

NÉGOCIER LA DIFFÉRENCE PROFESSIONNELLE ET GÉRER LA DISTANCE CULTURELLE UN double défi pour les infirmières scolaires

FRANÇOISE OSIEK*

Résumé

L'étude de la situation et des activités des infirmières scolaires pose la question de l'intégration d'un personnel non enseignant dans les écoles et de la difficile articulation de trois logiques qui sont au centre de sa pratique : la logique professionnelle, la logique institutionnelle et la logique psycho-relationnelle. Deux situations professionnelles (coopération conflictuelle avec des enseignants, intervention dans une famille de culture différente) illustrent le système de contraintes dans lequel évoluent les infirmières scolaires. Les analyses présentées sont tirées de deux recherches, dans le cadre desquelles on a choisi de donner la parole aux praticiennes : que ce soit individuellement (entretiens en profondeur) ou en groupe (recherche interactive visant à l'analyse collective de la pratique).

Abstract

The study of the position and the activities of school nurses raises the question of the integration of a non-teaching staff in schools and the difficulty of linking three logics which preside over their practice: the professional logic, the institutional logic and the psycho-relational logic. Two professional situations (conflictual cooperation with teachers, intervention in a culturally different family), illustrate the various constraints in which school nurses evolve. The presented studies are drawn from two research studies whose choice has been to let the practitioners speak either individually (in depth interviews) or in group (interactive research aiming at the collective analysis of the practice).

65

* - Françoise Osiek, Service de Recherche en Éducation, Genève (Suisse).

Le présent article rend compte des difficultés spécifiques auxquelles sont confrontées les infirmières scolaires, qu'il s'agisse de leur insertion dans l'institution ou de leur médiation avec des familles d'élèves ou d'autres acteurs du milieu scolaire. Il propose des pistes de réflexion et se fonde sur deux recherches (Osiek-Parisod, 1992 et 1994) (1). La première, exploratoire, a consisté en l'analyse d'une série d'entretiens en profondeur conduits auprès d'infirmières scolaires et portant sur la « gestion » de l'interculturel dans leur travail auprès des familles et des enfants. La seconde a été menée avec deux groupes d'infirmières scolaires et recourait à deux types d'approche. Tout d'abord, dans des séances « fermées » les participantes étaient invitées à faire collectivement l'auto-analyse de leur pratique sur la base de situations professionnelles concrètes, en vue de clarifier et de délimiter les différents niveaux de l'action professionnelle (2). La réflexion a porté aussi bien sur les représentations servant de référence à cette action que sur le système de contraintes et le type d'interactions qui la définissent. L'autre approche (inspirée de la méthode d'intervention sociologique d'Alain Touraine, telle qu'appliquée notamment par François Dubet) a comporté des séances de rencontre entre les participantes et des représentants de leurs principaux partenaires professionnels (enseignants, travailleurs sociaux et psychologues). Ces « interlocuteurs pertinents » étaient obligatoirement étrangers au quartier ou aux établissements où se situe l'activité professionnelle des participantes. Ces moments de débat ont été suivis de séances de réflexion et d'analyse sur le type d'interactions et de rapports vécus au cours de telles « confrontations ».

UNE POSITION COMPLEXE

66

Comme celle d'autres professionnels de la santé ou du travail social, l'action professionnelle des infirmières scolaires s'inscrit dans un champ relativement complexe, au carrefour de trois univers et donc de trois logiques qui peuvent être contradictoires voire conflictuelles.

■ Tout d'abord le domaine de *la profession* comme univers de référence, porteur de valeurs mais aussi producteur de normes, de représentations, de savoirs et de compétences qui orientent l'action des professionnelles de la santé. La formation initiale et permanente, la spécialisation, de même que la « concurrence » avec d'autres professions de la santé et du social, jouent un rôle important dans la construction de cet univers de référence (Petitat, 1989). Comment sauvegarder et affirmer sa culture et

1 - Ces deux textes peuvent être obtenus sur demande auprès du *Service de Recherche en Éducation*, 12 Quai du Rhône, 1205 Genève (Suisse).

2 - La conduite de cette analyse collective a été menée selon la méthode présentée par une équipe belge (R. Quivy et al.) dans l'ouvrage *Malaise à l'école : les difficultés de l'action collective*, 1989.

son identité professionnelles spécifiques sans pour autant se replier dans une attitude rigide et défensive qui nuit à la collaboration pluridisciplinaire ?

■ Ensuite, *le système scolaire* dans le cadre duquel se situe cette action. L'école étant vue ici à la fois comme une organisation et un système éducatif. Les infirmières y sont appelées à coopérer avec d'autres corps professionnels ; elles sont insérées dans un système de relations de pouvoir qui s'exercent autour d'une série d'enjeux concernant les prestations des uns et des autres. Elles doivent se situer dans un ensemble de rôles et de statuts. Par ailleurs, comme système éducatif, l'école est investie de diverses fonctions auxquelles les infirmières scolaires participent, même si au départ, la valeur ou l'objectif qui fonde leur action (la santé des écoliers) n'est pas directement « scolaire » (Dubet, 1991).

■ Enfin, troisième logique mais pas la moindre, *la dimension psycho-relationnelle de la relation à l'usager*. Les infirmières agissent avec et sur des personnes, elles traitent leur corps, elles leur dispensent des conseils, des informations et des enseignements touchant notamment la sphère intime et privée. Elles contribuent ainsi à construire et à modifier les représentations de leur « clientèle » ainsi que ses comportements relatifs à la santé et à la maladie. Par enfant interposé, elles entrent en contact avec des familles dont les codes culturels et sociaux peuvent être très différents des leurs et parfois difficilement compréhensibles. Or la « réussite » de l'action infirmière, notamment dans le cadre de l'éducation à la santé, repose sur la manière dont on dépasse cette difficulté, tout en instaurant un climat de confiance.

Pour illustrer la complexité du système de contraintes dans lequel évoluent les infirmières scolaires, nous ferons référence à deux situations potentiellement problématiques : la coopération avec les enseignants et l'intervention dans une famille de culture différente. Deux types de situation qui ébranlent parfois les credos les plus solides de la culture infirmière et mettent à mal l'identité professionnelle, nécessitant de constamment la reconstruire et la redéfinir.

LA COLLABORATION AVEC LES ENSEIGNANTS

Les principaux interlocuteurs des infirmières scolaires sont les enseignant(e)s. Ce sont eux qui signalent des problèmes de santé, d'hygiène ou de difficultés familiales. C'est à eux que les infirmières demandent de relayer leur effort de promotion et d'éducation à la santé. Il y a donc attente et assistance mutuelles et ils ne peuvent guère s'ignorer quand il s'agit de la santé, de la prévention ou du bien-être des enfants à l'école. La coopération ne va cependant pas toujours de soi. D'après l'expérience des infirmières scolaires (restituée lors d'une série d'entretiens en profondeur), la collaboration peut se réaliser sur des modes assez différents selon les cas. Cela va du simple *échange de bons procédés* (échange d'information, facilitation de contact avec la famille par un message dans le carnet de devoirs, « bons offices »

de la maîtresse de portugais pour servir de traductrice lors d'une rencontre avec les parents) à l'alliance inconditionnelle pour faire face à un problème grave, nécessitant rapidité et implication personnelle; infirmière et enseignant(e) peuvent alors se rendre ensemble au domicile d'une famille (3). Dans d'autres cas, on a affaire à un véritable partenariat, lorsqu'enseignant(e) et infirmière se considèrent comme des partenaires éducatifs, confiants dans leurs compétences respectives. Les enseignant(e)s associent l'infirmière à leur conseil d'élèves, lui demandent de faire des séances d'information en classe. L'infirmière partage avec eux son rôle d'éducation à la santé (par exemple, animation commune d'un atelier sur le corps), acceptant quelquefois de leur déléguer en leur fournissant le matériel (dossier pédagogique), l'information et l'encadrement nécessaires (4).

Interaction et collaboration, cependant, n'impliquent pas forcément un consensus de tous les instants (5). Souvent, les infirmières scolaires ont l'impression que les enseignant(e)s méconnaissent leur travail parce qu'ils ne comprennent pas leur rôle et font peu de cas de leurs compétences spécifiques. Cela les conduit parfois à mal « utiliser » l'infirmière ou, pire encore, à « saboter » (6) son travail par des initiatives unilatérales qui peuvent s'avérer malheureuses. Au cours de l'analyse d'une telle

3 - Dans le système scolaire genevois, les assistantes sociales ne sont présentes dans les établissements qu'à partir du Cycle d'orientation (Collège). À l'école primaire, ce sont les infirmières qui prennent en charge les problèmes sociaux (pour éventuellement les transmettre aux services adéquats); elles sont donc habilitées à se rendre au domicile des familles quand cela est nécessaire.

68

4 - Il est à noter que la même infirmière peut être appelée à expérimenter plusieurs, voire chacun de ces types de collaboration (y compris le mode conflictuel décrit plus loin) à divers moments de sa pratique. Cela dépend de la circonstance (connue ou insécurisante), de l'attitude des interlocuteurs (normative ou coopérative), de même que de ses propres besoins dans la situation donnée (demande de soutien ou revendication d'autonomie) et peut également varier au cours des différents moments d'une collaboration prolongée avec un même partenaire. Aucune des infirmières rencontrées ne se cantonne donc dans une seule manière de collaborer avec le corps enseignant. Chacune d'elles aura cependant tendance à privilégier certains types de contacts et d'échange, ce qui contribue à définir son style personnel de collaboration.

5 - Une situation parmi d'autres qui ne facilite pas d'emblée une bonne collaboration entre enseignant(e)s et infirmières scolaires est que dans certains établissements, on ne juge pas utile de convier l'infirmière à participer aux séances d'information destinées aux parents en début d'année scolaire. Les professionnelles de la santé, qui « oublient » encore trop souvent que c'est à elles de demander - pour ne pas dire exiger - à être présentes à ces occasions, se sentent alors tolérées dans la limite de leurs tâches institutionnelles, éventuellement utiles en cas d'urgence mais pas reconnues ni acceptées comme faisant partie de l'équipe éducative pluridisciplinaire de l'école.

6 - Termes utilisés par les participantes aux groupes de recherche sur la pratique des infirmières scolaires.

situation conflictuelle ainsi qu'à la suite d'une séance de « confrontation » avec des enseignants (7), les infirmières réalisent qu'elles sont en partie responsables d'une communication insuffisante avec ces derniers, ce qui expliquerait en partie l'absence de reconnaissance dont elles se plaignent. Elles devraient les informer davantage du suivi des situations qu'ils leur ont signalées, leur expliquer clairement les objectifs et la nature du travail de l'infirmière et mieux leur présenter les possibilités d'éducation à la santé qu'elles peuvent leur offrir (en co-animation ou en complément du travail scolaire).

Les participantes ont également pris conscience qu'infirmière et enseignant(e) ne sont pas confrontés aux problèmes de santé des enfants dans un contexte similaire et n'ont pas non plus le même cadre de référence pour l'interpréter, lui donner un sens. L'enseignant(e) prend conscience d'un problème médico-social chez un élève, soit parce que ce dernier manque l'école ou prend du retard, soit parce que cela perturbe la vie de la classe ; le déroulement harmonieux des apprentissages et la réussite scolaire sont au centre de ses valeurs et de ses préoccupations. L'infirmière, qui rencontre l'élève (seul ou avec ses parents) dans l'intimité de son bureau, n'est pas confrontée aux mêmes contraintes. De plus, elle considère le problème de l'enfant dans un contexte plus large, incluant les pairs et la famille. La santé de l'enfant, dans son acceptation la plus globale, constitue la valeur centrale de sa culture professionnelle, le concept à partir duquel elle met en place ses interventions. C'est pourquoi il arrive qu'infirmière et enseignant(e) ne donnent pas la même définition d'un problème et ne s'accordent pas non plus sur la légitimité ou sur la forme d'une intervention auprès d'un élève et de sa famille.

Par ailleurs, une autre séance de « confrontation » (avec des travailleurs sociaux et des psychologues, cette fois-ci) a montré que la référence constante des infirmières à la notion de *santé globale* pour légitimer leurs interventions, pouvait être perçue comme menaçante par les autres professionnels (incarnation du « pouvoir médical », pension à vouloir « coloniser » le territoire professionnel d'autrui).

Enjeux de collaboration et stratégies identitaires

Toute forme de collaboration pluridisciplinaire implique donc une confrontation avec des interlocuteurs : choc de points de vue divergents, négociation, recherche d'objectifs communs dans le respect des apports des uns et des autres. Or, cet exercice exige d'une part la concertation et la prise en compte de la position de tous les interlocuteurs en présence et d'autre part, une définition claire du contenu et des limites des compétences spécifiques de chacun. L'affirmation de l'identité professionnelle est en effet une condition nécessaire pour être reconnu comme partenaire à part entière

7 - Au cours des séances de rencontre inspirées de la méthode tourainienne (voir l'introduction).

dans ce type de collaboration. En milieu scolaire, l'enjeu sous-jacent, ce à propos de quoi s'affirment et s'affrontent les compétences spécifiques des différents professionnels en présence, c'est le processus de socialisation des enfants (en termes de formation, de protection, d'accompagnement et d'autonomisation). Autrement dit, *l'enjeu pour chacun des professionnels impliqués – infirmières comprises – c'est d'avoir une place légitime dans cette action collective* (mais pas pour autant toujours concertée!), d'être reconnu à la fois comme indispensable et irremplaçable dans la conduite de ce projet. C'est sans doute plus difficile pour les infirmières qui sont minoritaires (8) dans le cadre de l'école et partagent souvent leur temps entre plusieurs établissements. Il leur faut à la fois prouver leur appartenance et démontrer leur volonté d'intégration à l'équipe, tout en sauvegardant leur spécificité. Autrement dit, opérer un constant va-et-vient entre la nécessité d'une part de se montrer conforme aux attentes pour être acceptées et le besoin d'autre part de se valoriser en revendiquant leur différence (Kastersztejn, 1991).

Lorsque les choses se passent mal, la tentation peut alors être grande de se réfugier dans une *stratégie de retrait* en limitant les contacts de collaboration au strict minimum et en valorisant la seule relation à l'usager ou avec des collègues infirmières. Or cette stratégie ne permet aucune évolution de la situation. *L'action collective*, en revanche, donne de bien meilleurs résultats en unissant les forces individuelles pour définir, défendre et revendiquer collectivement un statut et la reconnaissance professionnelle, sans pour autant tomber dans un corporatisme défensif. C'est la conclusion à laquelle sont arrivées les participantes au terme de la recherche (9).

INTERVENTIONS DANS DES FAMILLES DE CULTURE DIFFÉRENTE

70

La relation aux élèves et à leur famille constitue l'autre pôle important du système d'interactions sociales dans lequel s'insère l'action des infirmières scolaires. Les participantes de l'un des groupes de recherche ont souhaité aborder la question des limites de leur droit d'ingérence dans la vie des familles, notamment lorsqu'il s'agit d'intervenir dans une famille de culture différente. Comment, en effet, faire passer un message relatif à la santé ou à la prévention, quand les difficultés de communication sont au moins autant d'ordre culturel et symbolique que linguistique ? Jusqu'où

8 - Les infirmières scolaires sont doublement minoritaires à l'école : du point de vue du nombre et du point de vue symbolique, l'objet prioritaire de leur action professionnelle, la santé des écoliers, se situant à l'arrière plan des objectifs visés par l'institution scolaire (par rapport à l'acquisition et la progression des apprentissages).

9 - Les participantes ont ainsi suggéré qu'elles pourraient désormais préparer à plusieurs leur intervention dans les réunions de parents, éventuellement les faire à deux pour se sentir plus à l'aise ; elles pourraient voir ensemble les meilleures manières de s'y prendre, celles qui ont déjà donné de bons résultats pour certaines d'entre elles, etc.

a-t-on le droit d'imposer ses propres normes relatives à la santé, à l'hygiène ou à l'éducation ? Peut-on légitimement les considérer comme universelles et valables pour tous ?

Une forme de « choc culturel » à gérer

La situation analysée collectivement (10) mettait davantage l'accent sur le malaise de l'infirmière devant son rôle de « *contrôleuse de l'hygiène* » et ses propres réactions face à l'apparence négligée des membres de la famille et de leur logement que sur le problème de santé en soi, lequel a été facilement résolu. Certaines des situations rencontrées présentent en effet aux yeux des infirmières une telle transgression de leurs normes de propreté qu'elles apparaissent à la limite du tolérable. Les professionnelles se découvrent alors avec étonnement des réactions de rejet qui viennent « *des tripes* », au point qu'elles limitent au maximum les contacts physiques avec l'environnement et les personnes. Certaines fois elles éprouvent le besoin de se « *purifier* » ensuite (se laver les mains en sortant, dans l'école d'en face). Cette réaction suggère que, bien que les infirmières se défendent d'imposer « *gratuitement* » (sans raison médico-sociale) des normes d'hygiène ou de « *contrôler* » les familles, elles sont porteuses, qu'elles le veuillent ou non, de normes et de valeurs que trahissent leurs réactions. Se pose aussi la question de comment sortir du malaise créé par une situation paradoxale : intervenir pour résoudre un problème d'hygiène sans stigmatiser ses clients et en restant fidèle à l'impératif de gentillesse très fortement ancré dans la culture professionnelle (11), tout en assumant ce qu'il faut bien appeler un rôle de contrôle social (12) ?

S'ensuit un débat sur les valeurs et les normes relatives à la propreté, véhiculées par les infirmières. Sont-elles en accord avec celles de certains usagers ? Que savent-elles de ces dernières ? Avant d'être une question d'ordre sanitaire, les problèmes d'hygiène ne sont-ils pas aussi et d'abord un conflit normatif entre des systèmes de valeurs qui s'opposent ?

71

10 - Il s'agissait d'une visite au domicile d'une famille originaire de l'ex-Yougoslavie pour résoudre un problème de mycose cutanée importante chez un jeune garçon. Or, la démarche impliquait d'insister sur la nécessité de mesures d'hygiène régulières, notamment pour éviter la contagion du reste de la famille.

11 - C'est ce qu'a ressenti l'une des participantes lorsqu'elle a dû expliquer à des parents que leur enfant sentait mauvais et que cela nuisait à son intégration dans la classe : « *Je n'avais pas un rôle... [sympathique], j'étais pas contente de moi, je n'ai pas fait plaisir... cela s'est bien passé sur le moment mais j'avais l'impression que, peut-être, ils m'en voudraient... c'est un peu difficile [à vivre]...* ».

12 - Le règlement de l'enseignement primaire du 12 juin 1974 stipule en effet : « Le service de santé et le corps enseignant sont chargés du contrôle de l'hygiène corporelle des enfants... L'infirmière scolaire renvoie à la maison les enfants malpropres... » (art. 156).

L'histoire et l'anthropologie comme outils de distanciation

Pour alimenter la réflexion du groupe et permettre aux professionnelles de la santé de porter un nouveau regard sur la problématique en discussion, les sociologues ont proposé deux apports théoriques (13).

■ Tout d'abord, une *histoire de la propreté* (évolution de l'usage de l'eau, de la sensibilité aux odeurs, des discours sur la santé) montrant d'une part que dans notre seule société occidentale, les normes de propreté et d'hygiène ont été en constante redéfinition et d'autre part, que le « nettoyage du corps » répond tout autant, sinon davantage, à des motivations sociales (attirer la protection ou la sympathie, se distinguer des « pauvres ») qu'à des préoccupations strictement sanitaires. Les hygiénistes du XIX^e y ont ajouté une connotation morale, associant étroitement la propreté du corps à la « pureté » de l'âme et la saleté à la dépravation ou à l'immoralité.

■ Ensuite, la question de *la relation à l'altérité*, autrement dit à la différence de l'autre. « Or le besoin fréquemment exprimé d'en savoir davantage sur cet "autre" afin de mieux le comprendre, comporte, il faut le savoir, le risque de voir renforcer nombre de stéréotypes, de se focaliser abusivement sur les différences. Le regard anthropologique nous suggère que ces traits distinctifs de l'étrangeté que nous relevons, à savoir : une autre organisation familiale, un autre rapport au temps et à l'espace, une autre attitude face à la maladie, à la mort, à la naissance, nous renvoient, de fait, plus souvent qu'on ne l'imagine, à un univers social et culturel familier, mais plus ou moins révolu, tel celui de la société française rurale d'avant la "fin des terroirs". Il nous a fallu en faire le deuil, nous ou nos parents, au cours de notre propre acculturation, afin de nous adapter à la vie "moderne", urbanisée. » (Mabe, 1989).

72

Des points communs avec les familles migrantes

Les diverses réflexions ci-dessus concernant le rapport à la différence suggèrent au groupe d'infirmières d'autres attitudes possibles dans leurs relations aux usagers : reconnaître les particularités de l'autre tout en acceptant les siennes propres mais aussi discerner ce qui, au-delà des différences évidentes, fait partie d'une expérience commune (l'universel de l'expérience humaine...). Les infirmières scolaires telles

13 - Le travail des chercheuses a consisté à proposer aux infirmières une analyse de leur pratique en termes sociologiques, autrement dit une grille de lecture qui leur permette de prendre du recul par rapport à leur vécu professionnel et de le considérer d'un point de vue différent. Deux autres thèmes ont également été développés au cours de l'analyse de cette même situation : les différentes modalités possibles du « travail » d'acculturation opéré par les familles migrantes et la définition problématique de la notion de pauvreté. Il serait trop long de les aborder ici.

qu'elles se vivent actuellement dans l'organisation scolaire disposent, nous semble-t-il, d'un atout supplémentaire pour bien comprendre ce qui se joue dans leurs rapports avec les familles immigrées. D'une part, elles ont quitté le terrain connu et relativement rassurant du monde hospitalier pour s'aventurer dans le territoire plus vaste et beaucoup moins balisé de la santé publique, comme en pays étranger... Elles ont vécu ainsi, selon leur propre récit, une rupture violente, au point de se sentir très désécurisées au début de leur nouvelle activité. D'autre part, seules professionnelles de la santé dans l'école, en « migration » continue d'un établissement à l'autre, ce qui les empêche d'y développer une certaine forme d'enracinement, elles se sentent comme « en exil » dans l'école où leur manière de faire n'est ni reconnue ni toujours comprise par les autres professionnels. Les analogies – vécues au quotidien – avec la situation des immigrés ne manquent pas, qui peuvent éclairer la pratique des échanges avec les usagers étrangers. De même que les infirmières scolaires ont besoin de se sentir reconnues par leurs partenaires de culture professionnelle différente pour pouvoir fonctionner de manière satisfaisante au sein d'une équipe pluridisciplinaire, de même les familles d'usagers et davantage encore celles de migrants ont besoin, elles aussi, de reconnaissance.

Comme le suggèrent des travailleurs sociaux canadiens (Bouchard, 1988), il ne s'agit pas, pour les professionnelles, de se convertir aux valeurs du milieu d'intervention mais de se situer par rapport à un système de références parfois mal connu d'elles. Nous avons ainsi encouragé les infirmières à être à l'écoute de l'autre, non pas pour connaître comment il pense afin de mieux le convaincre mais pour reconnaître sa spécificité et sa part de créativité. Les familles « différentes » ne sont pas incultes mais elles ne savent pas forcément les mêmes choses que nous. Leur reconnaître un savoir-faire (notamment en matière de santé) différent de celui des professionnelles permet d'augmenter leurs compétences en les rendant d'abord confiantes dans leurs propres aptitudes. Cela leur permettra de collaborer avec l'infirmière pour résoudre un problème de santé. C'est une option difficile mais qui est le meilleur remède contre l'inévitable tentation d'ethnocentrisme, consistant à considérer les normes et les valeurs de sa propre culture comme universelles et allant de soi pour tout le monde. Voir ce qui rapproche les praticiennes des familles migrantes plutôt que ce qui les en éloigne, peut contribuer à faciliter grandement cette démarche.

73

Hygiène ou santé ? Un porte-à-faux difficile pour les infirmières

Au terme du bref survol de l'histoire de la propreté, on comprend mieux le malaise des infirmières scolaires contemporaines à l'égard des problèmes d'hygiène et leur difficulté subjective à les gérer. Nous vivons dans une société dont les membres ont totalement intériorisé les normes de propreté, au point qu'elles semblent découler d'un besoin « naturel », du moins pour les adultes. La santé est devenue une affaire personnelle, relevant de la responsabilité individuelle. Le discours actuel sur la santé

n'échappe pas à un certain courant individualiste et égocentrique : l'écoute de ses besoins, l'attention à son bien-être, le plaisir même, font désormais partie d'un comportement de santé (Lipovetsky, 1992). La justification sanitaire d'une bonne hygiène étant acquise, le plaisir du bain ou de la douche contribuent presque davantage dans nos esprits au maintien de la santé psychique (être bien dans sa peau) qu'à une défense contre des infections potentielles.

Or, que se passe-t-il quand survient une demande d'intervention pour des questions d'hygiène corporelle ? Les professionnelles sont confrontées à des usagers qui semblent n'avoir pas intériorisé les normes de propreté en vigueur dans la société d'accueil. Autrement dit, le besoin de se laver ne survient pas pour eux à la même fréquence ni avec la même exigence que pour la majorité de nos concitoyens (14). Les infirmières, toutes imprégnées d'une culture de la santé valorisant le bien-être et la responsabilité personnelle, se retrouvent malgré elles dans la situation des hygiénistes du XIX^e siècle : priées d'intervenir parce que d'autres se plaignent de la « puanteur du pauvre » (Corbin, 1986), professionnellement obligées d'invoquer les risques de contagion pour les autres écoliers... Elles se trouvent face à une population identifiée comme doublement « menaçante » : pour la cohésion de la classe d'école (la mauvaise odeur de certains enfants rend la coexistence harmonieuse difficile) et pour la santé des élèves (risques de contagion). Donc une population qu'il faut éduquer à la propreté ; comment le faire sans tomber dans le biais de la moralisation et de la culpabilisation ? Les infirmières, qui redoutent par-dessus tout d'être perçues par les familles comme des « contrôleuses de l'hygiène » – alors que c'est bien le rôle qu'on leur confie sans oser vraiment le dire – éprouvent ainsi beaucoup de difficultés à trouver des arguments adéquats pour faire passer le message, jonglant avec tous les registres imaginables du discours sanitaire (médical, moral, social, psychologique, etc.).

74

Compte tenu de ce que l'on sait de l'histoire des mentalités et des sensibilités ainsi que des représentations de la santé, on peut émettre l'hypothèse suivante. Dans certains milieux socioculturels, les arguments faisant référence au bien-être personnel ou à la santé risquent fort de ne pas trouver d'écho. Le bien-être personnel, on le sait, est une notion qui ne fait pas sens de la même manière pour tous les groupes sociaux (Osiek-Parisod, 1990). Quant à certaines maladies qui peuvent devenir chroniques (comme les maladies de la peau), elles sont souvent considérées comme faisant partie de l'état de santé habituel selon le niveau de vie de certains pays. On « fait avec » ; il ne vient pas à l'idée que l'on pourrait en guérir ni que cela est important. En revanche, l'argument de l'intégration sociale semble plus parlant. On a vu que

14 - Il faut dire aussi que la différence culturelle n'est pas toujours seule en cause. Bien souvent ces familles occupent un logement sans salle de bains ou vivent à six ou sept personnes dans un studio. Dans ces conditions, il n'est objectivement pas facile de répondre aux critères d'hygiène de la société d'accueil...

dans l'évolution des pratiques de propreté, les motivations sociales primaient sur les préoccupations hygiéniques ou sanitaires (Elias, 1973). Bien replacé dans son contexte, cet argument est celui qui a le plus de chance d'atteindre son objectif, pour les enfants comme pour les adultes. En effet, d'où que l'on vienne et à quelque société que l'on appartienne, les phénomènes d'accueil ou de rejet par le groupe social signifient quelque chose.

Les bénéfiques de la décentration

Le travail auprès d'enfants et de familles de culture et de niveau social très différents pose donc aux professionnelles de la santé la question de leur relation à l'altérité et de la validité de leurs propres normes. La perspective historique, qui met en évidence le processus incessant de construction sociale des normes, révèle leur dimension relative. La perspective anthropologique mettant davantage l'accent sur les traits communs que sur les différences, contribue à développer une meilleure compréhension du vécu des familles migrantes. Cette nouvelle vision des choses place les professionnelles dans une position à la fois plus « juste » du point de vue éthique et plus « confortable » psychologiquement.

Ce type de réflexion et la prise de conscience qu'il suscite tend à modifier le regard porté sur la différence et le rôle qu'on lui attribue dans les difficultés rencontrées. Nous avons en effet rencontré chez quelques infirmières une forme de « positivisme », selon lequel toute chose serait un donné « naturel » existant en soi, tout à fait indépendamment de la manière dont on l'observe ou on le traite. Du moment que l'on regarde de cette manière la différence d'autrui (notamment culturelle ou sociale), dès qu'un problème surgit avec la personne « autre » on aura tendance à l'identifier comme faisant partie inhérente de la différence. À la limite, le problème, c'est la différence ; elle explique à elle seule la difficulté rencontrée et l'on ne peut rien y changer. Le risque découlant presque inévitablement de cette manière de voir, c'est la quasi impossibilité de résoudre le problème que l'on contribue au contraire à renforcer.

Une autre attitude mentale, rencontrée chez plusieurs infirmières scolaires (et qu'une telle recherche vise à développer), situe les choses dans une perspective plus dynamique car elle part du principe que rien n'est un fait isolé, absolu, donné une fois pour toutes. Il ne s'agit pas de nier la différence (culturelle et sociale) ni les difficultés qui peuvent lui être associées. Simplement la différence n'est pas considérée ici comme une entité abstraite et intangible mais comme le résultat de la mise en présence de deux systèmes de référence et de valeurs : le *leur* ET le *nôtre*. En d'autres termes, un comportement considéré comme plus ou moins différent (et donc plus ou moins compréhensible ou acceptable), ne l'est que dans la mesure où il est plus ou moins éloigné de ce que nous considérons comme un comportement « normal », selon nos normes. La différence d'autrui dont il est question ici dépend donc tout

autant du regard porté sur elle (de l'aune à laquelle on la mesure) que de caractéristiques qui lui seraient propres. On ne peut alors la considérer et véritablement la comprendre que dans le cadre d'une relation : entre des personnes, entre leurs systèmes de normes et de valeurs, bref, entre des univers symboliques. Il en va d'ailleurs exactement de même lors de la confrontation évoquée plus haut entre deux cultures professionnelles.

Cette façon de voir n'est ni évidente ni facile. Elle s'oppose à notre tendance première qui est de céder à l'ethnocentrisme. Or, l'ethnocentrisme contribue d'une certaine manière à la construction et à la défense de notre identité collective, sociale et culturelle. Personne n'y échappe donc *a priori*, pas plus les professionnelles de la santé que leurs « clients ». Comme on le sait, les familles migrantes peuvent, dans certains cas, se réfugier dans un repli défensif sur leur culture d'origine (Schnapper, 1986). Dans leur confrontation à la différence socioculturelle (mais aussi avec des partenaires relevant d'une autre culture professionnelle), les infirmières ont aussi le choix entre le repli sur leur culture de la santé et l'ouverture à l'autre. Celles qui peuvent identifier la part de notre société dans la définition (et souvent la stigmatisation) de la différence prennent un certain recul par rapport à leurs propres normes. Elles peuvent alors se permettre de les considérer comme relatives, de remettre en question leur position, de réviser leurs critères. Cette faculté de décentration (qui est tout le contraire de l'ethnocentrisme) leur facilite la tâche car elle autorise une certaine souplesse, favorise la créativité professionnelle et contribue à définir un nouveau rapport à la notion d'efficacité.

En guise de conclusion, il apparaît que dans les situations de coopération conflictuelles avec d'autres professionnels, comme dans celles d'une confrontation à des usagers de culture différente, les infirmières scolaires ne trouvent leur « salut » que dans un effort de décentration par rapport à leurs propres normes et d'ouverture à la culture (professionnelle, ethnique ou sociale) de l'autre. Cela n'implique en aucune façon la négation de leur identité professionnelle mais de connaître clairement la spécificité et les limites de leurs compétences. Dans leurs contacts avec les enseignants, par exemple, les infirmières auront tout à gagner d'une attitude de non-jugement et d'ouverture aux difficultés rencontrées par ces derniers. Comme les assistantes sociales en milieu scolaire (Garnier, 1997), les infirmières peuvent apporter des éléments de compréhension concernant la situation de certains enfants, ce qui permettra aux enseignants d'effectuer à leur tour un travail de décentration et de relativiser leur point de vue sur tel ou tel élève.

Comme tous les individus-acteurs de notre temps, les infirmières scolaires sont ainsi appelées à « construire leur expérience » en fonction des différents contextes auxquels elles sont confrontées (Dubet, 1994 et 1998). « Ajustement créateur » tel pourrait être le mot clef d'une attitude professionnelle adéquate et source de satisfaction, tant personnelle que professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUCHARD Jean-Marie (1988). – « De l'institution à la communauté. Les parents et les professionnels : une relation qui se construit », in Paul Durning (sous la dir.), *Éducation familiale : un panorama des recherches internationales*, Paris, éd. Matrice.
- CORBIN Alain (1986). – *Le miasme et la jonquille. L'odorat et l'imaginaire social au XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Flammarion.
- DUBET François (1991). – *Les lycéens*, Paris, Seuil.
- DUBET François (1994). – *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil.
- DUBET François, MARTUCELLI Danilo (1998). – *Dans quelle société vivons-nous ?* Paris, Seuil.
- ELIAS Norbert (1977). – *La civilisation des mœurs*, Le livre de poche, Paris, Calmann-Lévy (1^{re} et 2^e éditions en langue allemande, 1939 et 1969).
- GARNIER Pascale (1997). – *Les assistantes sociales à l'école*, Paris, PUF.
- HELLER Geneviève (1983). – « Si tu tiens à ta peau, lave là ! : la propreté du corps comme instrument de progrès et de discipline sociale à la fin du XIX^e siècle » in Jacques Hainard et Roland Kœhr (éds), *Le corps enjeu*, Musée d'ethnographie de Neuchâtel.
- KASTERSZTEIN Joseph (1991). – « Les stratégies identitaires des acteurs sociaux : approche dynamique des finalités », in C. Camilleri, J. Kastersztein et al., *Stratégies identitaires*, Paris, PUF.
- MABE Brigitte (1989). – « Culture et socialisation de l'enfant d'origine étrangère », in *Migrations Santé*, n° 60.
- LIPOVETSKY Gilles (1992). – *Le crépuscule du devoir*, Paris, Gallimard.
- OSIEK-PARISOD Françoise (1990). – *C'est bon pour ta santé ! Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé*, Cahier n° 31 du Service de la Recherche Sociologique, Genève (épuisé).
- OSIEK-PARISOD Françoise (1992). – « Des infirmières scolaires face aux différences socio-culturelles », *Document de travail SRS*, Genève, 42 p.
- OSIEK-PARISOD Françoise (1994). – *Infirmières dans l'école. Partage de l'action éducative et enjeux identitaires*, Cahier n° 37 du Service de la Recherche Sociologique, Genève.
- PETITAT André (1989). – *Les infirmières : de la vocation à la profession*, éd. Du Boréal, Montréal.
- QUIVY Raymond, RUQUOY Danielle, VAN CAMPENHOUDT Luc (1989). – *Malaise à l'école : les difficultés de l'action collective*, Publications des Facultés universitaires de Saint-Louis, n° 18, Bruxelles.
- SCHNAPPER Dominique (1986). – « Modernité et acculturations. À propos des travailleurs émigrés », in « Le croisement des cultures », *Communications*, n° 43, Paris, Seuil.
- VIGARELLO Georges (1985). – *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, coll. Points.