes les oppressions ou < aliénations >, à retrouver ce qu'on est et tout ce qu'on peut être » (Foucault, 1976 : 191). Cette petite bourgeoisie participe dès lors pleinement, et à son propre insu, à ce « pouvoir dont la plus haute fonction (...) [est] d'investir la vie de part en part » (p. 183) en faisant « profession d'offrir les moyens de combler l'écart entre l'être et le devoir-être » (Bourdieu, 1979 : 171). Et c'est dans ce mouvement général qu'émerge un nouveau corps qui, sans donner congé au corps diagnostic, se superpose à lui et contribue à en réduire l'importance :

le « corps vécu », qui échappe à toute anthropométrie et dont l'individu est la seule mesure.

Ce « corps vécu » va trouver la pleine mesure de son expansion avec la troisième phase historique de la profession, dont on peut situer le commencement en 1989, année de la Convention internationale des droits de l'enfant. Bien que ratifiée par la Suisse en 1997 seulement, elle est à comprendre comme la manifestation d'une nouvelle attention portée à l'enfance, qui se manifestera notamment par l'émergence d'un nouveau problème social : la « maltraitance ». Le nombre de signalements effectués par le Service de Santé de la Jeunesse connaît une croissance exponentielle durant la décennie 1990 : de 12 en 1989, il passe à 42 en 1991, à 113 en 1995, à 300 en 2000, et à plus de 360 en 2003¹⁰. Nos observations montrent qu'en dépit du – ou grâce au¹¹ – flou qui entoure cette notion, la catégorie « maltraitance » (ou « négligence ») revient régulièrement dans les appréciations des infirmières scolaires, fonctionnant comme une sorte de « point zéro » à l'aune duquel sont évaluées les situations des enfants. Aboutissement de « déviations majeures », le signalement se trouve donc adossé à toutes ces « déviations mineures » repérables par les remarques, reproches ou rappels à l'ordre et qui engagent les mêmes schèmes de perception et d'appréciation¹². Et l'on peut donc affirmer que la maltraitance est à l'infirmière scolaire du début du XXI^e siècle ce que la maladie infectieuse était à celle de la première moitié du XX^e siècle : le mal à prévenir et combattre par tous les moyens dont elle dispose ; l'étalon auquel se mesurent non seulement la situation des enfants et des familles, mais aussi le succès ou l'échec de ses interventions. Mais ce « mal dominant » 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 psychologique. 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 des « enfants maltraités » relevait encore du monopole médical (Serre, 2004), le diagnostic ne repose ici qu'accessoirement sur de telles manifestations relatives au « corps diagnostic ». Car c'est bien plutôt à un ensemble de mises en jeu du « corps vécu » que font référence les signalements pour maltraitance : écart à des normes psychologiques (un enfant « mal dans

10. Ces chiffres sont obtenus par une compilation des informations disponibles in Zottos (2004), Schultheis et. al. (2005) et la Lettre d'information du réseau suisse d'écoles en santé no 28 (2008, 15 juillet). Il va sans dire que cette multiplication par 30 du nombre de signalements pour maltraitance en une période aussi brève ne saurait traduire une augmentation réelle des cas dans une même proportion, et doit donc aussi être comprise comme l'effet d'une transformation rapide du

regard porté sur la famille et l'enfant. Il n'en reste pas moins que « les usages sociaux qui ont été faits des statistiques de la maltraitance ont participé à renforcer le consensus moral sur ce phénomène, attestant du même coup de la reconnaissance sociale de cet instrument comme expression adéquate de la réalité » (Schultheis et. al., 2005 : 42).

11. « Tout se passe comme si la maltraitance représentait une catégorie d'identification des problèmes sociaux aussi récurrente que son champ sémantique est à géométrie variable » (Schultheis et. al., 2005 : 21).

12. Nous empruntons ici la distinction entre « déviations majeures » (qui entraînent un signalement) et « déviations mineures » (qui entraînent des remarques, rappels à l'ordre etc.) à Delphine Serre (1998).

sa peau » ou souffrant d'un « blocage affectif », à des normes scolaires (un enfant « peu stimulé », « qui ne fait pas ses devoirs ») ou encore à des normes de « savoir vivre » (un enfant « qui regarde trop la télévision », « qui ne fête pas son anniversaire ») (Schultheis et al., 2005). C'est donc en mobilisant très largement les schèmes de perception psychologique et familialiste acquis durant la deuxième phase conformément à l'*ethos* de leur groupe social d'appartenance que les infirmières scolaires vont investir la question de la maltraitance¹³. Une question qui apparaît dès lors ici comme un révélateur particulièrement efficace de cette nouvelle forme de bio-pouvoir qui, loin de tracer une ligne de démarcation au sens juridique entre le licite et l'illicite, le permis et l'interdit, opère par « des distributions autour de la norme » (Foucault, 1976 : 190). Survivant dans les textes, (et notamment dans les items du carnet de santé des enfants), le « corps diagnostique » disparaît peu à peu des catégories de perception des infirmières scolaires, au profit du « corps vécu ». Déjà largement dévalué durant la deuxième phase, l'examen anthropométrique se voit supplanté par une « observation diffuse » qui, déterminée par les schèmes psychologique et familialiste, porte avant tout sur l'*hexis corporelle* de l'enfant (sa manière de se tenir, de parler, etc.) ainsi que sur sa relation avec le parent présent durant la visite de santé (généralement la mère)¹⁴:

- Chercheur : *Dans ces visites de 2^e 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 problèmes de comportement et on voit qu'ils manquent de cadre, hein, souvent. (Entretien 7).*

« Manière d'aborder les relations sociales à travers une forme de sollicitude intimiste qui crée un espace de relations privilégiées » (Fassin, 2004 : 73), l'*écoute*

13. Le schème psychologique consiste à transformer « un problème qu'il faudrait définir socialement, historiquement, politiquement (et psychologiquement) en une situation dont le sens est épuisé lorsqu'on en a élucidé la dimension psychologique ou interpsychologique, et qui ne peut être transformée qu'en transformant cette dimension » (Castel, Le Cerf, 1980 : 38). Il entretient une affinité élective avec le schème familialiste qui se caractérise « par une lecture familialiste

de la situation des enfants, évaluée à partir des comportements de leurs parents, d'inspiration fortement psychologique » (Serre, 2004 : 214). Ces schèmes s'opposent tant au schème somatique (qui focalise l'attention sur la dimension proprement physiologique de la santé) qu'au schème matérialiste (qui rapporte les situations observées aux conditions de vie économiques).

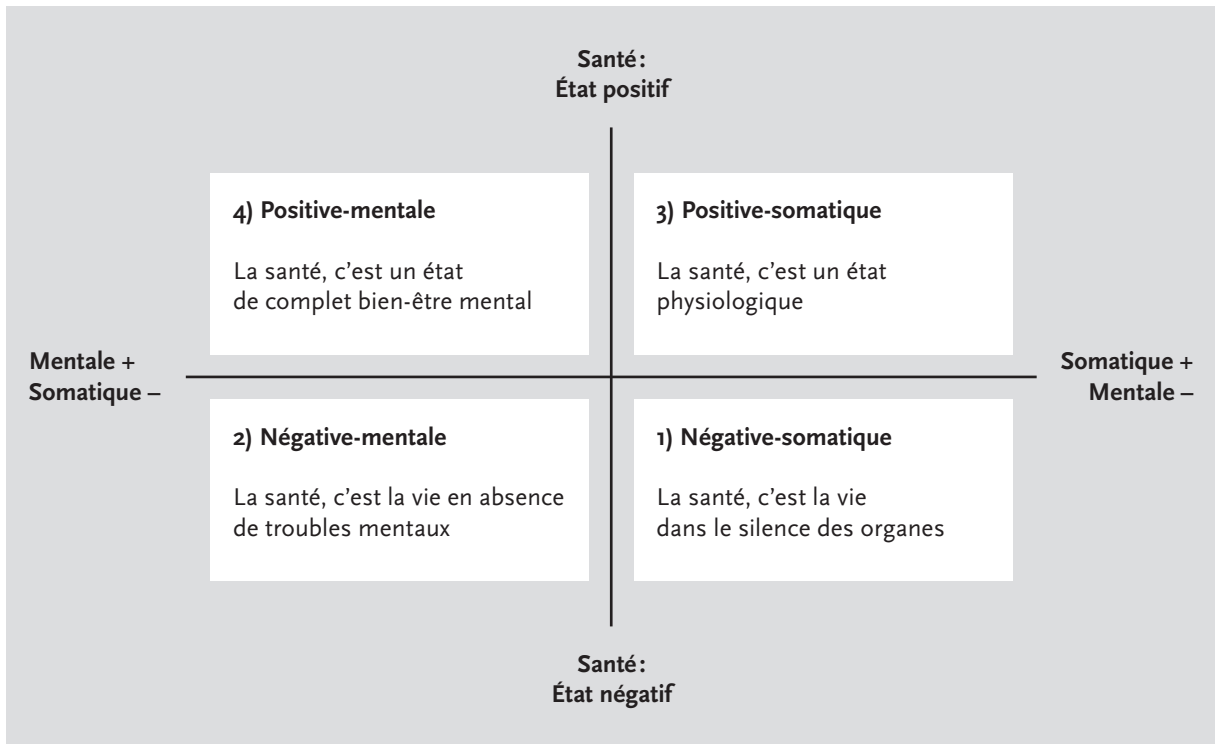
s'impose à présent comme la modalité d'intervention dominante des infirmières scolaires, comme en témoignent leurs propos qui presque tous la présentent comme une dimension importante de leur identité professionnelle. Cette écoute, qui requiert à minima que les individus (enfants, parents) *parlent*, procède d'une « volonté de savoir » qui, de manière semblable à l'explosion discursive autour de la sexualité qui a provoqué un mouvement centrifuge par rapport à la monogamie hétérosexuelle durant les XVIII^e et XIX^e siècles (Foucault, 1976), s'inscrit dans un vaste mouvement d'extension sémantique du vocable « santé », extension qui confère aux infirmières scolaires le droit légitime de s'intéresser à l'ensemble des dimensions de la vie de l'enfant ainsi qu'à la manière dont il vit subjectivement les situations qu'il rencontre. La *logique sanito-scolaire* apparaît dès lors comme un rapport à la santé particulier dans lequel tout est susceptible de faire signe vers la santé : il s'agit de « faire santé de tout bois ».

2. Un espace des rapports à la santé à deux dimensions

La *logique sanito-scolaire* que nous venons de présenter relève d'un rapport à la santé particulier, qu'il nous faut à présent situer parmi les différents rapports à la santé repérables au sein des familles interrogées. Tout semble se passer comme si l'ensemble de nos données récoltées par observations et entretiens était traversé par deux oppositions fondamentales. La première distingue les discours et pratiques se rapportant à une définition *négative* de la santé d'une part, et les discours et pratiques se rapportant à une définition *positive* de la santé d'autre part. Dans le premier cas, la santé est appréhendée comme un état négatif ne pouvant se caractériser autrement que par l'absence de maux. Dès lors, un état de bonne santé ne soulève pas de questions particulières, ne nécessite pas de pratiques d'entretien spécifiques et, partant, ne fait pas l'objet d'un véritable discours. Dans le second cas, la santé est appréhendée comme un état positif ne se résumant pas à l'absence de maux. Dans cette perspective, « la santé et la maladie ne sont pas nettement distinguées [...], d'une certaine façon, la santé est dans la maladie et la maladie dans la santé [...], la maladie imprègne la santé et plane sur elle comme une menace perpétuellement présente » (Boltanski, 1969 : 99). La santé, qui est rattachée à de multiples pratiques *préventives*, peut dès lors faire l'objet d'une véritable description *en soi* – et non par simple

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

Schéma 1 : L'espace des rapports à la santé



opposition à la maladie – et est alors souvent sous-tendue d'un discours relativement élaboré.

Le second axe oppose, de manière classique, le pôle de la *santé somatique* à celui de la *santé mentale*. Tout semble en effet se passer comme si les discours et pratiques observés étaient traversés par cette véritable ligne de fracture, les uns se rapportant plutôt à des considérations d'ordre physique, les autres plutôt à des considérations d'ordre psychologique.

La combinaison de ces deux axes en une structure croisée permet de dégager un *espace des rapports à la santé* à deux dimensions qui donne lieu à quatre types idéaux (schéma 1). Rappelons, avec Weber (1992), qu'un idéaltype s'obtient « en accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits pas du tout » (p. 172). En tant que prédictions théoriques, aucun de ces

rapports à la santé ne se retrouve donc à l'état « pur » dans la réalité. Il en est même un – le pôle de la *santé négative-mentale* – que l'on ne retrouve qu'à l'état très déformé dans nos données. Il n'en reste pas moins que tous les discours et pratiques observés – et, partant, tous les individus, qu'il s'agisse d'une infirmière scolaire, d'un enfant ou d'un parent – peuvent être situés au sein de cet espace¹⁵.

La santé *négative-somatique*

Le rapport à la santé de type *négative-somatique* se retrouve majoritairement parmi les classes populaires. Il se révèle avant tout par la brièveté des réponses obtenues à cette question : « à quoi voyez-vous que vos enfants sont en bonne santé ? ». On retrouve alors dans les réponses une double caractéristique : limitation à la dimension somatique d'une part, limitation à l'absence de maux d'autre part.

– Chercheur : *Si on vous demande si votre enfant est en bonne santé ou pas, qu'est-ce que vous trouvez ?*

15. Situer les individus – et non seulement les discours et pratiques – au sein de l'espace des rapports à la santé peut soulever certaines questions d'ordre théorique. A la suite de Lahire (2004) qui, dans ses travaux critiques sur le concept d'*habitus*, montre que les situations de *dissonance dispositionnelle intraindividuelle* représentent la norme plutôt que l'exception, on peut supposer que nombre d'individus, plutôt que de se situer vers tel ou tel pôle, présentent un *rapport à la*

santé clivé (i.e. tel sportif d'élite se situant dans la *santé positive-somatique* pour tout ce qui concerne sa pratique sportive, mais qui verse dans la *santé négative-mentale* – « tout va bien et je n'ai donc rien à dire » – sitôt qu'il est sommé de se livrer à une introspection). Mais, et comme le précise Lahire lui-même (1998), ces deux perspectives, plutôt que de s'opposer, correspondent à des *échelles d'analyse différentes*. Cherchant ici à identifier les variations entre les individus – et

plus largement entre les groupes sociaux – et non les variations intra-individuelles, nous nous autorisons donc à situer les individus dans l'espace des rapports à la santé.

- Mère: *Moi je pense que oui. Bon, des fois, on a le rhume mais ça, on peut pas trouver une maladie grave.*
- C: *Et pis comment vous faites pour savoir s'il est en bonne santé ou comme ça ?*
- M: *Oh, bon, je fais rien, normalement quand je trouve qu'il est bien malade-malade, c'est quand je trouve qu'il a de la fièvre. S'il a pas la fièvre, je trouve pas qu'il est malade-malade.*
- C: *C'est la fièvre qui vous dit ?*
- M: *Voilà. (Entretien avec une mère au foyer. Père ouvrier du bâtiment)*

On le voit, alors que la question posée porte explicitement sur la *santé* de l'enfant, les réponses se rapportent systématiquement à l'*absence de maladies physiques*. Comme le fait remarquer Thin (1997) à propos des familles populaires, « autant la maladie est assez facilement appréhendable par les parents à travers ses manifestations pratiques et corporelles, autant la santé reste une notion abstraite à propos de laquelle les parents ont peu à dire » (p. 14). Cette maladie que l'on peut nommer, dont on peut parler, est avant tout considérée comme une *menace exogène*. Dès lors, et plus que des règles générales d'hygiène qui renvoient à une maladie conçue comme *dérèglement interne*, une mesure prophylactique, lorsqu'elle existe, consiste avant tout en « une action à caractère d'extériorité qui vise à surveiller et à protéger le corps des agressions externes » (idem : 18). Il faut donc se *couvrir* :

- Mère: *Vous voyez, les enfants ils s'habillent pas assez, et vous voyez, moi, c'est vrai que tous les matins je dis : « prends le parapluie, habille-toi comme il faut ! ». Parce que c'est vrai, même si après on a chaud, une classe il fait quand même frais le matin quand on sort. (Entretien avec une mère aide-soignante. Père ouvrier du bâtiment)*
- Chercheur: *Et puis, en fait, est-ce que vous lui donnez des conseils, vous donnez des conseils à vos enfants, pour la santé, vous leur dites... ?*
- Mère: *Ah oui, bien sûr, pas laisser son capuchon pour pas prendre la pluie, pour pas prendre le froid ! (Entretien avec une mère ménagère. Père peintre en bâtiment)*

Si l'on peut définir les *pratiques de santé* comme l'ensemble des dimensions du *style de vie* en tant qu'elles sont subjectivement investies comme participant, pour partie au moins, du recouvrement, du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé, force est de constater que ces pratiques se caractérisent ici non seulement par leur rareté, mais aussi par leur très faible étendue. Tout se passe en effet comme si l'on avait affaire à un état historiquement ancien du champ médical, dans lequel la notion de santé ne s'appliquait qu'à un nombre très limité de domaines de la vie : les principaux thèmes habituellement abordés durant une visite de santé (alimentation, sommeil, activités extrascolaires et expression verbale notamment) ne font presque jamais spontanément l'objet d'un lien avec la santé de l'enfant.

Ainsi, face à la question de « qu'est-ce qu'un bon repas », les réponses parentales se situent plus souvent dans le registre gustatif que diététique.

- Chercheur: *Pour vous, un bon repas, c'est quoi ?*
- Mère: *Oh, moi j'aime tout !*
- [...]
- C: *Donc, au fond, un bon repas pour vous, il faut qu'il y ait quoi dedans ?*
- M: *(rire)*
- C: *De la viande, des légumes ?*
- M: *Oui, j'aime plus la viande que les légumes. Ça c'est vrai. (Entretien avec une mère au foyer. Père ouvrier du bâtiment)*

Nous l'avons dit, lorsque l'un des deux parents est présent à une visite de santé de 2^e enfantine, c'est dans 86% des cas de la mère dont il s'agit. Cette proportion ne subit pas de variation significative suivant les milieux sociaux considérés. Tout en confirmant que, parmi les classes populaires, ce sont avant tout les femmes auxquelles il revient d'affronter les marchés dominants (Bourdieu, 1983), ce résultat montre qu'il ne s'agit pas là d'une spécificité propre à une classe sociale particulière, mais bien plutôt de la manifestation d'une division sexuelle du travail qui semble traverser l'ensemble de l'espace social. Quoiqu'il en soit, le fait que les destinataires des normes de santé diffusées par les infirmières scolaires soient majoritairement des femmes est un élément qui produit sans doute ses effets les plus marquants parmi les familles qui relèvent de la santé *négative-somatique*, c'est-à-dire parmi les classes populaires. De fait, la relative proximité des mères de classes populaires avec les instances légitimes peut mener à une sorte d'*interculturalité intracouple* qui se manifeste tout particulièrement dans le domaine de l'alimentation des enfants. Ainsi, lorsqu'elles tentent d'appliquer certains principes dictés par les infirmières scolaires, les mères de classes populaires ont une probabilité plus élevée que les autres de se voir confrontées à une forte résistance paternelle qui vient s'ajouter, dans les cas de trajectoires sociales ascendantes, à la résistance des grands-parents.

ISB reçoit D. (un garçon de 5^e primaire) pour un suivi de poids :

- ISB: *Comment tu vas, D. ? Est-ce que tu as la feuille ?*
- D: *Non. Mais je l'ai pas oubliée, c'est ma maman qui l'a jetée je crois (...). Mais en tous cas j'ai perdu trois kilos.*
- [...]
- ISB: *D'accord D., c'est peut-être bien, mais moi je voulais t'aider à ce que tu manges bien tout le temps, régulièrement. (...) Ta maman, elle était pas très d'accord avec ça ?*
- D: *Si, en plus elle était très d'accord. Mais mon papa il était pas trop d'accord. Il a dit : « mais t'as pas besoin de ça, déjà que tu grandis pas bien, il faut que tu manges ! ». Je lui ai dit que c'était pas un régime, que c'est pour que je mange mieux. Parce qu'il pensait que c'était un régime. (...) Ma maman elle m'encourage, elle a la clé de l'armoire dans sa poche.*

(...) Et l'autre jour, on est allés aux bains thermaux, je suis allé au hammam, je transpirais beaucoup. (JDT 33. Mère au foyer. Père employé dans une société de nettoyage)

La question de la corpulence, et notamment lorsqu'il s'agit de celle de l'enfant, fait l'objet d'une certaine ambivalence: car si le caractère néfaste de l'obésité semble avoir largement pénétré les classes populaires, elle s'y heurte pourtant encore largement à un schème de perception de la corpulence qui interprète la rondeur d'un enfant comme le signe le plus palpable de sa bonne santé, cette dernière étant avant tout assurée par le fait que l'enfant ne manque de rien. Ce schème de perception se révèle notamment à l'occasion du calcul de l'indice de masse corporelle de l'enfant durant les visites de santé: la réaction de certaines mères de classes populaires des établissements A et B – réaction jamais observée dans l'établissement C – révèle alors toute la distance qui sépare leur rapport à la santé de celui des infirmières scolaires:

– ISA: *Et il mange bien ?*

– Mère: *Oh, je le trouve un peu maigre.*

ISA pèse et mesure J.: 22kg, 122cm. Le BMI est dans la moyenne.

– ISA: *Il y a vraiment pas de quoi vous inquiéter. Pour la taille, il est même un peu au-dessus de la moyenne. Donc même s'il mange peu, il a ce qu'il lui faut. Ca va impeccable.* (JDT 19. Garçon avec sa mère aide-soignante. Père informaticien employé).

ISB calcule le BMI de C. (une fille). Elle est dans la norme. Ce que ne semble pas penser la maman:

– Mère: *On la touche, là (elle touche sa fille au niveau des côtes) on sent tout, il y a rien de réserve.* (JDT 15. Fille avec sa mère lingère employée. Père ouvrier employé).

Survivance d'un état historique antérieur de la relation entre la corpulence et la position sociale¹⁶, ce schème de perception qui désigne comme *maigre* ce que l'indice de masse corporelle désigne comme *mince*, demeure l'une des caractéristiques les plus permanentes du rapport au corps au sein des classes populaires et, partant, les plus clivantes par rapport aux classes moyennes et supérieures¹⁷.

En cohérence avec ce qui précède, les rares activités physiques repérables au sein de ces familles ne sont

pas appréhendées comme des activités *préventives*. Lorsqu'elles sont le fait des parents, ces activités répondent le plus souvent à un *problème* (mal de dos, surpoids) et se font sur recommandation médicale. Plus qu'une règle de vie générale, l'activité physique est donc considérée ici comme un acte thérapeutique limité dans le temps et qui, tels ces actes médicaux irrémédiables que sont l'extraction d'une dent, la réduction de la foulure ou la piqûre, ramène «brutalement du côté de la santé et de la vie active» (Boltanski, 1969: 98).

S'agissant des enfants, la fréquence des activités extrascolaires encadrées par un adulte semble varier en raison directe du volume de capital: relativement peu fréquentes parmi les fractions supérieures des classes populaires, elles ont tendance à disparaître complètement à mesure que l'on passe vers les fractions les plus démunies. N'étant jamais spontanément citées parmi les éléments participant de la «bonne santé» d'un enfant, ces activités ne semblent pas appréhendées en tant que *pratiques de santé*, mais plutôt comme distractions pratiquées en groupes et prioritairement destinées aux garçons.

Région de l'espace des rapports à la santé la plus éloignée de la logique sanito-scolaire, le pôle de la santé *négative-somatique* constitue aussi un point de vue à partir duquel la fonction de l'infirmière scolaire apparaît de la manière la plus abstraite. Dans les fractions les plus démunies des classes populaires, l'existence même d'une infirmière scolaire est parfois complètement méconnue. Et lorsque son existence est connue, sa fonction est bien souvent ignorée, ou alors réduite à une dimension «urgentiste» (soigner les enfants ayant subi un accident durant la récréation), c'est-à-dire à cette part de l'activité que les infirmières qualifient elles-mêmes péjorativement de «bobologie» et qui, selon nos observations, ne constitue que 8,9% du total de l'activité¹⁸.

La santé *négative-mentale*

Nous l'avons dit, le rapport à la santé de type *négative-mentale* est une prédiction théorique de notre modèle non vérifiée empiriquement. Selon toute vraisemblance, ce rapport à la santé ne trouve pas les conditions nécessaires à son autonomisation au sein des classes populaires, et reste donc étroitement associé au rapport à la santé de

16. On peut considérer, avec Darmon (2003), que c'est à partir du milieu du XIX^e siècle que la maigreur cesse d'être considérée comme stigmate de la pauvreté et devient un attribut de l'excellence féminine. On sait par ailleurs que la position sociale est très fortement clivante du point de vue de l'indice de masse corporelle, qui suit une courbe croissante à mesure que l'on va des classes supérieures vers les classes populaires (Détrez, 2002; Meyer, 2008).

17. Boltanski relevait il y a près de 40 ans que «deux individus de même corpulence seront considérés comme minces dans les classes populaires et gros dans les classes supérieures» (Boltanski, 1971: 223).

18. A l'origine, le terme de «bobologie» est issu du vocabulaire médical hospitalier. Il «stigmatise la prise en charge du «tout-venant» comme relevant de la médecine générale et tout particulièrement de la médecine de ville, perçue comme traitant une clientèle non sélectionnée et des demandes n'appelant pas des compétences strictement médicales» (Bessin et Lechien, 2002: 79). Tel qu'employé par les infirmières scolaires, il semble remplir une fonction de double stigmatisation

de la prise en charge qu'il désigne: comme intervention strictement limitée au somatique d'une part, comme intervention n'appelant aucune compétence professionnelle particulière d'autre part (la «bobologie» pouvant être prise en charge par les enseignants qui ont reçu des cours de premiers secours).

type *négative-somatique*. S'il fallait résumer les manifestations empiriques de ce pôle de notre espace, nous dirions qu'il consiste avant tout en un *silence*: de fait, les familles des classes populaires ne nous ont jamais spontanément parlé de la dimension mentale de la santé. Et pour cause: conformément à un éthos de la guérison dans lequel la *santé physiologique* n'est appréhendée qu'au travers de la maladie, la *santé mentale* ne peut être appréhendée qu'au travers de la maladie mentale. C'est ainsi que se comprend la grande résistance qu'opposent la plupart des familles populaires au suivi psychologique en général, et à celui de leur enfant en particulier:

- ISA: *Vous allez au Service Médico-Pédagogique ?*
- Mère: *Oui, je vais aller. Mais mon mari il croit pas aux psychos. On se bagarre toujours avec mon mari, parce qu'on est pas d'accord, et on se met jamais d'accord. [...] Le problème c'est que K [le fils] il me demande trop [...]. Quand il est à la maison c'est un calvaire [...]*
- I: *Ce qu'il faut maintenant, c'est vous mettre d'accord avec votre mari.*
- M: *Ah, ça c'est difficile.*
- I: *Parce que vous savez, K. [le fils] il a besoin de limites.*
- M: *Ah, ça j'arrive pas à mettre des limites. [...].*
- I: *Vous avez une assurance maladie ?*
- M: *Oui.*
- I: *Alors allez voir un psychiatre pour vous.*
- M: *Ah, non j'ai pas le temps. Mon mari il est aussi malade.*
- I: *Oui, mais je vous vois fatiguée depuis quelques semaines.*
- M: *Depuis quelques années je dirais.*
- I: *Oui, donc c'est important de prendre ce temps pour vous. Parce que le jour où vous craquez, il y a plus personne pour tenir la maison. Et vous avez aussi quitté votre pays.*
- M: *Non, mais ça c'est pas grave. (JDT 59. Garçon avec sa mère au foyer. Père chauffeur sans activité professionnelle)*

L'action du psychologue s'oppose au rapport à la santé des milieux populaires en plus d'un point. Premièrement, nous l'avons dit, leur définition de la santé ne s'étend pas nécessairement à la dimension psychique. Deuxièmement, lorsqu'elle est considérée, cette dimension ne peut s'exprimer qu'en termes de *maladie*, et fait donc l'objet d'un véritable tabou qui renvoie directement au risque de stigmatisation de cette prise en charge. Troisièmement, « le fait de raconter sa vie dans une relation avec un psychologue est non seulement inconcevable mais aussi largement insupportable pour les membres des classes populaires. Non que l'on ne raconte pas aux proches [...] les événements qui émaillent la vie ordinaire, mais que la posture consistant en une introspection et en une prise de distance par rapport à soi ne prend pas sens, quand elle n'est pas un non-sens » (Thin, 1997: 104-105). Quatrièmement, la posture psychologisante entre en contradiction avec la conception même de l'enfant: là où les infirmières scolaires perçoivent des « problèmes relationnels » ou des « troubles du comportement » associés à la biographie et à la vie familiale de l'enfant, les parents voient plutôt un « trait de

caractère », une manière d'être qui ne peut être changée. Cinquièmement, le traitement psychologique entre en contradiction avec un éthos de la guérison qui n'accorde crédit aux professionnels que dans la mesure où les améliorations apportées sont rapides et immédiatement perceptibles. Dans cette perspective, les suivis de longue durée sont vite perçus comme une perte de temps, et seules les situations de changement rapide prennent véritablement sens aux yeux de ces parents. Ainsi cette mère qui parle d'une conversion quasi-miraculeuse – le « dé clic » – du comportement alimentaire de son fils suite à son entrevue avec l'infirmière scolaire:

- Mère: *Ben ça m'a quand même arrangé qu'elle [l'infirmière scolaire] soit rentrée en contact avec lui parce que ça lui a fait un dé clic sur les chips. [...] Et comme ça a fait le dé clic à D. [fils], ça peut faire le dé clic à certains enfants qui ont peut-être des problèmes à ce niveau-là, par exemple. (Entretien avec une mère vendeuse employée. Père boulanger employé)*

La santé *positive-somatique*

Relativement aux deux premiers rapports à la santé que nous venons de décrire, le passage à la santé *positive-somatique* suppose un déplacement sur le premier axe de l'espace des rapports à la santé. Ce passage, qui entraîne un surcroît de représentations et pratiques préventives, est entièrement solidaire d'une conversion radicale du rapport au temps. De fait, et quel qu'il soit, l'acte de prévention sollicite chez l'individu une véritable « disposition ascétique » consistant à refuser un plaisir immédiat « en vue d'un résultat d'un intérêt supérieur mais situé dans l'avenir » (Boltanski, 1969: 113). Cette affinité élective entre règle technique et règle morale fait que la prévention de la maladie telle qu'elle est aujourd'hui promue par les instances légitimes est inséparablement liée à un certain rapport au temps, et tout particulièrement à l'avenir.

La santé *positive-somatique* semble se retrouver majoritairement au sein des classes moyennes et supérieures dont la structure du capital présente une dominante économique. Interrogés sur la santé de leurs enfants, les parents livrent, dans un premier temps, une réponse sensiblement identique à celle que nous avons vue plus haut: ils sont en bonne santé car ils ne sont pas malades. Mais cette réponse se voit immédiatement complétée par une notion absente dans le rapport à la santé précédent: *l'hygiène de vie*.

- Mère: *Alors oui, ils sont en très bonne santé, à part les petites choses, ma foi, de croissance et qu'on traite au fur et à mesure, quoi. Mais non, ils sont en très bonne santé.*
- Chercheur: *D'accord, et vous attribuez ça à quoi ?*
- M: *(rires)*
- C: *A la Providence ?*
- M: *Non, non, non, non. Non, à l'hygiène de vie, ça c'est clair. Oui, à l'hygiène de vie, je veux dire, à l'alimentation,*

aux heures de sommeil, au sport, à une certaine rigueur qui fait que tout se déglingue pas pour un oui pour un non, quoi. (Entretien avec une mère au foyer. Père architecte à son compte – 20 employés – politicien et président du conseil d'administration d'une banque)

Telle qu'elle apparaît ici, la notion d'hygiène de vie répond à trois caractéristiques majeures. Premièrement, et relativement au rapport à la santé précédent, elle agit comme principe d'extension du vocable «santé» qui, d'une définition négative (ne pas être malade), passe ici à une définition positive : étant subjectivement investies comme participant du recouvrement, du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé, toute une série de dimensions du style de vie (alimentation, sommeil, sport) se voient converties en *pratiques de santé*¹⁹. Deuxièmement, il convient de noter que, bien que très étendues, ces *pratiques de santé* se limitent pourtant à la dimension somatique de la santé. Enfin et troisièmement, la notion d'hygiène de vie se réfère ici à une santé conçue comme le résultat d'un ensemble de pratiques préventives visant à un renforcement de l'équilibre des différentes fonctions physiologiques : plus que d'une menace exogène, c'est donc de la perturbation de cet équilibre endogène que pourrait surgir la maladie.

Interrogés sur ce qu'est pour eux un «bon repas», les parents répondent presque toujours dans le registre diététique, plutôt que dans les registres gustatif ou quantitatif :

- Chercheur : *Alors par rapport à l'alimentation, pour vous, c'est quoi un bon repas ?*
- Mère : *Alors, un repas où il y a viande ou poisson, ou des œufs, enfin des protéines, des légumes et puis, féculents.* (Entretien avec une mère, diplômée de l'école commerciale, convertie au travail social sur le tard. Père cadre bancaire)

Perçue dans le rapport à la santé précédent selon un schème opposant le *fort* (l'enfant «bien rond») au *faible* (l'enfant «trop maigre»), la morphologie de l'enfant est ici appréhendée selon un schème esthétique qui, loin de ramener la minceur à la maigreur, l'attribue au contraire à une sorte d'excellence corporelle. S'agissant de la relation entre l'infirmière scolaire et les familles, on observe en ce domaine une situation qui est l'opposé symétrique de celle que nous observions précédemment : alors que l'infirmière a plutôt tendance à s'inquiéter face à des enfants très (voire trop) minces, les parents se montrent tellement rassurés qu'ils en viennent à adopter une attitude qui se veut rassurante :

ISC est en train de calculer les courbes de L. (fille). Le père observe et demande à voir.

- Père : *Non, je demande, parce que traditionnellement elle était un peu en-dessous en poids et au-dessus en taille [...] Oh, elle est mince mais elle est pas maigre.* (JDT 50. Fille avec son père informaticien indépendant. Mère employée de banque directrice)

En cohérence avec une notion d'hygiène de vie axée sur le corps, les nombreuses activités extrascolaires des enfants concernent avant tout le sport. Les modalités de ces pratiques, les attentes parentales auxquelles elles répondent ainsi que la manière dont elles sont perçues par les infirmières scolaires les distinguent considérablement de ce que nous observions dans le rapport à la santé précédent. Premièrement, et en tant qu'elles sont le plus souvent mentionnées spontanément dès lors qu'il s'agit de parler de santé, ces activités, plus que des pratiques de défoulement, s'inscrivent clairement dans la catégorie des *pratiques de santé*. Deuxièmement, ce temps consacré à des activités, et qui occupe une part importante du temps extrascolaire de l'enfant, est *toujours* encadré par un adulte (qui peut être un parent autant qu'un professionnel) et s'oppose ainsi diamétralement au temps extrascolaire des enfants des classes populaires souvent passé entre pairs. Ainsi, et comme le montre Escofet (2006), le temps passé en présence d'adultes s'affirme comme un véritable privilège de classe. Troisièmement, même si elles se font souvent dans le cadre réglé de cours organisés, ces activités s'inscrivent aussi dans une dynamique familiale à laquelle les parents sont étroitement associés. Car s'agissant des adultes, les activités sportives ne sont pas considérées comme des activités thérapeutiques à durée déterminée exécutées sur conseil médical, mais s'inscrivent au contraire dans une *hygiène de vie* qui s'applique à toutes les générations. Il s'agit à ce propos de souligner le rôle particulier des pères, qui se présentent souvent comme les *initiateurs* et les *accompagnateurs* des enfants, et ce tant pour ce qui concerne les filles que les garçons. Ils s'opposent ainsi diamétralement aux pères des classes populaires qui, comme nous l'avons vu concernant l'alimentation, représentent souvent une force conservatrice des pratiques populaires face aux pratiques des classes moyennes ou supérieures importées par les mères.

- ISC : *Et qu'est-ce que t'aimes comme sport ?*
- Fille : *Ben en vacances je fais de la planche à voile, mais je suis débutante. Et sinon je fais du tennis. Et parfois je vais courir avec mon père.*
- ISC : *Il fait de la course à pied ? Et t'arrives à le suivre ?*
- F : *Oui, mais on va lentement.* (JDT 45. Fille avec sa mère au foyer. Père ingénieur informaticien).

Enfin et quatrièmement, du point de vue des infirmières scolaires, si les activités extrascolaires sont toujours

19. Comme le fait remarquer Vigarello (2004), la notion d'hygiène remplit cette fonction d'extension dès le XIX^e siècle : «le discours sur la dégénérescence, au milieu du XIX^e siècle, révèle la place première acquise par l'hygiène, qui en vient à distribuer des normes dans les domaines les plus étendus» (p. 112).

encouragées, une inquiétude se dessine pourtant dès l'instant où leur nombre est supérieur à deux ou trois, cas qui semble se présenter d'autant plus fréquemment que l'on s'approche des régions les plus élevées de l'espace social. Alors que les inquiétudes des infirmières scolaires face aux enfants de classes populaires portent souvent sur un « pas assez » qualifié de *négligence* (i.e. les enfants livrés à eux-mêmes le mercredi), tout semble se passer ici comme si l'on avait affaire, du point de vue de l'infirmière scolaire, à une inquiétude liée à un « trop », à une sorte d'hyperinvestissement parental que l'on pourrait, par opposition à la *négligence*, qualifier de *surtraitance*.

Le rapport à la santé de type *positive-somatique* est opposée à la logique sanito-scolaire sur le second axe de l'espace des rapports à la santé. Il occupe ainsi une position spécifique qui est au principe d'un point de vue sur l'activité de l'infirmière scolaire. A la différence de ce que nous observons pour le rapport à la santé de type *négative-somatique*, l'infirmière scolaire est ici une figure connue des parents. Cependant, et même si sa fonction ne se voit pas limitée à la « bobologie », elle n'en demeure pas moins perçue au travers d'un *prisme somatique*, ce qui la place irrémédiablement en concurrence avec le pédiatre. C'est donc au sein de ces fractions de classes à dominante économique que l'infirmière scolaire a la plus forte probabilité d'être perçue comme le *médecin du pauvre*, à savoir comme une infirmière qui, agissant sur le même terrain somatique que le pédiatre, a pour seule spécificité sa gratuité. Pour ces familles, l'infirmière scolaire se présente dès lors comme une professionnelle inutile pour eux-mêmes, mais utile *pour les autres*.

La santé *positive-mentale*

Les conditions socio-historiques de passage d'un rapport à la santé de type *positive-somatique* à un rapport à la santé de type *positive-mentale* ont été exposées dans la partie consacrée aux infirmières scolaires. Pour rappel, ce passage est à comprendre comme le résultat de la rencontre entre deux séries causales relativement indépendantes : 1) le développement d'une conception *globale* de la santé au sein du champ médical suite, notamment, à l'éradication de nombreuses maladies infectieuses, 2) l'émergence d'une *petite bourgeoisie nouvelle* qui, en retraduisant cette conception de la santé conformément à son éthos de classe, l'a partiellement amputée de sa dimension somatique.

En tant qu'elle occupe la même région de notre espace des rapports à la santé, la santé *positive-mentale* peut être considérée comme une version profane de la logique sanito-scolaire, avec laquelle elle entretient de fortes affinités électives. Interrogés sur la santé de leurs enfants, les parents commencent par répondre dans le registre somatique. Mais très vite s'ajoute une dimension absente des deux rapports à la santé précédents et qui se

rapporte à des catégories psychologiques, qu'il s'agisse de la description de l'enfant proprement dit – « gai », « épanoui », etc. – ou de sa relation avec ses parents ou ses camarades. On retrouve ainsi des descriptions qui, en portant sur l'*hexis corporelle* de l'enfant et ses relations avec l'entourage, recourent largement les catégories de l'entendement infirmier :

- Chercheur: *Et alors d'une manière générale, comment est-ce que vous évaluez la santé de vos enfants ?*
- Mère: *Bonne.*
- Chercheur: *C'est-à-dire ?*
- Mère: *C'est-à-dire que, par exemple, ils tombent de moins en moins malades. Les gripes elles apparaissent de moins en moins souvent. Ils mangent bien, ils dorment ce que j'estime que c'est bien ! Ils sont en pleine forme, pleins d'énergie, ils jouent normalement, il y a pas de comportements étranges à l'école, ils sont des enfants gais, ils ont beaucoup la présence de leurs deux parents autour d'eux, ce que je trouve important. Alors je les vois épanouis, tranquilles. (Entretien avec une mère diplômée des beaux-arts. Père licencié en droit, fonctionnaire international)*

Si l'on retrouve ici la même importance accordée à une alimentation « saine » et « équilibrée », les activités extrascolaires font en revanche l'objet d'un investissement quelque peu différent de celui observé dans le rapport à la santé précédent. Premièrement, tout semble indiquer que le second axe de notre espace des rapports à la santé recouvre l'opposition entre les activités *physiques* d'une part et les activités *artistiques* d'autre part. Bien que les premières ne soient pas absentes ici, on trouve cependant une plus large place accordée aux secondes, et notamment à la pratique d'un instrument de musique. Deuxièmement, c'est ici que semble définitivement abandonnée l'activité de l'enfant conçue comme *défolement* : quelle qu'elle soit, l'activité répond à un constant souci pédagogique qui, comme le montre Thin (1998) pour le cas de la *logique scolaire*, vise à transformer toute situation en une *occasion d'apprentissage*. Plus que la forme physique de l'enfant, c'est ici son *épanouissement* qui fait l'objet d'une attention toute particulière. Et le souci d'une activité modérée rejoint ici celui déjà repéré chez les infirmières scolaires :

- Mère: *Moi j'estime que les cours doivent être quelque chose pour leur épanouissement. Mais par exemple F. [la fille], la maîtresse de danse classique lui avait dit que si elle voulait continuer elle devait faire trois fois par semaine, et je suis pas tout à fait d'accord. Alors ça doit faire plaisir aux enfants, ils doivent pas se sentir obligés à aller. Et puis en plus, ça doit leur permettre de continuer leur rythme scolaire, faire leurs devoirs, pas être trop fatigués, surchargés jusqu'à la tête, et puis n'avoir pas de temps pour jouer, ce que j'estime c'est fondamental. Même avec l'aîné, quatorze ans, il continue à jouer normalement... beaucoup de temps... (Entretien avec une mère diplômée des beaux-arts. Père licencié en droit, fonctionnaire international)*

Cette norme de l'épanouissement s'impose avec une force toute particulière dès lors qu'il s'agit d'évoquer les perspectives d'avenir de l'enfant. Alors que l'on retrouve une vision de l'avenir de l'enfant qui, dans la santé *négative-somatique*, se décrit d'abord de manière abstraite (« faire des études ») ou négative (« faire mieux que nous »²⁰) et qui, dans la santé *positive-somatique*, se décrit d'abord comme un objectif professionnel à atteindre, tout se passe ici comme si l'épanouissement de l'enfant constituait la seule mesure de son avenir.

- Chercheur : *Où est-ce que vous voyez vos enfants à l'âge de 20 ans ?*
- Mère : *À la maison (rires). Je sais pas, j'espère que... enfin, ce que j'espère, moi, ce que j'espère pour mes enfants, c'est qu'ils s'épanouissent, d'une façon ou d'une autre.* (Entretien avec une mère employée de banque entamant des études de psychologie. Père laborant employé).

Nous l'avons dit, la santé *positive-mentale* peut être considérée comme une version profane de la logique sanitoscolaire. C'est donc en toute cohérence qu'elle constitue le point de vue à partir duquel la profession d'infirmière scolaire apparaît sous sa forme la plus convergente avec celle livrée par les principales intéressées. De fait, les descriptions que l'on trouve ici réunissent toutes les caractéristiques mises en avant dans les discours des infirmières scolaires : dimensions psychologique et relationnelle, contact avec les enseignants, situation familiale, bien-être, écoute, etc.

Rapports sociaux et décalages historiques

Comme le laisse entendre la description que nous venons de proposer, l'espace des rapports à la santé entretient une relation d'homologie partielle avec l'espace social. Ainsi, et selon toute vraisemblance, la projection de l'espace des rapports à la santé au sein de l'espace social ne lui ferait subir qu'une déformation mineure (schéma 2). Cette déformation se manifeste avant tout au sein des classes populaires. Tout se passe en effet comme si la santé *négative-somatique* avait tendance à s'étendre à toutes les fractions de la région inférieure de l'espace social. La santé *négative-mentale* se présente dès lors sous la forme de certains traits qui restent toujours dominés par la santé *négative-somatique*. Sans qu'il nous ait été possible de le vérifier, nous supposons que ces traits se retrouveraient plutôt au sein des fractions populaires dont la structure du capital présente une dominante culturelle. Cette relative indistinction caractéristique des régions inférieures de l'espace social est sans doute à mettre, pour partie, sur le compte de la posture légitimiste que nous adoptons ici. « Tout se passe en effet comme si les leurs de [la théorie légitimiste] étaient incapables de dissiper les ténèbres qui s'épaississent à mesure qu'on s'éloigne du foyer lumineux de la culture légitime » (Grignon, Passeron, 1989 : 117). Cependant, et sans vouloir trop jouer sur les mots, cette posture nous semble *sociologiquement légitime*

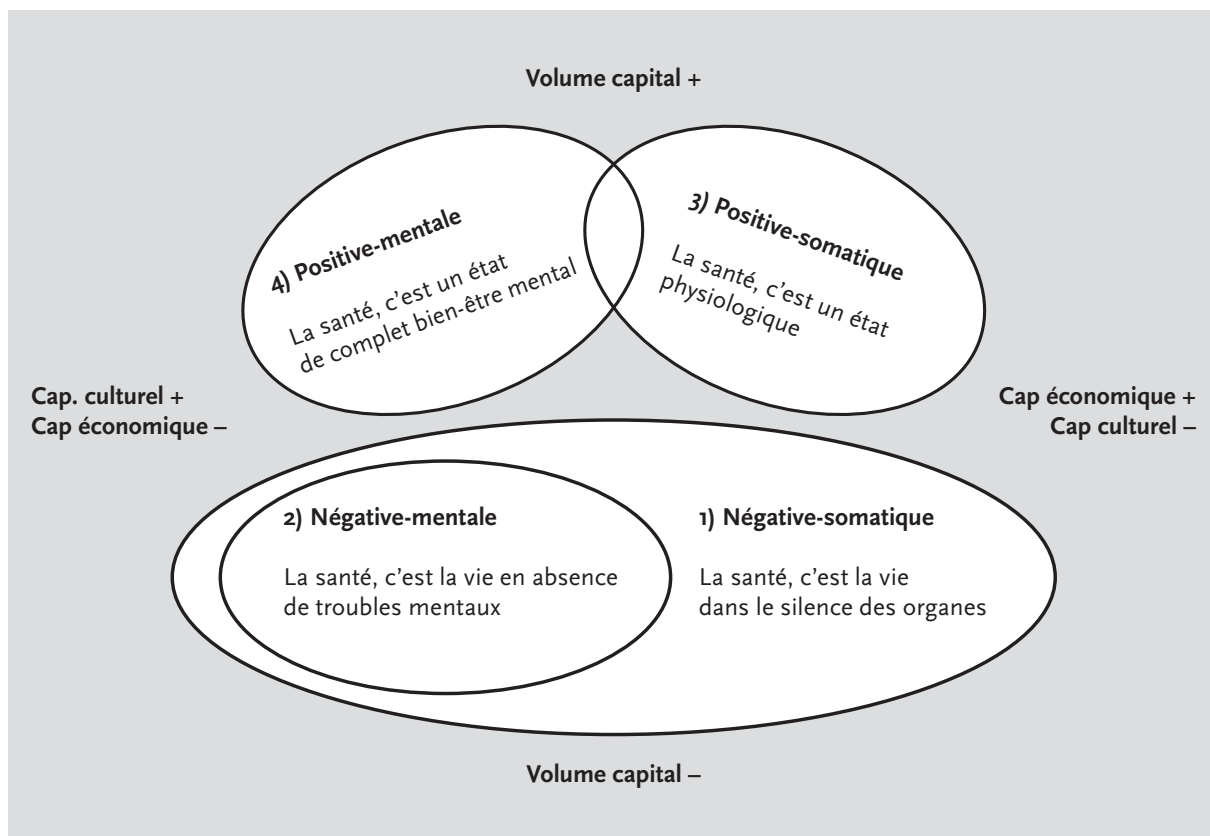
dès lors qu'il s'agit, comme ici, de traiter de savoirs et pratiques dont la diffusion au sein de l'espace social se fait « toujours de haut en bas mais jamais, à l'inverse, de bas en haut » (Boltanski, 1969 : 135).

Si l'on considère à présent les régions centrales et supérieures de l'espace social, la santé *positive-somatique* et la santé *positive-mentale* semblent s'y ajuster avec les fractions de classes : la première se retrouve plutôt parmi les classes moyennes et supérieures à dominante économique, alors que la seconde se retrouve plutôt parmi les classes moyennes et supérieures à dominante culturelle. Une zone de chevauchement entre ces deux pôles se trouve dans la zone supérieure centrale de l'espace social : tout semble en effet indiquer que la probabilité de rencontrer un rapport à la santé qui cumule les caractéristiques de la santé *positive-somatique* et de la santé *positive-mentale* augmente à mesure que l'on s'approche de la fraction des classes supérieures qui cumule les différentes formes de capital. C'est donc selon toute vraisemblance dans cette région de l'espace social que sont réunies les conditions économique et culturelle de réalisation en actes de la « santé globale » définie par l'OMS dès 1948 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2008, 8 août).

Parce que socialement situés, ces différents rapports à la santé participent nécessairement de *cultures de classes* inégalement légitimes. Comme nous le montrerons par la suite, leur rencontre dans un lieu tel que l'infirmerie est marquée par la domination et le conflit caractéristiques des rapports sociaux. Mais il y a plus : il faut en effet rappeler que « les groupes en concurrence sont séparés par des différences qui, pour l'essentiel, se situent *dans l'ordre du temps* » (Bourdieu, 1979 : 183). Et c'est bel et bien un tel ordre de succession temporelle que révèle notre étude. De fait, la coupe synchronique que nous proposons ici fournit une reproduction fidèle des trois étapes historiques au travers desquelles est passée la profession d'infirmière scolaire depuis le début du XX^e siècle. Ainsi, la santé *négative-somatique*, dans laquelle la santé est appréhendée comme une absence de maladie physique et l'infirmière scolaire comme une professionnelle qui soigne les enfants, présente une image approchée de ce que fut la profession durant la première moitié du XX^e siècle. La santé *positive-somatique* qui, tout en restant attachée à des considérations d'ordre physiologique,

20. « J'aimerais bien qu'il a une profession. Pas nettoyer la poubelle ou « nettoyer la merde », comme on dit, comme sa maman ». (Entretien avec une mère femme de chambre employée. Père chauffeur de taxi indépendant)

Schéma 2 : Projection de l'espace des rapports à la santé dans l'espace social



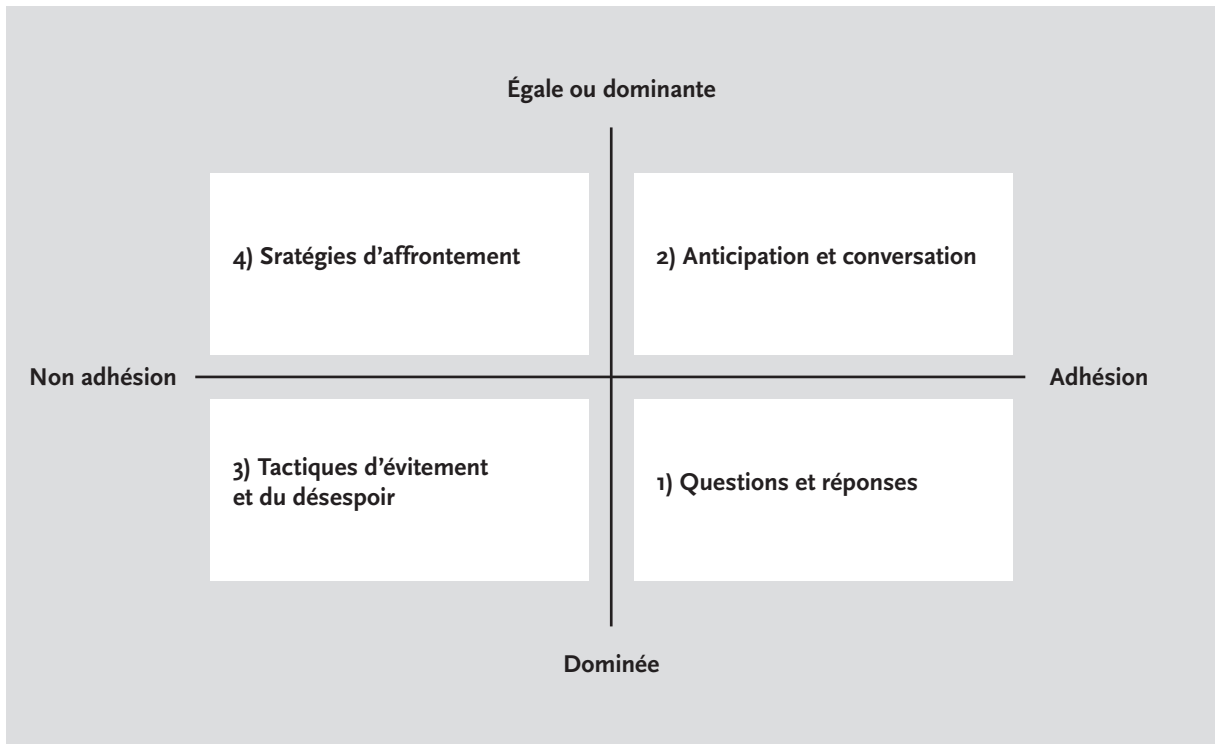
considère la santé comme un bien à conserver par toute une série de pratiques préventives (*l'hygiène de vie*) et l'infirmière scolaire comme une professionnelle ayant une fonction de prophylaxie et d'intégration scolaire des enfants souffrants, est très proche de la profession telle qu'elle se définissait durant la seconde moitié du XX^e siècle. Quant à la santé *positive-mentale*, qui présente la santé comme relevant avant tout du *bien-être* et l'infirmière scolaire comme une professionnelle dont *l'écoute* est la modalité d'intervention la plus spécifique, elle correspond à la définition de la profession telle qu'elle s'est amorcée dès la fin des années 1980.

Nos résultats rejoignent à cet égard ceux de Boltanski (1969). Etudiant les pratiques de puériculture chez de jeunes mères des classes populaires, il montre que ce qui oppose la médecine savante et la médecine populaire n'est pas tant leur inscription dans deux cultures parallèles que leur appartenance à deux cultures qui se succèdent dans le temps. Ainsi, et parce qu'elle est « oubliée d'elle-même », la médecine se retrouve souvent, lorsqu'elle cherche à lutter contre les préjugés populaires, dans la situation de celui qui, sans le savoir, lutte en fait « contre son propre passé » (p. 62).

Si nos résultats rejoignent largement ceux de Boltanski, certaines différences méritent cependant d'être précisées. En opposant les médecins (dominants) aux mères de

classes populaires (dominées), Boltanski propose un espace social unidimensionnel, dans lequel le *volume* de capital apparaît comme le seul principe de hiérarchisation. De la même façon, il esquisse un espace des rapports à la santé à une seule dimension qui recouvre, *grosso modo*, le premier axe de notre espace. S'il en est ainsi, c'est en partie parce que le contexte historique qu'il étudiait n'était pas le même qu'aujourd'hui. Il faut en effet rappeler qu'en tant que *science historique*, la sociologie propose des énoncés qui « ne peuvent, lorsqu'il s'agit de les dire vrais ou faux, être désindexés des contextes dans lesquels sont prélevées les données ayant un sens pour ses assertions » (Passeron, 2006 : 153). Ainsi, tant le concept d'espace social que celui d'espace des rapports à la santé sont des concepts idéaltypiques nécessairement indexés au contexte historique qu'ils permettent de décrire. Et l'on peut faire l'hypothèse que la deuxième dimension de l'espace social (la structure du capital) et la deuxième dimension de l'espace des rapports à la santé (l'opposition entre santé somatique et santé mentale) sont toutes deux solidaires d'un événement historique majeur de nos sociétés contemporaines : la généralisation de l'école, condition de l'accession du capital culturel au rang de principe de différenciation sociale, mais aussi condition d'une large diffusion des théories d'obéissance psychologique. Parce que le capital culturel n'avait pas encore atteint sa pleine efficience (Bourdieu ne l'identifiera pleinement que dix ans plus

Schéma 3: Quatre situations idéaltypiques de visites de santé de 2^e enfantine



tard), mais aussi parce que la notion de *santé globale* était encore confinée au sein des instances légitimes et que la *petite bourgeoisie nouvelle* fortement scolarisée ne se l'était pas encore appropriée, le contexte des années 1960 ne se prêtait pas encore à une analyse bidimensionnelle. C'est là une évolution historique majeure que notre recherche contribue, modestement, à révéler dans le domaine de la santé.

Décalages temporels interclasses, donc. Mais une telle conception des rapports sociaux peut être critiquée en ce qu'elle fait « toujours des classes populaires des « prémodernes » » (Darmon, 1999 : 11), ignorant par là tout ce que la comparaison doit au fait qu'elle met en scène des groupes sociaux *contemporains*, dont les modalités de communication ne sauraient être réduites à la métaphore du colis postal qui, arrivé entier à son destinataire, serait cependant frappé d'illégitimité sociale pour la seule raison de lui être parvenu *trop tard*. Les rapports à la santé observables au sein des classes populaires doivent donc aussi être considérés en ce qu'ils peuvent représenter une forme de traduction de la logique sanito-scolaire dans les termes de la logique populaire. Ce processus de traduction semble se manifester tout spécialement en ce qui concerne la dimension psychologique de la logique sanito-scolaire. Comme nous l'avons déjà mentionné, il peut prendre la forme d'une sélection qui ne saisit que les actes dont la visibilité est conforme aux attendus de la santé *négative-mentale* (le « déclic »). Mais il peut aussi prendre la forme d'un *effet d'allodoxia*, « quiproquo qui porte à prendre une chose pour une autre, en toute

bonne fois » (Bourdieu, 1984). Plus qu'une sélection qui pousserait les classes populaires « à en prendre et à en laisser », ce sont alors les termes mêmes de la logique sanito-scolaire qui se trouvent détournés ou transformés de manière non consciente. Ainsi, et à la façon dont le suivi scolaire de certains parents des fractions supérieures des classes populaires peut s'apparenter à un « surinvestissement » du point de vue des enseignants (Thin, 1998), l'attention que portent certains parents issus de ces mêmes fractions de classes à la santé de leurs enfant, bien que relevant d'une « bonne volonté sanitaire », peut être perçue comme inadaptée par les infirmières scolaires, particulièrement en ce qui concerne certaines stimulations relatives au développement « psychologique ». On pense notamment ici à cette mère de l'établissement A qui, suite à une affaire ayant impliqué son fils et que l'infirmière scolaire qualifie de simple « touche-pipi » entre enfants, adopte à l'égard de son enfant une attitude qu'elle pense adaptée à ce qu'elle perçoit comme un « traumatisme ». Elle s'inquiète notamment du fait que son fils « ne parle pas », et le pousse à s'exprimer verbalement en essayant « toujours de trouver le moment juste pour parler », notamment lors du bain (Entretien avec une mère au foyer. Père serrurier). Une attitude perçue comme inadaptée par l'infirmière scolaire qui, discutant de ce cas avec une enseignante, estime que cette mère est incapable de comprendre qu'un simple jeu de « touche-pipi » puisse n'avoir aucune connotation sexuelle chez les enfants, et qu'elle ne fait donc rien d'autre que « transférer son point de vue d'adulte sur son fils » (JDT 30).

Si les rapports sociaux peuvent être partiellement définis comme une actualisation de décalages temporels, il n'en reste donc pas moins que cette actualisation se traduit par des décalages culturels que l'on peut saisir au cœur même des interactions. C'est précisément à une telle démonstration que vise le chapitre suivant, en s'attachant à décrire les modalités de rencontre entre les infirmières scolaires et les familles issues des différentes régions de l'espace social.

3. Quatre modalités de rencontre entre infirmières scolaires et familles

Dans les lignes qui précèdent, nous avons identifié quatre rapports à la santé idéaltypiques, dont trois se repèrent clairement parmi les pratiques et représentations de notre population. Nous avons également précisé la manière non aléatoire dont ces rapports à la santé semblent se distribuer au sein de l'espace social. Il nous reste donc à répondre à notre troisième question : quelles sont les modalités de rencontre entre ces rapports à la santé considérés sous l'angle de leur plus ou moins forte légitimité sociale dans un lieu tel que l'infirmière scolaire ? Dans un souci de standardisation minimale des termes de notre comparaison, nous nous concentrons ici sur les visites de santé de 2^e enfantine avec présence parentale. Nos observations nous autorisent à distinguer quatre situations idéaltypiques de visites de santé. Ce modèle est obtenu par le croisement de deux variables : la *position sociale de la famille* d'une part, l'*attitude de la famille* à l'égard de la démarche de l'infirmière scolaire d'autre part (schéma 3). Par souci de simplification, la position sociale des familles est ici réduite à deux modalités qui recouvrent la première dimension de l'espace social, à savoir le volume général des formes de capital. Nous précisons cependant, le cas échéant, les différences qui peuvent se manifester selon les fractions de classes considérées et les rapports à la santé qui leur sont associés. Quant à l'attitude des familles à l'égard de la démarche de l'infirmière, si nous opposons ici de manière schématique les adhésions et les non adhésions, nous n'entendons pas par là nous enfermer dans l'alternative classique entre soumission et résistance. De fait, notre modèle n'exclut nullement les situations ambivalentes, telles que les effets d'allodoxia déjà mentionnés, ou encore ce que nous qualifions plus bas de « tactiques d'évitement », « tactiques d'esquive » et « conformisme déclaratif ».

Les questions et les réponses

La situation 1, qui est la plus fréquemment observée dans l'établissement A, renvoie à l'adhésion des familles des classes populaires. 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 auquel 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. Porteuses du rapport à la santé – *négative-somatique* – le plus éloigné de la logique sanito-scolaire, ces familles ne semblent pas en mesure d'anticiper les attendus d'une visite de santé purement « préventive » menée par une professionnelle dont ils ne cernent que mal la fonction. D'où une dynamique clairement asymétrique : c'est l'infirmière qui mène l'interaction en initiant les questions, auxquelles les parents répondent de manière parfois très brève :

- ISA : *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 sans activité professionnelle. Mère sans activité professionnelle)*

Tout se passe alors comme si l'infirmière apparaissait, du point de vue des familles, comme un marché symbolique *hétéronome* (Bourdieu, 1983) 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 :

- ISB (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. A propos de la visite d'une fille avec sa mère sans activité professionnelle. Père serveur de restaurant)*

Nous l'avons dit, avant que de s'intéresser à un « corps diagnostic » dont l'évaluation repose sur des mesures anthropométriques, la logique sanito-scolaire met surtout en jeu un « corps vécu » dont l'individu constitue la première des mesures. Les infirmières scolaires accordent donc une importance toute particulière à l'expression verbale de l'enfant qui, en plus de leur livrer des indications relatives à leur élocution, les informe de la manière dont ils « vivent » les différents événements pris en compte à l'occasion d'une visite de santé. Or cette configuration interactionnelle dans laquelle l'enfant occupe le rang d'interlocuteur privilégié a toutes les chances d'être mal compris par les parents des classes populaires. Car du point de vue de la santé *négative-somatique*, la santé des enfants se mesure avant tout sur des « faits », et non sur des « confidences ». Ne comprenant pas que soient posées à l'enfant des questions dont ils connaissent pourtant

la réponse, ces parents ont donc toutes les chances de percevoir cette attitude de l'infirmière comme un désaveu à leur égard ou, pire, comme la marque d'une suspicion que l'infirmière chercherait à lever en faisant sortir la «vérité» de la bouche des enfants. C'est ainsi dans la situation 1 que la probabilité est la plus forte de voir des parents répondre «à la place» de leur enfant :

- M: *C'était nécessaire qu'elle [ma fille] vienne avec ou non ?*
- I: *Oui, c'est votre fille qui m'intéresse. (...) Quel est son pédiatre ?*
- Me: *Madame P.*
- I (s'adressant à la fille): *Et dis-moi une chose, J., vous parlez quelle langue à la maison ?*
- M: *On parle les deux, mais plutôt portugais.*
- I (s'adressant à la fille): *Et toi, J., tu parles quelle langue ?*
- M: *Elle parle Français.*
[...](JDT 64. Fille avec sa mère femme de ménage. Père nettoyeur ouvrier)

S'inscrivant dans une attitude générale de docilité, ce genre de «déviance mineure» ne suffit pas à qualifier l'attitude de ces parents de «non adhérente» à la démarche de l'infirmière scolaire. Il s'avère pourtant que cette résistance parentale à la délégation implicitement demandée par l'infirmière participe directement de l'évaluation de la situation familiale de l'enfant, et donc de sa santé. Ce que confirme cette infirmière, pour qui la non délégation parentale relève d'une «incapacité» et constitue un indice parmi d'autres de «l'ambiance qu'il y a à la maison» :

- Infirmière: *C'est inimaginable, mais au bout de trois minutes, je sais l'ambiance qu'il y a à la maison ; la façon dont le papa ou la maman (...) se comporte avec l'enfant, on voit tout de suite l'ambiance à la maison. (...) Par exemple, moi, j'ai l'habitude de toujours poser les questions aux enfants, et ben vous avez des mères qui systématiquement répondent, et puis je dis toujours: «mais c'est au petit que je m'adresse!». Mais y a des mamans qui sont incapables de laisser parler leur enfant, on voit tout de suite. (Entretien 20).*

On le voit, 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 idéaltypique. C'est le cas notamment de tous les cas de «maltraitance» 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 11)*

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» (Bourdieu, 1979: 172).

L'anticipation et la conversation

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 de type *positive-somatique* ou *positive-mentale*. 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 dans 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 à fort capital culturel, dont on sait par ailleurs qu'ils sont les plus disposés au récit de soi (Poliak, 2002). Adeptes d'une santé *positive-mentale* largement superposable à la logique sanito-scolaire, les membres de cette fraction de classe sont ceux qui disposent d'un capital informationnel qui leur permet d'anticiper non seulement le contenu, mais aussi les modalités d'une visite dans laquelle l'on fait «santé de tout bois». Alors

que, comme nous l'avons vu, 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 spontanément 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 :

- ISC (à la fille) : *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) : *Ca 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 enseignante. Père journaliste)

On retrouve ici cette caractéristique typique des classes moyennes et supérieures qui consiste à conférer une vocation éducative à la plupart des activités entreprises avec l'enfant (Thin, 1998), caractéristique qui suppose que soit intégré le fait que les questions de l'infirmière n'appellent pas seulement des réponses factuelles (prendre ou ne pas prendre de petit déjeuner, avoir ou ne pas avoir de père à la maison) mais aussi, et peut-être surtout, des réponses qui traduisent les pensées, les sentiments, bref, le « vécu » qui accompagne les faits ou les actes considérés²¹. Et cette attitude 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. Mais 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

21. Les réponses attendues de l'infirmière scolaire s'apparentent en cela à l'aveu caractéristique du *dispositif de sexualité* : « il ne s'agit plus seulement de dire ce qui a été fait – l'acte sexuel – et comment ; mais de restituer en lui et autour de lui, les pensées qui l'ont doublé, les obsessions qui l'accompagnent, les images, les désirs, les modulations et la qualité du plaisir qui l'habitent » (Foucault, 1976 : 85).

adressées est moins la récolte d'informations que la contribution à son éducation :

- ISC : *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 (s'adressant à sa fille) : *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 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 (Boltanski, 1971), cette relation entre origine sociale des individus et volume d'information délivré témoigne du fait qu'en matière d'information comme ailleurs, on ne prête qu'aux riches. Mais en plus du volume, c'est aussi la nature des informations qui peut changer. On observe par exemple plus souvent en situation 2 qu'en situation 1 l'infirmière livrer des informations sur lesquelles elle reste habituellement plus discrète. Ainsi ce père enseignant qui, demandant si son fils doit enlever son t-shirt avant d'être pesé, provoque cette réponse qui le place d'emblée au-dessus de tout soupçon : « *Oh, c'est pas nécessaire. Ça me permet d'avoir accès au corps de l'enfant, donc quand on suspecte des choses.* » (JDT 12). Alors que, du point de vue des familles, la situation 1 fait apparaître l'infirmerie comme un « marché hétéronome », elle apparaît plutôt ici comme une *région postérieure*, à savoir « un lieu, en rapport avec une représentation donnée, où l'on a toute latitude de contredire sciemment l'impression produite par la représentation » (Goffman, 1973 : 110) : semblant tout à coup faire partie de la même « équipe », infirmière et parents en viennent ainsi à échanger des informations habituellement dissimulées.

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, du côté parental, 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 je l'ai tenu fort puis il avait la marque au visage. Puis alors la deuxième fois, je m'étais déchaînée, j'ai ce 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 puis finalement il [le psychologue] nous a dit que ça allait.* (Entretien avec une mère au foyer licenciée en lettres. Père ingénieur informatique)

Lors de l'une de nos observations, et faisant précisément référence à cette situation, l'infirmière scolaire 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'infirmière 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» (Serre, 2004: 247). Comme l'ont montré par ailleurs Schultheis et al. (2005), la réponse institutionnelle dépend alors au moins autant de l'attitude parentale au moment du verdict que de la gravité du constat.

Les tactiques d'évitement et du désespoir

La situation 3 renvoie aux manifestations d'opposition à la démarche infirmière issues des familles de classes populaires. Il y a d'abord toutes ces formes de «résistance passive», en tous points semblables à celles que rencontrent les enseignants et les travailleurs sociaux (Thin, 1998). 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'esquives» que l'on observe chez certains élèves (Millet et Thin, 2005) et qui se manifestent ici par des réponses évasives ne dissimulant que maladroi-

tement 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 il 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 qui circulent 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 avec une mère au foyer. Père serrurier à son compte)

Toutes ces tactiques d'évitement peuvent être considérées comme «une des forces du <faible> qui consiste à ne pas s'opposer de front aux logiques dominantes mais à faire en sorte qu'elles ne modifient pas véritablement la manière de faire habituelle» (Thin, 1998: 253). Elles doivent être distinguées de ce que nous avons qualifié de «tactiques du désespoir» qui, bien que pouvant également être considérées comme forces du faible, consistent cependant en une opposition frontale à la démarche de l'infirmière scolaire: survenant généralement suite à un comportement déviant, elles se manifestent par des agressions verbales (*i.e.* menaces de mort) ou physiques à son encontre. 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 avec une mère apprentie coiffeuse. Père ouvrier du bâtiment)*

Qu'il s'agisse d'évitements, de menaces ou d'agressions, nous qualifions ces comportements de *tactiques* parce qu'ils s'apparentent manifestement aux armes du désarmé, comme en témoigne le fait qu'ils se retournent généralement

contre ces familles²². 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 » (Millet et Thin, 2005 : 72).

Les stratégies d'affrontement

Toutes autres sont les conséquences des *stratégies de confrontation* de la situation 4, qui renvoient aux manifestations d'opposition de familles de classes moyennes ou supérieures. 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 » (Serre, 2004 : 349). Ainsi cette situation d'un élève fils de médecin, et qui semble être devenu le bouc émissaire de sa classe. Avant de prendre l'enfant à l'infirmier afin d'évaluer la situation avec lui, elle préfère en informer le père :

– ISA : *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'infirmierie. (JDT 10)*

Quelques mois plus tard, les parents ne se présentent pas pour la seconde fois à la visite de santé avec le petit frère :

– ISA : *Normalement, s'ils viennent pas la deuxième fois, je prends l'enfant seul. Mais là je vais appeler, parce que je sais pas trop si je m'autorise à le prendre seul vu que Monsieur était un peu interrogatif sur mes actions. (JDT 38)*

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 :

22. 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, 1980 : 21).

– Infirmière : *Bon, il y a eu deux-trois situations où ça a été très difficile parce que c'est vrai que je mettais le doigt sur un... peut-être un dysfonctionnement familial, et puis il y a des familles qui veulent pas du tout entrer là-dedans. [...] Et puis 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 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... je dois vraiment bien réfléchir à ma façon d'agir et puis comment travailler avec la famille. (Entretien 5)*

– Infirmière : *Puis vous savez dans certains quartiers comme à X, il 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 décrites par les infirmières en des termes misérabilistes (non compréhension de la langue française, manque d'organisation, oubli, etc.), les absences – bien moins fréquentes – prennent ici un autre visage. Et tout permet de penser que les descriptions que font les infirmières des parents absents aux visites de santé épousent les frontières séparant les fractions de classes à dominante culturelle des fractions de classes à dominante économique. Aux premières, elles semblent reconnaître des *excuses utiles*, notamment sous la forme d'obligations professionnelles qui en font des parents « hyper-occupés » :

– Infirmière : *Les gens qui ont des fois du mal à venir, c'est des enfants dont les parents sont hyper occupés [...], si les parents sont tous les deux médecins, je vais pas leur dire : « vous devez être présents à la visite ». (Entretien 20)*

– Infirmière : *bon ceux-là c'est vrai qu'ils ont des professions, avocat et tout, ceux qui ont divers rendez-vous, des trucs comme ça, mais qui disent clairement. (Entretien 13)*

A ces *excuses utiles* reconnues aux fractions à dominante culturelle répondent les *excuses futiles* attribuées aux fractions à dominante économique. Et ce qui se joue ici semble bel et bien être l'opposition entre la santé *positive-mentale* des infirmières et la santé *positive-somatique* de ces fractions de classes, opposition qui se manifeste par une non reconnaissance réciproque : du côté des familles, une perception de l'infirmière scolaire comme « médecin du pauvre » faisant double emploi avec le pédiatre ; du côté des infirmières, un certain mépris à l'égard d'un style de vie qui réserve une large place à la dimension esthétique du corps (le « fitness ») :

– Chercheur : *Vous avez l'impression que c'est un oubli, ou bien vous avez aussi des parents qui refusent de venir ?*

- Infirmière: *Y en a quelques uns, mais pas ici dans l'école XX [à dominante populaire]. Y en a à YY [école à dominante classes moyennes et supérieures], mais ça je dirais c'est des parents plutôt d'une catégorie sociale plutôt plus aisée, qui disent: «ah, mais il a déjà un pédiatre mon enfant, il est déjà très suivi, si y a quelque chose, vous pouvez appeler le pédiatre, mais nous on trouve pas nécessaire de venir à la visite».* (Entretien 15)
- Infirmière: *Chaque année, j'en ai deux ou trois qui comprennent pas (...): «Mais enfin, on a notre pédiatre, on n'a pas besoin!» Je leur ai dit au téléphone: «(...) bon, si vous voulez, vous êtes pas obligée, mais c'est le moment de se rencontrer, que vous sachiez ce que je fais». Parfois, elles disent oui, pis parfois pas. Bon il 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 13)

Conclusion

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 aussi sur les différents *modes d'appropriation* de ces biens ou services. Cette perspective, qui « suppose un surcroît de description des pratiques » (Lahire, 2005: 36), 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 2^e enfantine – ont une probabilité particulièrement élevée d'être ignorés de ceux-là même 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*.

Le recours à une variation imaginaire nous permet ici d'illustrer notre propos. Imaginons, pour les besoins de l'exemple, une visite de santé de 2^e 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.

On le voit, une *offre standardisée* a 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 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 établissements²³.

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 ». De fait, et comme le montre Hutmacher (1990), c'est probablement parce qu'elle est perçue comme une menace contre l'idée d'« égalité en

23. Précisons toutefois qu'à la différence des enseignants, les infirmières scolaires ne sont jamais rattachées à un seul établissement scolaire.

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 basée 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 (Schultheis et al., 2005), selon laquelle les signalements pour «maltraitance» concerneraient également tous les milieux sociaux.

Philippe Longchamp
philippe.longchamp@hesge.ch

Bibliographie

- Bessin M., Lechien M.-H. (2002), « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, 2002/2, Tome XXXVII, 69-80.
- Boltanski L. (1969), *Prime éducation et morale de classe*, La Haye, Mouton & Cie.
- Boltanski L. (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales*, Volume 26, n° 1, 205-233.
- Bourdieu E. (1998), *Savoir faire. Contribution à une théorie dispositionnelle de l'action*, Paris, Editions du Seuil.
- Bourdieu P. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Editions de Minuit.
- Bourdieu P. (1983), « Vous avez dit populaire ? », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n° 46, mars 1983, 98-105.
- Bourdieu P. (1984), *Homo Academicus*, Paris, Editions de Minuit.
- Bourdieu P. (2003), *Méditations pascaliennes*, Paris, Editions du Seuil.
- Bourdieu P., Passeron J.-C. (1970), *La Reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Les Editions de Minuit.
- Castel R., Le Cerf J.-F. (1980), « Le phénomène <psy> et la société française », *Le Débat*, n°1, 27-38.
- Darmon M. (1999), « Les «entreprises» de la morale familiale », *French Politics, Culture and Society*, vol. 17, n° 3-4, 1-19.
- Darmon M. (2003), *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte.
- De Certeau M. (1980), *L'invention du quotidien*, Paris, Gallimard.
- Détrez C. (2002), *La construction sociale du corps*, Paris, Editions du Seuil.
- Escofet P. (2006), *Des corps juvéniles chargés de théorie : enquête sociologique à propos de la construction historique d'un «espace de corporéité» de la jeunesse et ses implications «logiques» sur le degré «d'autonomie relative» ou «d'entropie» du système d'enseignement genevois*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Genève, Faculté des sciences économiques et sociales.
- Fassin D. (2004), *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- Foucault M. (1976), *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Gabadinho A., Wanner P., Dahinden J. (2007), *La santé des populations migrantes en Suisse : une analyse des données du GMM*, Neuchâtel, SFM.
- Gubéran E., Usel, M. (2000), *Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève*, Genève, Office Cantonal de l'Inspection et des Relations du Travail.
- Goffman E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1 : La présentation de soi*, Paris, Editions de Minuit.
- Hutmacher W. (1990), *Enfants d'immigrés ou enfants d'ouvriers ? Scolarisation des migrants et inégalité sociale devant l'école*, Genève, Service de la recherche sociologique.
- Lahire B. (1998), *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan.
- Lahire B. (2004), *La culture des individus. Dissonances culturelles et distinction de soi*, Paris, La Découverte.
- Lahire B. (2005), *L'Esprit sociologique*, Paris, La Découverte.
- Lampert O. (2003), *Travail et santé. Mortalité et invalidité en rapport avec l'activité professionnelle en réponse au postulat de Franziska Teuscher*, Neuchâtel, OFS.
- Leclerc A. et al. (éd.) (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte et Syros.
- Lettre d'information du réseau suisse d'écoles en santé (2008, 15 juillet), numéro 28, juin 2004. [document pdf]. Accès : http://www.ecoles-en-sante.ch/data/data_101.pdf
- Maisonneuve J. (1976), « Le corps et le corporéisme aujourd'hui », *Revue française de Sociologie*, XVII, 551-571.
- Meyer K. (2008), *La Santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*, Genève, Editions Médecine & Hygiène.

Millet M. et Thin D. (2005), *Ruptures scolaires. L'école à l'épreuve de la question sociale*, Paris, Presses Universitaires de France.

Organisation mondiale de la santé, (2008, 8 août), WHO Constitution, *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. [document pdf]. Accès : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

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.

Passeron J.-C. (2006), *Le raisonnement sociologique. Un espace non poppérien de l'argumentation*, Paris, Albin Michel.

Perrin E. (1984), *Cultes du corps. Enquête sur les nouvelles pratiques corporelles*, Lausanne, Favre.

Pfefferkorn R. (2007), *Inégalités et rapports sociaux. Rapports de classes, rapports de sexes*, Paris, La Dispute.

Poliak C. F. (2002), « Manières profanes de parler de soi », in *Genèses*, juin 2002, n° 47, 4-20.

Schultheis F., Frauenfelder A. et Delay C. (2005), *La maltraitance envers les enfants: entre consensus moral, fausses évidences et enjeux sociaux ignorés. Analyse sociologique des transformations du rapport social à l'enfance dans le canton de Genève depuis 1990*. Rapport final d'une étude destinée à la Commission de contrôle de gestion du Grand Conseil de la République et canton de Genève, Université de Genève, Faculté des sciences économiques et sociales.

Serre D. (1998), « Le <bébé superbe>. La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », in *Sociétés Contemporaines*, n° 31, 107-127.

Serre D. (2004), *Désordres familiaux et pratiques d'encadrement. Les assistantes sociales face aux « enfants en danger »*, Thèse de doctorat en sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Thin D. (1997), *Tant qu'on a la santé... Des familles populaires et de la santé de leurs enfants*, Rapport d'étude sociologique réalisé pour le groupe « Action santé sociale pilote » de Bron Parilly, Université Lumière Lyon 2.

Thin D. (1998), *Quartiers populaires. L'école et les familles*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

Vigarello G. (2004), *Le corps redressé*, Paris, Armand Colin.

Weber M. (1992), *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Pocket.

Zottos E. (2004), *Santé Jeunesse! Histoire de la médecine scolaire à Genève: 1884-2004*, Genève, La Criée/Service de la recherche en éducation.