Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 21 (1995)

Heft: 2

Artikel: Les infimières scolaires : malaise identitaire et socialisation professionnelle

Autor: Osiek-Parisod, Françoise

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814766

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 21.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz. Z. Soziol./Rev. suisse sociol., 21 (2), 1995, 341–358

LES INFIRMIÈRES SCOLAIRES : MALAISE IDENTITAIRE ET SOCIALISATION PROFESSIONNELLE

Françoise Osiek-Parisod
Service de la recherche sociologique, Genève

1. Une position complexe

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. Compte tenu de notre propos, nous n'en aborderons ici que deux.

Tout d'abord *le domaine de la profession* comme univers de référence, porteur de valeurs et producteur de normes, de représentations, de savoirs et de compétences qui orientent l'action des professionnelles de la santé. La formation de base, la spécialisation post-diplôme et la formation permanente, de même que la «rivalité» avec d'autres professions de la santé et du social, jouent un rôle important dans la construction de cet univers de référence.

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. Il faut donc considérer les infirmières comme des acteurs participant de cet univers organisé qui comporte sa propre hiérarchie et division du travail, ses règles de fonctionnement formelles et informelles, ses contraintes et ses espaces de libertés. Les infirmières sont ainsi appelées à coopérer avec d'autres acteurs sociaux (d'autres corps professionnels); elles sont inclues 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 (trouver leur place) dans un ensemble de rôles et de statuts (Quivy et alii, 1989). Par ailleurs, comme système éducatif, l'école est en même temps investie de diverses fonctions auxquelles les infirmières scolaires participent, même si au départ la valeur et l'objectif qui fonde leur action (la santé des écoliers) n'est pas directement «scolaire».

Or ces univers ne sont pas «donnés» une fois pour toutes, ils évoluent constamment. La crise de l'Etat Providence, la disparition de nombreux

points de repères idéologiques, institutionnels et professionnels (la remise en question d'autant de «quasi-certitudes») exigent plus que jamais que les professions «de l'humain» (notamment du médico-social et de l'enseignement) se redéfinissent, tant du point de vue interne (question de fonctionnement) qu'externe (question de légitimité). Cela concerne aussi bien les institutions qui déterminent les modalités d'exercice de ces professions que les organisations dans le cadre desquelles elles interviennent.

1.1 L'univers de la profession

Ces vingt dernières années, le champ professionnel des soins infirmiers a été largement «habité» par l'aspiration à se créer une identité professionnelle spécifique aussi bien face aux médecins que par rapport aux autres professions paramédicales et sociales. Il fallait se libérer de l'identité négative d'exécutante du médecin en fondant «l'autonomie du nursing à l'égard des autres savoirs», notamment médical. Aux USA et au Canada, des théoriciennes des soins infirmiers ont élaboré des cadres conceptuels permettant de circonscrire le champ spécifique de la profession. C'est dans la même foulée que s'est constitué tout un courant de recherche en soins infirmiers. Ce travail de redéfinition prend place dans le vaste mouvement qui entraîne les infirmières «de la vocation à la profession» (Petitat, 1989). La promotion de la profession passe notamment par la formation et la spécialisation.

Il a donc été nécessaire à la profession de se démarquer de la médecine, à la fois pour promouvoir son autonomie et pour défendre des frontières spécifiques face au phénomène de démographie médicale qui poussait les nouveaux médecins, de plus en plus nombreux, à se réapproprier le secteur de la promotion de la santé et de la prévention. Cependant il devenait également impératif, face à la multiplication et à la diversification des professions de la santé et du social, de redéfinir un territoire et de consolider une identité professionnelle en définissant un champ d'action et des compétences spécifiques. La notion de «santé globale» est devenue ainsi le fondement idéologique de la pratique infirmière (Osiek-Parisod, 1990). L'identité professionnelle des infirmières résulte donc d'une construction collective. Dans ce «jeu», le regard des autres professions de la santé et du social est une «donne» importante. Les identités revendiquées par chacune de ces professions se construisent en effet en interdépendance les unes des autres.

1.2 L'univers scolaire

Le système scolaire s'articule autour de trois fonctions. *La production* (d'un acteur social en fonction d'un modèle culturel défini), *la sélection* (classement des compétences) et *l'intégration* (accueil et socialisation, au sens large, des enfants). Cependant il existe une tension entre ces différentes fonctions (Dubet, 1991). L'école est elle aussi en mutation et tente de concilier des objectifs plus ou moins contradictoires.

Avec l'accroissement de la population et de la demande d'éducation, on a de plus en plus l'impression d'avoir affaire à une scolarisation de masse alors que simultanément on prône «l'individualisation et la différenciation de l'enseignement». On revendique pour l'école «une mission globale qui n'est pas de former exclusivement des travailleurs»; on attend de la scolarité obligatoire qu'elle soit «exigeante mais non sélective» (DIP, 1989). Mais «parallèlement, la pression sociale de l'opinion publique, des mots d'ordre provenant du champ pédagogique, de la crise économique, voire même de certains discours de futurs employeurs (demandant une élévation de la culture de base), font que l'échec scolaire apparaît de plus en plus comme un scandale et un gaspillage» (Demailly, 1987). Autrement dit, pour des raisons à la fois politiques, économiques, sociales et idéologiques, il y a une intolérance de plus en plus forte à l'échec qui cohabite avec un idéal d'épanouissement individuel (Hutmacher, 1989 et 1993).

Cela peut sembler, à première vue, très éloigné du monde des soins infirmiers. Cependant, qu'elles le veuillent ou non, les infirmières scolaires appartiennent au système scolaire, elles contribuent à la réalisation de ses missions. Cela n'est pas nouveau. Dès leur intégration dans l'école (en 1916 pour le canton de Genève), les infirmières ont toujours et partout été associées plus ou moins explicitement à la mission «civilisatrice» et «normalisatrice» de l'école ainsi qu'à un certain contrôle social des familles (Delay-Malherbe, 1982; Heller, 1988).

Actuellement, l'intolérance à l'échec évoquée ci-dessus implique un élargissement des représentations des conditions de la réussite scolaire (ou de ses obstacles). S'agissant de l'enfant, on ne prend plus seulement en compte ses facultés intellectuelles ou d'apprentissage. Sa santé, au sens large, est un des éléments à prendre en compte dans le processus de sa réussite ou de son échec. A ce titre elle constitue un enjeu. Outre la prévention des maladies infectieuses et le dépistage d'éventuelles malformations ou troubles fonctionnels organiques, tout ce qui empêche l'enfant d'être bien-portant, épanoui mais aussi performant et adapté à l'école entre dans ce champ. Dès lors, un éventail très large des domaines de la vie quotidienne

(personnelle et familiale) est inclus dans la définition et la prise en charge de la santé de l'écolier, santé qui doit être promue (comme modèle), sauvegardée et restaurée le cas échéant. Cela va de l'hygiène corporelle et alimentaire aux comportements inadaptés et aux problèmes familiaux en passant par le sommeil, la souffrance psychologique manifeste, l'éducation sexuelle et la prévention des toxicomanies.

On peut alors avancer l'idée que les infirmières scolaires, quoique pas toujours de manière explicite, deviennent en quelque sorte co-responsables de la «fabrication de l'échec» ou de la réussite scolaires (Perrenoud, 1989). Négliger ou prendre en compte un signe potentiellement précurseur d'une grave inadaptation ou d'un échec relèvent dès lors de leur compétence et de leur responsabilité, dans l'appréciation globale qu'elles font de la santé des enfants. On assiste à une sorte de double mouvement. D'une part, une certaine «médicalisation» des problèmes scolaires, dans la mesure où ils peuvent être attribués à des troubles divers, notamment de nature psychologique et/ou sociale, relevant de la prise en charge médico-sociale. D'autre part, à une relative «scolarisation» des problèmes de santé, les infirmières devant élargir leur champ d'intervention à tout ce qui peut, de leur point de vue, compromettre la scolarité de l'enfant. Les infirmières scolaires sont ainsi investies d'une tâche nouvelle qui élargit leur zone de compétence. C'est sans doute intéressant et valorisant, souvent même gratifiant. Mais en même temps elles deviennent l'objet de plus grandes attentes, soumises à des responsabilités élargies, encadrées par de nouvelles contraintes organisationnelles. Elles sont de plus en plus appelées à travailler avec des enseignants; parfois même elles participent à des conseils de classe. Comme eux, elles doivent tenir compte des nouveaux partenaires de l'école que sont les parents et qui ont un droit de regard sur ce qui s'y passe. Les parents se sentent par ailleurs de plus en plus concernés par l'impératif culturel de (bonne) santé et préoccupés par des problèmes tels que la drogue et le Sida. Ils ont donc des attentes à l'égard de l'infirmière de l'établissement qui se trouve elle aussi exposée à leur critique potentielle. Les infirmières sont ainsi en situation de concurrence avec la famille et les enseignants pour le partage des tâches concernant l'éducation à la santé (Osiek-Parisod, 1990).

2. Les premiers signes d'un malaise

Un thème récurrent dans le discours des participantes à la recherche est celui de leur manque de «visibilité» dans l'organisation scolaire. Elles ont

souvent l'impression que les «gens de l'école» (notamment les enseignants) méconnaissent leur travail parce qu'ils ne connaissent pas leur rôle et font peu de cas de leurs compétences spécifiques. Cela les conduit souvent à mal «utiliser» l'infirmière ou, pire encore, à «saboter» son travail par des initiatives unilatérales qui s'avèrent parfois malheureuses. De leur côté, les psychologues et assistants sociaux en milieu scolaire attribuent plus souvent à l'infirmière un rôle de «banque de données» et de «pourvoyeuse de cas» (elle est la seule professionnelle dans l'école à voir tous les enfants lors de dépistages systématiques) que celui de collaboratrice à part entière qu'elles revendiquent. Autrement dit, leurs partenaires n'attendent pas d'elles une interprétation spécifique des situations d'élèves, encore moins une prise en charge conjointe[1].

2.1 La reconnaissance externe

Dans un premier temps, plusieurs éléments sont avancés par les participantes pour expliquer la méconnaissance et la non reconnaissance de leur travail aux yeux du grand public, de leur «clientèle» et de leurs partenaires dans l'école. Tout d'abord, pour la majorité des gens, la représentation de l'infirmière est avant tout celle d'une hospitalière; quant à celle de l'infirmière scolaire, elle est encore prisonnière de stéréotypes anciens («la dame des ‹patches› et des poux»). Ensuite, les activités de prévention sont mal connues et peu valorisées, quand elles ne sont pas considérées comme un luxe. Enfin, toute une part des prestations des infirmières scolaires ne sont pas visibles ni quantifiables. Les résultats visés par une démarche de prévention et de promotion de la santé sont aléatoires et, quand ils existent, ne sont visibles qu'à (très) long terme : «on ne voit pas d'effet immédiat».

L'accent est mis alors davantage sur le fait que certains aspects du métier sont à la fois mal connus et insuffisamment reconnus socialement (parce que peu visibles et ne correspondant pas aux stéréotypes habituels) que sur le manque de gratification personnelle. Cette analyse rejoint les constats faits maintes fois à propos du travail sanitaire et social. La non reconnaissance du «potentiel de travail féminin», ces fameuses «qualités silencieuses» évoquées par K. Ley (1982) fait que les valeurs humanistes incarnées dans la relation d'aide et le savoir-être ne sont pas réellement

1 Ces constats découlent d'une part de situations professionnelles vécues qui ont constitué le point de départ de l'analyse des groupes et d'autre part de séances de confrontation avec divers représentants des partenaires de l'école (mais ne travaillant pas dans les mêmes établissements que les infirmières) selon le principe de l'intervention sociologique.

reconnues «de manière concrète, à leur juste prix... L'infirmière se sent menacée par les courants qui paraissent s'imposer à notre société et qui donnent la priorité à la force, au paraître et à l'avoir. Cette menace se concrétise dans des conditions de travail difficiles et une rémunération relativement faible. L'infirmière partage cette précarité avec d'autres professions du secteur non marchand» (Leroy, 1992, 48).

Dans le cas des infirmières scolaires, on peut dire que les compétences requises pour l'analyse et la prise en charge de situations socio-sanitaires complexes, la créativité nécessaire aux actions de promotion de la santé ou encore les qualités relationnelles indispensables aux activités de conseil et de soutien, passent souvent inaperçues. De ce fait elles sont mal connues et peu ou pas reconnues (socialement, institutionnellement).

2.2 *La reconnaissance interne*

Dans un second temps, il est apparu que ce manque de reconnaissance ou de valorisation est également le fait des professionnelles elles-mêmes qui ont tendance à dévaloriser leur travail, à douter de son efficacité et de sa portée. Leur propre vision des choses est-elle «contaminée» par le manque de reconnaissance sociale dont elles sont l'objet ? En effet, «les infirmières n'ont pas d'elles-mêmes une opinion très favorable. A la bourse de valeurs, la cote de ce qu'elles font n'est pas très élevée et elles n'osent pas se démarquer par rapport à ce hit-parade» (Leroy, 1992, 50). On pourrait également avancer que la crise d'identité des infirmières peut «s'expliquer par le manque de racines historiques valorisantes et d'événements fondateurs positifs propres au groupe» (Vega, 1993, 46).

Cependant, il semble y avoir chez les infirmières scolaires un refus inconscient de se donner les moyens de rendre leur travail plus visible. Car contrairement à ce qu'elles disent, leur activité *est quantifiable*. Il est tout à fait possible, par exemple, d'établir dans un laps de temps donné, une forme de statistique de fonctionnement : faire le décompte des différentes activités (x entretiens, démarches sociales, visites, soins d'urgence, etc.) et du temps que cela prend approximativement. Cela pour donner une meilleure connaissance de la densité et de la diversité de leur travail. Or il semble qu'il soit difficile pour les participantes d'accepter l'idée même que leur travail soit quantifiable, comme si cela allait le vider de son sens et de sa dimension humaine.

Par ailleurs, sans pour autant trahir le secret professionnel ou invalider la part personnelle d'intuition et de compétences relationnelles nécessaires

à la relation d'aide, il est possible de *qualifier* le déroulement d'un entretien. C'est-à-dire donner une idée de son contenu *en termes généraux* (thèmes, problématiques abordés) sans entrer dans le détail des histoires privées. Or il manque des traces écrites (à usage personnel) de ce genre d'interventions qui permettraient aux professionnelles d'en faire l'analyse et d'en dégager les grandes lignes pour les «faire exister» aux yeux des autres. Mais là aussi, tout se passe comme si le fait de qualifier des actes relevant de la sphère psycho-relationnelle apparaissait comme une trop grande prise de risque.

Les professionnelles ne réalisent pas qu'en agissant de la sorte, elles témoignent d'une forme de non reconnaissance de ce travail «invisible» par elles-mêmes. Malgré leur discours sur l'importance de la relation et l'ensemble des compétences nécessaires à la prise en charge d'une situation médico-sociale complexe, les praticiennes de terrain se donnent rarement les moyens concrets de mettre cet aspect de leur travail en valeur. Ce n'est pas seulement dans l'esprit des enseignants et du public des usagers que l'image de l'infirmière reste avant tout celle d'une soignante à l'hôpital. Comme nous allons le voir, la définition restreinte du soin, vu essentiellement comme le fait de poser des actes physiques et techniques, avec le support d'un matériel plus ou moins sophistiqué, habite encore largement «l'inconscient collectif» des infirmières en santé publique, à la manière d'une norme toute puissante.

2.3 Assises entre deux modèles...

C'est une séquence de travail avec l'un des groupes qui a permis de mettre en évidence le malaise spécifique des infirmières en milieu scolaire, dont nous avons retrouvé plus d'un signe lors de séances avec l'autre groupe. Sollicitées d'exprimer comment elles se sentent dans leur travail actuel et quelles en sont à leur avis les principales difficultés, les participantes ont révélé tout un ensemble de doutes et de perplexités liés à la nature de leur travail et à son contexte organisationnel, dont voici quelques exemples (les mots sont soulignés par nous):

«Dans un *hôpital*, dans une unité de *soins*, on a l'impression d'*être vraiment quelqu'un*, de faire un travail (utile). On n'a *pas de doute*, on *sait* ce qu'on doit faire, on a un rôle beaucoup *plus défini* (que dans l'école). Tandis que là, on navigue entre l'infirmière, l'assistante sociale, le psychologue, dans certaines situations, on doit jouer les trois rôles. Ce n'est *pas très clair*, en fait»

«C'est peut-être plutôt parce que le *résultat final*, on ne le voit pas tout de suite, c'est (seulement) *à long terme* que l'on voit les résultats. Par contre, quand on fait un soin, *on voit tout de suite les résultats du soin donné*... Notre métier (actuel), il est dilué; il est un peu dilué dans le temps et avec les autres personnes qui interviennent dans la situation. Notre présence est beaucoup moins... (clairement définie)»

«Quand on est à *l'hôpital*, ce sont des *soins*, ce sont des *malades* tandis qu'à l'école, on a affaire à des enseignants, des psychologues, des assistants sociaux, des parents d'*enfants sains, avec d'autres problèmes que les problèmes médicaux*, bien souvent. Je crois que c'est ça qui fait qu'on est un petit peu perturbée...»

Cette succession d'«aveux» dont nous n'avons retranscrit que quelques-uns des plus marquants nous ont suggéré l'idée que les infirmières en milieu scolaire sont écartelées entre deux modèles vécus comme contradictoires, le modèle hospitalier et le modèle extra-hospitalier (voir tableau 1).

Ces deux modèles – reconstruits à partir du discours des participantes – se sont imposés à nous dans ces termes lorsque nous avons réalisé à quel point l'argumentation des professionnelles reposait sur un système d'opposition entre éléments sécurisants et désécurisants liés d'une part à la pratique hospitalière et d'autre part au travail de prévention. Il est frappant de constater que ce sont les participantes qui ont fait spontanément référence à l'hôpital pour tenter d'expliquer leur malaise actuel. Aucune mention de l'univers hospitalier ne figurait dans la consigne de départ[2]. Afin de mieux comprendre les différentes composantes du malaise des professionnelles symbolisé par cette opposition, il convient de prendre en compte l'importance du support de soin et de la gratification immédiate d'une part, l'impact de la socialisation professionnelle d'autre part.

2.4 Support de soin et gratification immédiate

Il est évident que le travail d'une infirmière hospitalière ne se limite pas à l'application de traitements sur prescription médicale ni à des tâches techniques répétitives (par ex. la mesure de la température ou de la tension artérielle). Son travail comporte aussi toute une série d'actes «intangibles» comme l'évaluation globale de la situation de la personne, le soutien psychologique, les conseils de santé, l'autonomisation progressive du patient.

2 Quand on leur a présenté ce tableau, les participantes ont été très frappées de découvrir à quel point le modèle hospitalier habitait encore leur «inconscient professionnel».

Mais d'une certaine manière, ces actes sont toujours médiatisés par un soin et/ou par la référence explicite ou implicite à la maladie ou au symptôme ayant nécessité l'hospitalisation de la personne soignée. Par ailleurs, la plupart des soins dispensés ont un résultat relativement immédiat et visible, aussi bien pour le patient que pour la soignante.

Tableau 1
Un système d'opposition révélateur

Modèle hospitalier*	Modèle extra-hospitalier**
– héritage historique : vocation, subordination au médecin (même si refusé et controversé)	– grandes marges d'autonomie (malgré la contrainte des tâches fixes), solitude.
– avoir affaire à des malades, des blessés, des opérés	– élèves = enfants sains, pas malades
– avoir affaire à des personnes qui ont *besoin* de soins	– les familles n'expriment pas de besoins, pas de demande explicite
– traiter des problèmes médicaux clairement identifiés qui demandent des interventions précises	– problèmes autres que médicaux (psychologiques, sociaux); plus grande difficulté à définir une intervention adéquate et spécifique
– soins techniques (définition restreinte de la notion de soin): actes précis, codifiés; importance du support de soin	– définition élargie du soin qui ne correspond pas à des actes précis à faire; d'autres formes d'intervention sont à trouver
– rôle de soignante bien défini dans une équipe essentiellement (para)-médicale	– rôle polyvalent de généraliste confronté à des professions autres que médicales (enseignants, «psy», AS...)
– port d'un uniforme : identification immédiate par autrui	– pas d'éléments identitaires correspondants; seuls «attributs» repérables de la pratique : sparadrap, pilule, tisane, pommades !
– résultats tangibles : sentiment d'efficacité et gratification immédiate	– absence de résultats tangibles, doute quant à l'efficacité, peu de gratification immédiate

* Eléments identitaires sécurisants
** Eléments désécurisants

Or tous les éléments directement liés à la prestation de soins (qu'il s'agisse d'actes de nursing ou plus techniques) sont vécus comme des bénéfices par la praticienne : l'acte lui-même traduit son savoir-faire et son savoir-être; les effets du soin à court ou moyen terme sont le signe évident de son utilité. Autrement dit, chaque soin correctement prodigué renforce chez la professionnelle le sentiment de sa compétence et de son utilité. C'est en cela que l'on peut parler de *gratification immédiate*. Par ailleurs le temps passé avec le patient, la proximité physique au moment du soin, sont autant de facteurs de facilitation qui permettent d'établir une relation privilégiée ou d'aborder avec moins de gêne une question délicate. En ce sens, *le support de soin* est une forme de médiation concrète donnant accès aux domaines plus subtils de la relation soignant-soigné (écoute, soutien, conseils, enseignement). Il sert très souvent de fondement à la relation d'aide.

En revanche, les infirmières en milieu scolaire ne bénéficient pas souvent du support de soin, tel que défini plus haut. Dans bien des situations elles doivent affronter la double difficulté de n'avoir ni de demande explicite de l'usager ni d'acte précis à accomplir pour entrer en matière. *L'absence de support de soin* peut parfois leur donner l'impression de ne «rien faire» et déstabiliser des praticiennes entraînées à agir plus ou moins dans l'urgence par le truchement d'actes précis, clairement identifiables et souvent immédiatement efficaces. Certaines activités de prévention et de promotion de la santé peuvent ainsi apparaître aux yeux de quelques-unes aller à l'encontre de *l'idéologie de l'action et de l'efficacité* qui a imprégné les débuts de leur formation[3]. Elles se retrouvent alors dans une situation paradoxale. D'une part elles dénoncent périodiquement le grand nombre de tâches fixes (contrôles de santé, dépistages, etc.) auxquelles elles sont astreintes, parce que cela ne leur laisse pas suffisamment de temps pour mener à bien des actions de prévention et d'éducation à la santé ou pour se pencher sur des situations individuelles et familiales problématiques. D'autre part, elles déplorent simultanément la diminution, voire la disparition de certains de ces actes. Dans le contexte scolaire, ces tâches représentent en effet pour elles *l'équivalent du support de soin*. Celles-là légitiment leur présence dans les classes, sont l'occasion d'établir un contact privilégié ou le prétexte à aborder d'autres questions de santé avec une mère et/ou son enfant. En un mot, les contrôles de santé sont parfois le seul moyen à disposition pour entrer en matière avec certains usagers.

Malgré tout, quand il s'agit de prévention et d'éducation à la santé, les résultats restent incertains et différés dans le futur. *L'absence de gratification*

3 Pour le thème de la valorisation de l'action, voir le chapitre consacré à la «mentalité du clinicien» (E. Freidson, 1987).

immédiate subsiste donc et c'est une source non négligeable d'incertitude pour ces professionnelles car elle contribue à nourrir des doutes quant aux compétences propres, à l'efficacité de l'action et, finalement, peut remettre en question la pertinence et la légitimité-même de ce travail : est-ce que je m'y prends bien, y a-t-il des résultats valables, est-ce bien utile, est-ce vraiment justifié ?...

3. L'impact de la socialisation professionnelle

Reste à se poser la question suivante : pourquoi une telle prégnance du modèle hospitalier chez ces infirmières en milieu scolaire, alors que la formation post-diplôme en santé publique vise précisément à former des praticiennes de terrain fonctionnant au sein de la collectivité, hors de l'univers hospitalier (on parle de secteur extra-hospitalier) et dont l'activité est censée se déplacer du curatif vers le préventif ? Pourquoi une telle «nostalgie» de l'hôpital, alors que la plupart de ces professionnelles ont précisément choisi cette orientation et cette spécialisation en santé publique pour quitter les contraintes du système hospitalier afin de bénéficier d'une plus grande autonomie professionnelle, notamment à l'égard des médecins ? Comme à d'autres moments de la recherche, on se retrouve confronté à la notion d'identité (personnelle et/ou professionnelle), vue comme «un produit de socialisations successives» (Dubar, 1991a, 7).

3.1 Socialisation primaire et secondaire

La distinction introduite par Berger et Luckmann[4] entre *socialisation primaire et secondaire* peut éclairer notre problématique, dès lors qu'on l'applique à l'intérieur-même du champ professionnel. Pour ces deux auteurs, *la socialisation primaire* concerne l'acquisition de savoirs de base, dans le cadre de la famille puis de l'école. Ces savoirs de base (langage, structures cognitives, réserve de catégories pour appréhender le monde etc.) «dépendent essentiellement des relations qui s'établissent entre le monde social de la famille et l'univers institutionnel de l'école» (Dubar, 1991a, 101), ainsi que de l'identification à des «autrui signifiants» (parents, professeurs etc.).

4 Voir «La construction sociale de la réalité» de Peter Berger et Thomas Luckmann (1966 et 1986). Dans le cadre de ce t article nous ferons essentiellement référence à la synthèse qu'en a fait Claude Dubar (1991) dans un ouvrage consacré à la socialisation (voir bibliographie).

Le processus de la socialisation primaire «assure à la fois la possession subjective d'un moi et d'un monde et donc la consolidation des rôles sociaux... et des codes permettant la définition sociale des situations, c'est-à-dire celles qui sont pertinentes à la fois aux yeux d'ego et d'autrui dans une situation commune» (ibidem, 101). Cependant, comme la socialisation «n'est jamais totalement réussie ni totalement terminée», elle se poursuit au cours de la formation professionnelle et d'autres expériences de l'adulte au travail, dans la *socialisation secondaire*. Il s'agit cette fois de «l'acquisition de savoirs spécifiques et de rôles directement ou indirectement enracinés dans la division du travail... Il s'agit avant tout de savoirs spécialisés – que nous appellerons savoirs professionnels – qui constituent des savoirs d'un genre nouveau, ... un programme formalisé et un véritable ‹univers symbolique› véhiculant une conception du monde... (Ces savoirs) sont définis et construits en référence à un champ spécialisé d'activités» (ibidem, 102). Certaines fois, la socialisation secondaire constitue «le simple prolongement de la socialisation primaire» alors que dans d'autres cas, la socialisation secondaire peut constituer une véritable «rupture par rapport à la socialisation primaire», par exemple lorsqu'il y a une discontinuité trop forte entre «les intériorisations originales et nouvelles» (ibidem, 102).

3.2 Un déplacement du regard

Appliqué à la lettre à la trajectoire individuelle d'une infirmière, ce cadre conceptuel désignera donc la totalité de sa formation professionnelle (de base et post-diplôme) comme la socialisation secondaire, opposée à l'ensemble de la socialisation antérieure de l'enfance et de la prime jeunesse (socialisation primaire). Mais il est parfois éclairant de jouer avec les concepts. Si l'on applique le modèle de Berger et Luckmann aux différentes étapes de la seule socialisation professionnelle, la formation initiale ou de base devient la socialisation primaire alors que toutes les spécialisations post-diplôme ultérieures sont vues comme une socialisation secondaire. Ce simple déplacement du regard jette un éclairage différent sur notre problématique.

La formation de base est «un moment essentiel de la reproduction du groupe... La formation initiale actualise le projet identitaire en l'exprimant sous la forme de modèles normatifs» (Feroni, 1993, 49). Or la formation de base des infirmières est essentiellement (pour ne pas dire exclusivement) axée sur le fonctionnement professionnel en milieu hospitalier. Comme la famille puis l'école au cours de la socialisation primaire considérée dans son sens habituel, l'hôpital est une institution qui a un fort pouvoir intégrateur

sur l'identification au rôle professionnel au moment de la formation initiale. Ceci pour plusieurs raisons :

- C'est, pour la plupart des étudiantes, le lieu des premiers contacts approfondis avec la souffrance, la maladie et la mort. L'impact affectif et émotionnel en est si fort qu'il assure à très long terme l'ancrage de l'expérience dans la mémoire et la conscience de la personne.
- L'hôpital est un univers très hiérarchisé, structuré (et structurant), où les rôles formels sont clairement définis, les débutantes très «encadrées».
- La plupart des activités qui y prennent place sont considérablement codifiées et routinisées, pour ne pas dire ritualisées (déroulement des interventions chirurgicales, visites médicales, protocoles de soins, remises de service...)
- C'est le lieu des stages d'application pratique qui sont des espaces et des moments déterminants pour la culture du groupe des futures professionnelles. Ceci d'autant plus qu'on y vit encore souvent en (semi)-internat[5].
- Les praticiennes des premiers lieux de stage constituent souvent des modèles d'identification professionnelle (des «autruis signifiants») pour les «novices», fascinées par leur maîtrise des situations et leur savoir-faire professionnel[6].

Dans un premier temps en effet, les étudiantes en soins infirmiers ont tendance à valoriser au maximum les expériences pratiques au détriment des connaissances théoriques plus abstraites. Or si la plupart des lieux de formation insistent de plus en plus sur le passage d'une «ancienne conception» de la profession «essentiellement exécutive et technique du métier» à une activité «centrée sur le rôle propre, défini comme la capacité de répondre aux besoins de santé d'une personne» (Feroni, 1993, 51)[7], à l'hôpital ce genre de discours n'est pas forcément traduit dans les faits. Il se heurte souvent «à la résistance de membres plus traditionnels de la profession, porteurs d'une conception du soin à la fois plus technicienne et plus

5 Ceci est en train de changer. Le domicile dans le cadre de l'école ou de l'hôpital n'est plus forcément obligatoire comme précédemment. Plusieurs étudiantes habitent ainsi en ville. Mais il existe encore de nombreux lieux de stage où les élèves sont logées sur place. De plus, la plupart des participantes à la recherche ont fait leurs études initiales au moment où l'internat était encore de rigueur.

6 Bien évidemment, l'inverse peut également se produire, à savoir le refus de «modèles négatifs» de professionnelles auxquelles on ne veut surtout pas ressembler !

7 «Deux aspects caractérisent ainsi l'exercice infirmier : un rôle 'délégué', qui définit l'ensemble des actes pouvant être exécutés à partir d'une prescription médicale, et un rôle 'propre', qui recouvre l'ensemble des actions relevant de la seule initiative et de la responsabilité infirmière» (Feroni, 1993).

humaniste» (ibidem) qui constituent précisément les premiers modèles professionnels auxquels s'identifient les stagiaires. Ces dernières vivent également leurs débuts de collaboration avec les médecins comme plus valorisantes et sécurisantes qu'«aliénantes». De leur côté, malgré un discours innovateur, les lieux de formation restent souvent fixés sur certaines habitudes d'enseignement : «la modernisation des contenus se traduit plus souvent par de nouveaux ajouts, rarement par des réactualisations» (ibidem, 52). C'est pourquoi certains pensent que «les causes du rejet du rôle propre par les infirmières paraissent en partie liées à la prégnance de l'image de l'infirmière curative traditionnelle... et à la rigidité de l'enseignement. Ce dernier ne s'est pas adapté à l'évolution des fonctions infirmières à l'hôpital et de la femme dans la société contemporaine» (Vega, 1993, 47). La formation de base, à l'école d'infirmières comme à l'hôpital, perpétue ainsi plusieurs aspects traditionnels du rôle, malgré un constant effort d'autonomisation et de modernisation de la profession. Ainsi «la formation (de base) reste encore très hospitalière, non seulement dans les contenus mais aussi dans l'identité professionnelle» (Schweyer, 1992, 50).

Si l'on considère l'ensemble de la socialisation professionnelle des infirmières scolaires comme un tout (qui peut parfois se poursuivre tout au long de la vie active), on peut légitimement considérer la formation initiale comme une phase de socialisation primaire dans ce processus. Comme pour la socialisation primaire des individus en général, son impact se vérifie dans la durée et «la socialisation secondaire *n'efface jamais totalement l'identité ‹générale› construite au terme de la socialisation primaire*» (C. Dubar, 1991a, p. 104, souligné par nous). Dans une interview portant notamment sur le thème des différents processus de transformation de l'identité professionnelle, ce même auteur déclare : «Toutes les recherches que j'ai menées sur la formation continue montrent que la première construction (d'identité professionnelle) marque ensuite à des degrés divers tous les parcours d'orientation, tous les autres choix, toutes les pratiques de formation ou de travail ultérieures» (Dubar, 1991b, 12).

La *socialisation professionnelle secondaire* vécue dans le cadre des diverses spécialisations et formations ultérieures s'appuie bien évidemment sur les savoirs de base acquis lors de la formation initiale. Cependant, et c'est le cas de la formation des infirmières en santé publique, elle peut aussi s'inscrire partiellement en rupture avec les premiers modèles (notamment hospitaliers) intériorisés lors de la socialisation primaire. Comme la plupart des formations d'adulte, cette spécialisation provoque un certain remue-ménage identitaire. Elle s'inscrit dans une phase de vie nouvelle et correspond souvent au désir de changer d'orientation, de faire le point

après plusieurs années de pratique professionnelle. C'est une période d'ouverture, de test intellectuel et de remise en question, qui implique une nouvelle conception du rôle d'infirmière. Cette démarche influence aussi bien l'évolution personnelle que professionnelle. En général, les étudiantes sont fortement marquées par cette formation, au point d'éprouver parfois des difficultés sur le plan personnel et professionnel car il y a nécessité d'un réaménagement de l'identité et de la manière de se situer professionnellement (Jenny et Monnier, 1982).

On constate bien cette confusion et ce malaise chez les participantes qui se sentent piégées entre deux modèles. Malgré l'expérience d'une remise en cause sectorielle de leur formation initiale et d'une nouvelle orientation de l'identité professionnelle au cours de la spécialisation en santé publique, elles restent très fixées sur la notion de soin dans son sens restreint, c'est-à-dire physique et technique. Mais simultanément, elles refusent d'être identifiées par leurs partenaires comme seules «soigneuses de bobos» et «dépisteuses» d'anomalies physiques. On retrouve bien là certains effets caractéristiques de la socialisation secondaire. En effet, lorsqu'on entreprend de «désintégrer la réalité massive intégrée au cours de la socialisation primaire», on vit subjectivement cet ébranlement comme autant de «chocs biographiques... accompagnant un double processus de changement du monde et de déstructuration/restructuration d'identité qui supposent, pour être réussis, les conditions suivantes :

- une prise de ‹distance de rôles› incluant une disjonction entre ‹identité réelle› et ‹identité virtuelle› (Goffman, 1963);
- des techniques spéciales assurant une forte identification au futur rôle visé, un fort engagement personnel;
- un processus institutionnel d'initiation permettant une transformation réelle de la ‹maison› de l'individu et une implication des socialisateurs dans le passage d'une ‹maison› à une autre; ...
- l'existence d'une ‹institution médiatrice› (‹laboratoire de transformation›) permettant la conservation d'une partie de l'identité ancienne au fur et à mesure de l'identification à des autrui signifiants nouveaux perçus comme légitimes» (Dubar, 1991a, 103).

4. Un déficit institutionnel

Trois éléments nous intéressent directement dans cette énumération : l'accompagnement indispensable à une forte identification au futur rôle

visé, l'implication des socialisateurs dans le processus institutionnel d'initiation, ainsi que l'existence d'une institution médiatrice («laboratoire de transformation»). Or dans le cas des infirmières en milieu scolaire, on a l'impression que c'est à ce niveau d'articulation entre deux mondes que se situent les lacunes en matière de socialisation professionnelle. Les institutions qui emploient les infirmières de santé publique semblent ignorer à quel point le passage du milieu hospitalier à une structure extra-hospitalière (encore davantage quand les praticiennes ne fonctionnent pas en équipe) représente une rupture au niveau du rôle et de la pratique professionnels. C'est une illusion de la part des employeurs que de compter exclusivement sur la formation en santé publique pour garantir l'intégration achevée d'un modèle professionnel radicalement nouveau. Le passage de l'hospitalier à l'extra-hospitalier, du curatif au préventif et du travail en équipe à la pratique «en solitaire» représente un saut qualitatif dont on mesure mal l'importance. C'est sans doute la raison pour laquelle on observe souvent un blocage au niveau du transfert des compétences lors de ce passage.

C'est donc également aux institutions de santé publique qu'il revient de travailler avec les professionnelles à l'identification à leur nouveau rôle, caractérisé par une autonomie très séduisante mais surtout très nouvelle et parfois déconcertante pour les praticiennes. Or l'expérience de la totalité des participantes montre qu'il n'existe rien de tel au moment de leur arrivée en milieu scolaire. La rupture est totale, il y a perte de structures sécurisantes et de points de repères. Leur vécu est dominé par un sentiment subjectif d'abandon et de solitude, comme l'expriment les témoignages suivants issus des deux groupes :

«Du jour au lendemain on se trouve parachutée dans une école que l'on ne connaît pas, dans une salle des maîtres avec je ne sais pas combien d'enseignants qu'on ne connaît pas et on est seule... Quand il y a une nouvelle infirmière qui arrive dans une école, c'est un moment charnière et il faudrait profiter de ce moment-là (pour se faire connaître), mais il faudrait être épaulée par celle qui était là avant ou imaginer autre chose»

«A l'hôpital, on avait quelques semaines d'introduction, quelque chose de bien réfléchi, de bien construit»

«Quand on débarque à l'école, on peut dire que notre formation en tant qu'infirmière scolaire est nulle. Quand je suis arrivée, je devais commencer les visites médicales (tout de suite), je n'en avais pas fait une seule, on ne m'avait rien expliqué, c'est vraiment naviguer à vue... Même en tant qu'infirmière (expérimentée), tu ne sais pas ce que tu vas faire, parce que tu ne connais pas ton nouveau métier»

«Quand tu commences, on ne s'inquiète pas de savoir si tu as des difficultés, tu es censée (tout) savoir»

«On ne se sent pas accompagnée du tout»

Ces quelques citations sont éloquentes. Elles montrent qu'il y a une sorte de hiatus entre le discours ambiant sur la nécessité d'être capable de changer plusieurs fois de profession (ou d'orientation à l'intérieur de sa propre profession) au cours d'une existence et le manque de moyens réels que l'on donne aux gens pour le faire. Les entreprises et les institutions de service sont porteuses de ce discours mais ne prennent pas toujours leur part de responsabilité (en tant que co-formateurs) dans ce processus. Le malaise des infirmières en milieu scolaire est la vivante incarnation de ce décalage. Il manque un chaînon aux étapes successives de la transformation du rôle et cette lacune ne relève pas de leur seule responsabilité. Les diverses institutions responsables de la socialisation professionnelle primaire et secondaire, comme les institutions qui les emploient, sont également mises en question par ce constat.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Berger Peter, Luckmann Thomas [1966] (1986), *La construction sociale de la réalité*, Méridiens Klincksieck, Paris.

Demailly Lise (1987), La qualification ou la compétence professionnelle des enseignants, *Sociologie du travail*, 1 (87), 59–69.

Delay-Malherbe Nelly (1982), *Enfance protégée, familles encadrées. Matériaux pour une histoire des services officiels de protection de l'enfance à Genève*, Cahiers du Service de la recherche sociologique n° 16, Genève.

Département de l'Instruction Publique (1989), *L'an 2000, c'est demain, où va l'école genevoise ?*, Genève.

Dubar Claude (1991a), *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Paris.

Dubar Claude (1991b), Orientation et construction identitaire, *Education permanente*, n° 108 (sept.), 11–22.

Dubet François(1991), *Les lycéens*, Seuil, Paris.

Feroni Isabelle(1993), «Formation et insertion professionnelle des infirmières», *Objectif soins* n° 10, (fév.), 49–53.

Freidson Eliot [1970] (1987), *La profession médicale*, Payot, Paris.

Heller Geneviève (1988), *Tiens-toi droit !*, éd. d'En-Bas, Lausanne.

Hutmacher Walo (1989), Enjeux autour de l'école dans une collectivité de type post-industriel, in Plaisance Eric Ed., *L'échec scolaire, nouveaux débats, nouvelles approches sociologiques*, CNRS Paris.

Hutmacher Walo (1993), *Quand la réalité résiste à la lutte contre l'échec scolaire. Analyse du redoublement dans l'enseignement primaire genevois*, Cahiers du Service de la recherche sociologique n° 36, Genève.

Jenny Anne-Marie et Monnier Michèle (1982) «Evolution de la femme soignante», document dactylographié non publié, FPSE Université de Genève.

Leroy Xavier (1992), «Dynamisme et fragilité de la profession infirmière», *Objectif soins* n° 4 (juin), 48–53.

Ley Katharina (1982), «La féminitude, une profession», in Fragnière J.-P. et Vuille M. Ed., *Assiter, éduquer et soigner*, Réalités sociales, Lausanne, 215–227.

Osiek-Parisod Françoise (1990), *«C'est bon pour ta santé !» Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé*, Cahiers du Service de la recherche sociologique n° 31, Genève.

Osiek-Parisod Françoise (1994), *Infirmières dans l'école : partage de l'action éducative et enjeux identitaires,* Cahiers du Service de la recherche sociologique n° 37, Genève.

Perrenoud Philippe (1988), La triple fabrication de l'échec scolaire, *Revue française de psychologie* n° 34 (4), 237–245.

Petitat André (1989), *Les infirmières : de la vocation à la profession,* éd. du Boréal, Montréal.

Rosanvallon Pierre (1990), *La crise de l'Etat-providence*, coll. Points, nouvelle édition, Seuil, Paris.

Quivy Raymond, Ruquoy Danielle et Van Campenhoudt Luc (1989), *Malaise à l'école : les difficultés de l'action collective,* Publications des Facultés universitaires de Saint-Louis n° 18, Bruxelles.

Schweyer François-Xavier (1992), Capital social et valeur humaine de la profession infirmière, *Objectif soins* n° 5 (sept.), 50–53.

Vega Anne (1993), Contradictions et crise identitaire des infirmières hospitalières françaises, *Objectif soins* n° 12 (avril), 44–49.

Adresse de l'auteure :
Françoise Osiek-Parisod
Service de la Recherche Sociologique, 8, rue du 31 Décembre
CH–1203 Genève