



HAL
open science

Les infirmières de l'éducation nationale en France : éducation et promotion de la santé en milieu scolaire, pratiques et représentations

Mabrouk Nekaa

► **To cite this version:**

Mabrouk Nekaa. Les infirmières de l'éducation nationale en France : éducation et promotion de la santé en milieu scolaire, pratiques et représentations. Education. Université de Lyon, 2017. Français. NNT : 2017LYSE1248 . tel-01768261

HAL Id: tel-01768261

<https://theses.hal.science/tel-01768261>

Submitted on 17 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N°d'ordre NNT : 2017LYSE1248

THESE DE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LYON

Opérée au sein de
L'Université Claude Bernard Lyon 1

Ecole Doctorale N° ED 485
Éducation, Psychologie, Information et Communication (EPIC)

Spécialité de doctorat : Sciences humaines et sociales
Discipline : Sciences de l'Éducation (70ème section)

Soutenue publiquement à Saint-Etienne le 17 novembre 2017 par :
Mabrouk NEKAA

**Les infirmières de l'éducation nationale en France, Education et Promotion de la Santé
en milieu scolaire, pratiques et représentations**

Devant le jury composé de :

Françoise POYET

Professeure des Universités - Université Claude Bernard Lyon 1, Présidente

Marie-France CARNUS

Professeure des Universités - Université de Toulouse, Rapporteur

Salah Eddine KHZAMI

Professeur des Universités - Université de Marrakech, Rapporteur

Franck CHAUVIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier - Université Jean Monet de Saint-Etienne,
Examineur

Dominique BERGER

Professeur des Universités - Université Claude Bernard Lyon 1, Directeur de thèse

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président de l'Université

Président du Conseil Académique

Vice-président du Conseil d'Administration

Vice-président du Conseil Formation et Vie Universitaire

Vice-président de la Commission Recherche

Directrice Générale des Services

M. le Professeur Frédéric FLEURY

M. le Professeur Hamda BEN HADID

M. le Professeur Didier REVEL

M. le Professeur Philippe CHEVALIER

M. Fabrice VALLÉE

Mme Dominique MARCHAND

COMPOSANTES SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est – Claude Bernard

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – Charles Mérieux

Faculté d'Odontologie

Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Département de formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine

Directeur : M. le Professeur G.RODE

Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON

Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS

Directeur : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA

Directeur : M. X. PERROT

Directeur : Mme la Professeure A-M. SCHOTT

COMPOSANTES ET DEPARTEMENTS DE SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Faculté des Sciences et Technologies

Département Biologie

Département Chimie Biochimie

Département GEP

Département Informatique

Département Mathématiques

Département Mécanique

Département Physique

UFR Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

Observatoire des Sciences de l'Univers de Lyon

Polytech Lyon

Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique

Institut Universitaire de Technologie de Lyon 1

Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education

Institut de Science Financière et d'Assurances

Directeur : M. F. DE MARCHI

Directeur : M. le Professeur F. THEVENARD

Directeur : Mme C. FELIX

Directeur : M. Hassan HAMMOURI

Directeur : M. le Professeur S. AKKOUCHE

Directeur : M. le Professeur G. TOMANOV

Directeur : M. le Professeur H. BEN HADID

Directeur : M. le Professeur J-C PLENET

Directeur : M. Y.VANPOULLE

Directeur : M. B. GUIDERDONI

Directeur : M. le Professeur E.PERRIN

Directeur : M. G. PIGNAULT

Directeur : M. le Professeur C. VITON

Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE

Directeur : M. N. LEBOISNE

*« Pour commencer, il faut commencer.
On n'apprend pas à commencer,
On n'apprend pas à créer,
On n'apprend pas à donner,
On n'apprend pas à recevoir.
Pour commencer, il faut commencer,
Il faut seulement du courage. »*

Vladimir Jankélévitch

Philosophe français (1903-1985)

Remerciements

A notre jury de thèse,

Mme le Professeure Marie France CARNUS,

Mme le Professeure Françoise POYET,

M. le Professeur KHZAMI Salah Eddine,

M. le Professeur Franck CHAUVIN,

M. le Professeur Dominique BERGER,

Je vous remercie d'avoir accepté de vous pencher sur ce travail.

Je tiens à remercier toutes les infirmières de l'éducation nationale de France qui ont participé à ce travail sans qui rien n'aurait été possible.

Honneur à toi et grand merci, cher capitaine Dominique BERGER ! Mes remerciements les plus affectueux pour cet humaniste qui m'accompagne et me guide sur l'océan de la recherche. Merci pour son soutien infaillible et bienveillant depuis que nos chemins se sont croisés.

Toute mon amitié et ma reconnaissance pour celles et ceux, ami(e)s et collègues qui ont apporté leur soutien de près comme de loin à ce travail, Claudine et Itto pour vos bons petits plats, Jean-Claude et Axel pour votre relecture, Arlette, Valérie, Julien, Emily, Leila, Magloire et tous ceux que j'oublie.

A ma famille proche et très proche, qui partage mon quotidien, qui par leur amour m'ont armé de courage dans ce long périple. Merci ma très chère épouse Naoil, sans qui rien n'aurais pu voir le jour, ma grande Ilona, mon grand Noam, ma petite Mayssane et ma petite Manel pour votre patience, tendresse et soutien. Merci Papa et Maman de nous avoir transmis ce profond respect du savoir et cette volonté de toujours se surpasser.

Résumé

L'école constitue l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé. Le service de la promotion de la santé en faveur des élèves a la mission d'apporter son soutien à la communauté éducative. L'éducation à la santé et la prévention en milieu scolaire induisent une démarche transdisciplinaire fondée sur un ensemble de valeurs et une approche globale de la personne dans un projet éducatif à l'échelle de la classe et de l'établissement. Au sein de la communauté éducative, les infirmières de l'éducation nationale sont un corps particulier à qui est confiée la mission d'éducation et de promotion de la santé qui nécessite une évolution de leur rôle, de leur posture et de leurs pratiques professionnelles. La littérature souligne le lien entre les connaissances, les systèmes de représentations sociales et de pratiques de références qui s'articulent autour de conceptions individuelles.

A partir d'une méthodologie mixte, l'étude porte sur l'analyse des résultats d'une approche qualitative par entretiens auprès d'un échantillon de la population suivie par une enquête nationale par questionnaire. Les infirmières disposent de connaissances largement partagées sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé en milieu scolaire mais qui ne se traduisent dans des systèmes de conceptions individuelles et dans les pratiques déclarées très hétérogènes. En effet, les résultats mettent en évidence une diversité des conceptions en éducation à la santé (ES) se structurant entre un pôle orienté vers une déclinaison biomédicale de l'exercice professionnel et un pôle davantage centré sur des pratiques éducatives. Ces conceptions sont fortement influencées par l'exercice professionnel au sein de l'éducation nationale. Le rôle des infirmières scolaires dans l'éducation pour la santé évolue en fonction de la durée de l'exercice professionnel, allant de conceptions sanitaires devant être enseignées à une approche globale de l'éducation à la santé en passant par le conseil et le soutien aux écoles, ainsi que la mise en place de ressources pour les enseignants.

Cette recherche avance des pistes de réflexion en ingénierie de la formation initiale ou continue avec comme objectif de favoriser la construction de nouvelles compétences permettant aux infirmières de l'éducation nationale de mieux promouvoir la santé à l'école et ainsi d'être plus à même de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et de favoriser la réussite de tous les élèves. La question de la formation recouvre résolument celle d'une didactique de l'ES en milieu scolaire dans une perspective curriculaire.

Mots clés : infirmier(e)s scolaires-pratiques- conception-représentations-promotion de la santé - éducation pour la santé.

Abstract

The school is one of the main settings to undertake prevention and health education. The department of health promotion in favor of pupils' health aims to support the educating community. Health education and prevention in school settings requires to draw from interdisciplinary approaches rooted in a set of values, a holistic approach to the individual, which set the grounds for educational projects on the level of a class and the level of the whole school. Among the people involved in the educating community, school nurses relate to a particular body of professionals. The inclusion of health promotion and health education as part of their missions, has determined a shift in their role, their attitude, and their professional practice. Findings from the literature underline the link between knowledge, systems of social representations, and reference practices which revolve around individual conceptions.

This research is based on a mixed methodology to analyze the qualitative data collected via interviews which were carried out with a sample of individuals. A national survey was undertaken at a second stage.

The nurses share knowledge on health education and promotion in school settings, but this shared knowledge does not translate into systems of individual conceptions, nor into professional practices, which are heterogeneous, as declared by school staff.

Our results show the diversity in conceptions relating to health education, which range from a biomedical approach to professional practice to educational practices. Nurses' conceptions are strongly influenced by their professional practice within national Education. The role of school nurses in health education depends on their seniority, and ranges from a biomedical conception which involves teaching about health, to a holistic approach of health education, and includes the provision of advice and support to schools, as well as resources to school staff.

This research puts forward leads to design pre-service and in-service training, with the underlying objective to promote the development of competences which could support school nurses in promoting health in schools. This would contribute to the reduction of health inequalities as well as to the promotion of academic achievement for all. The central question relating to training design is that of the didactics of health education in a curricular perspective.

Keywords: school nurse(s) – professional practice – conception – health promotion – health education.

Table des matières

| | |
|---|------------------------------------|
| Remerciements | Erreur ! Signet non défini. |
| Résumé | 5 |
| Abstract | 6 |
| Liste des tableaux | 11 |
| Liste des Figures | 12 |
| Liste des sigles et acronymes utilisés | 15 |
| INTRODUCTION | 17 |
| PREMIÈRE PARTIE: Les infirmières et l'éducation à la santé | 37 |
| Chapitre 1 : Approche historique de la profession d'infirmière | 38 |
| 1.1. La genèse de la profession d'infirmières | 38 |
| 1.1.1. Le monde antique | 38 |
| 1.1.2. Du Moyen Âge à la Révolution..... | 39 |
| 1.1.3. De la révolution à la deuxième guerre mondiale | 41 |
| 1.1.4. De 1943 à nos jours | 46 |
| Chapitre 2-L'histoire des infirmières éducation nationale en France | 49 |
| 2.1 De l'hygiène scolaire à la prévention | 49 |
| 2.1.1 L'origine de l'école: la diffusion de la parole hygiénique | 49 |
| 2.1.2 Le XXe siècle : de l'hygiène scolaire à l'éducation à la santé | 52 |
| 2.2. De la prévention à l'éducation à la santé | 54 |
| 2.3. De l'éducation à la santé à la promotion de la santé : | 60 |
| 2.3.1. La loi de refondation de l'école de 2013..... | 60 |
| Chapitre 3. Les infirmières de l'éducation nationale et leurs missions | 63 |
| Chapitre 4 - Cadre théorique : éducation à la santé, conceptions et représentations | 67 |
| 4.1. La santé..... | 67 |
| 4.1.1.-la santé comme absence de maladie. | 67 |
| 4.1.2.-La santé : le modèle global | 67 |
| 4.1.3.-La santé : un sujet autonome..... | 68 |
| 4.2. La promotion de la santé | 70 |
| 4.3. La prévention | 74 |
| 4.4. L'éducation à la santé..... | 76 |
| 4.4.1. Les compétences psychosociales..... | 81 |
| 4.5. L'éthique en éducation à la santé | 84 |
| 4.6. La Pédagogie de l'éducation à la santé..... | 85 |
| 4.7. Les paradigmes des interventions en éducation à la santé: | 88 |
| 4.8. Le modèle didactique « allostérique » | 92 |
| 4.9. Le concept de représentation | 94 |

| | |
|--|------------|
| 4.9.1. Représentations mentales et représentations sensibles | 95 |
| 4.9.2. Représentations individuelles et représentations collectives..... | 95 |
| 4.9.3. Les représentations sociales | 96 |
| 4.9.4. Les fonctions de la représentation sociale..... | 98 |
| 4.9.5. L'élaboration des représentations sociales | 99 |
| 4.9.6. L'organisation des représentations sociales | 99 |
| 4.9.7. Lien entre représentations sociales et pratiques | 100 |
| 4.10. Les conceptions..... | 101 |
| SECONDE PARTIE : Méthodologie de recherche et résultats | 105 |
| Chapitre 5 l'approche mixte liant approche qualitative et quantitative..... | 106 |
| 5.1. L'analyse qualitative par des entretiens semi-directifs..... | 106 |
| 5.2 L'analyse quantitative par questionnaire..... | 110 |
| 5.2.1. Propriétés psychométriques d'un questionnaire | 110 |
| 5.2.2. La validité de critère | 121 |
| 5.2.3. La validité de construit | 123 |
| 5.2.4. La validité de structure externe | 124 |
| 5.2.5. La Validité de structure interne | 125 |
| 5.2.6. Conclusion sur la validité..... | 127 |
| 5.2.7. La fiabilité (<i>reliability</i>) | 127 |
| 5.2.8. La stabilité des réponses dans le temps..... | 128 |
| 5.2.9. La cohérence interne..... | 128 |
| 5.3. Validations de questionnaires similaires publiées dans la littérature médicale..... | 129 |
| Chapitre 6 - Résultats et analyse..... | 132 |
| 6.1. Analyse qualitative..... | 132 |
| 6.1.1. Protocole de passation | 132 |
| 6.1.2. Analyse des biais | 134 |
| 6.1.3. Thème 1 : Analyse de la population et secteur d'activité | 134 |
| 6.1.4. Thème 2 : Image d'une profession | 136 |
| 6.1.5. Attentes et missions | 139 |
| 6.1.6. Le rôle d'éducatrice de santé..... | 143 |
| 6.1.7. Analyse des entretiens par l'outil de statistique IRaMuTeQ..... | 145 |
| 6.2. Synthèse de l'analyse qualitative | 152 |
| 6.3. L'analyse quantitative | 153 |
| 6.3.1. Protocole de passation | 153 |
| 6.3.2. Description de la population | 154 |
| 6.3.3. Présentation des résultats bruts..... | 160 |
| 6.4. Les analyses bi variées | 176 |

| | |
|--|-----|
| 6.5. Les analyses en composantes principales | 208 |
| 6.6. Les analyses discriminantes..... | 219 |
| 6.6.1 Classe d'âge des infirmier (e)s à l'éducation nationale : | 219 |
| 6.6.2 L'expérience professionnelle à l'éducation nationale des infirmières..... | 221 |
| 6.6.3 Le sentiment d'isolement..... | 224 |
| 6.6.4. Le travail en CESC :..... | 227 |
| 6.6.5. Les rôles déclarés en ES | 230 |
| 6.6.6. Les pratiques déclarées en ES | 232 |
| 6.6.7. Le besoin de formation. | 234 |
| 6.7. La Régression logistique | 240 |
| 6.7.1. Régression logistique sur la variable « du sentiment d'isolement »..... | 240 |
| 6.7.2. Régression logistique sur la variable sur les pratiques déclarées de l'ES..... | 242 |
| 6.7.3. Régression logistique et la définition de l'ES | 243 |
| 6.7.4. Régression logistique et le rôle déclaré en l'ES | 244 |
| 6.7.5. Régression logistique et la formation en ES | 245 |
| 6.7.6. Régression logistique et le sentiment d'être inclus dans l'équipe pédagogique..... | 245 |
| 6.7.8. Régression logistique et relation avec la hiérarchie..... | 246 |
| TROISIEME PARTIE : DISCUSSION | 249 |
| CHAPITRE 7 Discussion et Perspectives | 250 |
| 7.1. Connaissances déclaratives en l'ES : une homogénéité de discours...fissurée par l'analyse quantitative | 250 |
| 7.1.1. D'une vulgate théorique...au flou : | 250 |
| 7.1.2. Le flou des conceptions de l'ES dans la littérature scientifique..... | 256 |
| 7.2. L'hétérogénéité des contenus en ES:..... | 258 |
| 7.2.1. Les résultats de notre étude : | 258 |
| 7.2.2. Les contenus de l'ES dans la littérature scientifique | 260 |
| 7.3. L'hétérogénéité des rôles et pratiques en l'ES | 263 |
| 7.3.1. Les résultats de notre étude : | 263 |
| 7.3.2. Les pratiques de l'ES dans la littérature scientifique..... | 269 |
| 7.4. L'impact de la formation sur les conceptions, rôles et pratiques déclaratives de l'ES..... | 271 |
| 7.4.1. Les résultats de notre étude : | 271 |
| 7.4.2. L'impact de la formation en ES dans la littérature scientifique | 276 |
| 7.5. Perspectives | 280 |
| CONCLUSION | 295 |
| Bibliographie | 303 |
| Annexes | 319 |
| Annexe 1 : guide d'entretien semi directif | 319 |
| Annexe 2 : Intégralité des entretiens anonymes de E1 à E8 | 322 |

Liste des tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1 : F, Pizon, Typologie des connaissances et caractéristiques associées (éléments constitutifs, domaine de validité et processus d'élaboration) | 30 |
| Tableau 2: grille des modèles de santé (Eymard, 2004)..... | 69 |
| Tableau 3 : Le parallèle entre modèles de santé et modèles d'éducation à la santé Cardot & Berger (2012), | 89 |
| Tableau 4 : éléments de connaissances de notre population cible : | 107 |
| Tableau 5 : Identité professionnelle | 108 |
| Tableau 6 : Représentations et pratiques en ES | 109 |
| Tableau 7 : Structure du questionnaire | 112 |
| Tableau 8. Résultats de la recherche bibliographique de questionnaires | 115 |
| Tableau 9 : propriétés psychométriques testées et méthodologie employée dans la littérature médicale pour des questionnaires similaires | 129 |
| Tableau 10 : Validation des qualités psychométriques dans la littérature médicale | 130 |
| Tableau 11 : Statuts et situation professionnelle | 135 |
| Tableau 12 : Age, ancienneté, statut et expérience | 135 |
| Tableau 13 : signe extérieur | 136 |
| Tableau 14 : Raisons de l'absence de signe visible..... | 136 |
| Tableau 15 : éléments de l'identité professionnelle | 137 |
| Tableau 16 : Image de l'infirmière dans la société | 138 |
| Tableau 17 : Piste pour évolution de leur image..... | 138 |
| Tableau 18 : Attentes vis-à-vis de l'infirmière scolaire | 139 |
| Tableau 19 : Attentes et missions..... | 139 |
| Tableau 20 : Insatisfactions professionnelles | 140 |
| Tableau 21 : Leviers pour améliorer le travail des infirmières | 141 |
| Tableau 22 : Satisfactions professionnelles | 141 |
| Tableau 23 : Motivations pour passer le concours..... | 142 |
| Tableau 24 : évolution des motivations à ce jour..... | 142 |
| Tableau 25 : Définition de l'éducation à la santé..... | 143 |
| Tableau 26 : Posture en ES..... | 144 |
| Tableau 27 : Auto-évaluation du niveau de compétence en ES..... | 144 |
| Tableau 28 : Besoins en ES | 145 |
| Tableau 29 : Analyse de la répartition des répondants par département | 154 |
| Tableau 30 : La répartition régionale des répondants | 156 |
| Tableau 31 : Comparaison entre la population de référence et les répondants..... | 157 |
| Tableau 32 : Le niveau de diplôme | 158 |
| Tableau 33 : Calcul du nombre moyen d'élèves par secteur | 159 |
| Tableau 34 : Les contenus et compétences abordés | 161 |
| Tableau 35 : Les différentes formes de travail en ES..... | 162 |
| Tableau 36 : Le travail en équipe | 163 |
| Tableau 37 : La classification des définitions de l'éducation à la santé..... | 168 |
| Tableau 38 : Les réponses sur les conceptions en ES (illustré en vert selon le taux de réponse) | 169 |
| Tableau 39 : Les partenaires déclarés..... | 173 |
| Tableau 40 : Les attentes vis à vis des partenaires | 174 |

| | |
|---|-----|
| Tableau 41 : Les besoins de formation | 175 |
| Tableau 42 : Mise en place de l'éducation à la santé | 186 |
| Tableau 43 : légende du graphique ACP suivant | 209 |
| Tableau 44 : Régression logistique du sentiment d'isolement..... | 241 |
| Tableau 45 : Régression logistique sur la pratique d'approche globale déclarée de l'ES | 243 |
| Tableau 46 : Régression logistique sur la définition globale de l'ES déclarée de l'ES | 244 |
| Tableau 47 : Régression logistique sur le rôle déclaré de l'ES..... | 244 |
| Tableau 48 : Régression logistique sur la formation en ES | 245 |
| Tableau 49 : Régression logistique sur le sentiment d'être inclus dans l'équipe pédagogique | 245 |
| Tableau 50 : Régression logistique sur la relation avec sa hiérarchie | 246 |
| Tableau 51 : Synthèse des deux groupes ressortant de notre population étudiée | 278 |
| Tableau 52 : Synthèse des Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire : | 300 |
| Tableau 53: référentiel de compétence selon Pingoud | 301 |

Liste des Figures

| | |
|--|-----|
| Figure 1: Les connaissances et les croyances selon Vause (2010) cité par Pizon (2017) | 29 |
| Figure 2 : Modèle de Dahlgren et Whitehead sur les déterminants de santé..... | 70 |
| Figure 3: le modèle de promotion de la santé (d'après Downie, Tannahill, & Tannahill, 1996) | 72 |
| Figure 4: le modèle conceptuel de la promotion de la santé d'après Pommier. Jourdan. | 73 |
| Figure 5: le modèle conceptuel de la prévention en milieu scolaire d'après Berger | 76 |
| Figure 6: le modèle biomédical (d'après Bury, 1988 et Durand, 1996).le modèle biomédical (d'après Bury, 1988)..... | 77 |
| Figure 7: le modèle de promotion de la santé (d'après Bury, 1988 et Durand, 1996). | 78 |
| Figure 8 : le triangle pédagogique de Jean Houssaye..... | 86 |
| Figure 9: La situation d'enseignement-apprentissage prototypique (de Lebeaume 2000) | 90 |
| Figure 10: les conceptions modèle "KVP" d'après Clément..... | 101 |
| Figure 11:les conceptions interaction entre connaissances, représentations sociales et les pratiques sociales de références d'après Berger & Cardot..... | 102 |
| Figure 12 : Nuage de mot | 145 |
| Figure 13 : dendrogramme du corpus des 8 entretiens | 148 |
| Figure 14 : analyse factorielle de correspondance du corpus des entretiens avec classification | 150 |
| Figure 15 : dendrogramme du corpus des 8 entretiens avec nuage de mot | 151 |
| Figure 16 : La répartition par années de diplôme..... | 157 |
| Figure 17 : Les thèmes abordés lors des séances d'Education à la Santé | 161 |
| Figure 18 : Le sentiment d'isolement | 163 |
| Figure 19 : La répartition des réponses concernant l'approche globale VS biomédicale | 165 |
| Figure 20 : La répartition des réponses concernant le rôle des infirmières | 166 |
| Figure 21 : nuage de mot des définitions du questionnaire | 167 |
| Figure 22 : L'intérêt pour l'éducation à la santé, répartition des réponses..... | 173 |
| Figure 23 : Le niveau de compétence déclaré..... | 175 |
| Figure 24 : L'ancienneté de service et mise en place de l'Education à la santé | 177 |
| Figure 25 : Répartition régionale et pratique en ES | 178 |
| Figure 26 : L'année d'obtention du diplôme et mise en œuvre d'actions en ES | 179 |
| Figure 27 : L'année d'obtention du diplôme et formation continue | 180 |
| Figure 28 : Diplôme Universitaire et pratique en ES | 181 |
| Figure 29 : nature du poste occupé et Education à la santé | 182 |

| | |
|---|-----|
| Figure 30 : la variable « Temps de travail » et la pratique en Education à la santé | 182 |
| Figure 31 : la variable « Travail en collège » et le sentiment d'isolement exprimé | 183 |
| Figure 32 : le fait de travailler en secteur urbain et le sentiment d'isolement exprimé | 185 |
| Figure 33 : le fait de travailler en établissement en REP/ZEP et le rôle en éducation santé . | 185 |
| Figure 34 : Type d'approche en ES et travail avec les enseignants | 188 |
| Figure 35 : Inclusion dans équipe pédagogique et travail en CESC | 188 |
| Figure 36: Sentiment d'isolement et travail en CESC | 189 |
| Figure 37 : Définition du rôle de l'infirmier et travail en CESC | 190 |
| Figure 38 : Travail programmé annuel et Education santé | 190 |
| Figure 39 : Formation continue et sentiment d'isolement professionnel | 191 |
| Figure 40 : Type de pratique et paradigme développé | 192 |
| Figure 41 : Pratique déclarée et Rôle déclaré en Education santé | 193 |
| Figure 42 : les pratiques déclarées en ES et la question 22 sur l'ES c'est une approche thématique..... | 194 |
| Figure 43 : les pratiques déclarées en ES et la question 24 sur les compétences psychosociales..... | 194 |
| Figure 44 : Rôle déclaré en Education à la santé et établissement en Réseau d'Education Prioritaire | 195 |
| Figure 45 : la définition donnée de l'ES et les conceptions en ES..... | 196 |
| Figure 46 : le travail en CESC et l'ancienneté sur le poste | 196 |
| Figure 47 : le travail en CESC et le rôle déclaré en ES..... | 197 |
| Figure 488 : formation en ES et mise en place de séances en ES | 198 |
| Figure 49 : le sentiment d'isolement et la formation continue par partenaire externe | 199 |
| Figure 50 : la question 5 sur le respect la religion et la question 10 sur la religion comme obstacle à l'ES..... | 200 |
| Figure 51 : la question 3 sur l'ES affaire des familles et la question 20 sur l'ES, affaire des médicaux sociaux | 201 |
| Figure 52 : graphique « Fruchterman et Reingold analyse et structuration des définitions données en ES | 203 |
| Figure 53 : dendrogramme et structuration des définitions données en ES | 204 |
| Figure 54 : analyse factorielle de correspondance des définitions données en ES | 206 |
| Figure 55 : analyse factorielle de correspondance des définitions données en ES | 207 |
| Figure 56 : Analyse en Composante Principale des contenus abordés en ES | 210 |
| Figure 57 : Analyse en Composante Principale des contenus abordés en ES, type et forme de de travail | 211 |
| Figure 58 : Analyse en Composante Principale des contenus abordés en ES, travail en équipe, en CESC et avec l'équipe pédagogique..... | 212 |
| Figure 59 : Analyse en Composante Principale des relations des infirmières avec la communauté éducative | 213 |
| Figure 60 : Analyse en Composante Principale de la qualité de la relation du travail en équipe et sentiment d'isolement..... | 214 |
| Figure 61 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES | 215 |
| Figure 62 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES proche du modèle rationnel..... | 216 |
| Figure 63 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES proche du modèle humaniste..... | 217 |
| Figure 64 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES proche du modèle de la dialectique sociale..... | 218 |
| Figure 65 : Analyse discriminante des contenus en ES et âge des infirmières..... | 219 |
| Figure 66 : Analyse discriminante des conceptions (Q1 à Q25) et âge des infirmières..... | 220 |

| | |
|---|-----|
| Figure 67 : Analyse discriminante des formations en ES et âge des infirmières. | 221 |
| Figure 68 : Analyse discriminante des contenus en ES et ancienneté à l'éducation nationale | 222 |
| Figure 69 : Analyse discriminante des conceptions (Q1 à Q25) et ancienneté à l'éducation nationale. | 223 |
| Figure 70 : Analyse discriminante des formations en ES et ancienneté à l'éducation nationale. | 224 |
| Figure 71 : Analyse discriminante des contenus en ES et le sentiment d'isolement. | 225 |
| Figure 72 : Analyse discriminante des conceptions (Q1 à Q25) et sentiment d'isolement. ... | 226 |
| Figure 73 : Analyse discriminante des formations en ES et le sentiment d'isolement. | 227 |
| Figure 74 : Analyse discriminante des contenus en ES et le travail au sein du CESC. | 228 |
| Figure 75: Analyse discriminante travail au sein du CESC sur la base d'une ACP sur les conceptions (Q1 à Q25)..... | 229 |
| Figure 76 : Analyse discriminante du travail au sein du CESC sur la base d'une ACP sur la formation en ES..... | 230 |
| Figure 77 : Analyse discriminante des contenus en ES et rôles déclarés en ES..... | 230 |
| Figure 78 : Analyse discriminante des Rôles déclarés en ES et des conceptions (Q1 à Q25) | 231 |
| Figure 79 : Analyse discriminante des pratiques déclarées sur la base d'une ACP sur les contenus traités..... | 232 |
| Figure 80 : Analyse discriminante des pratiques déclarées en ES sur la base d'une ACP sur les conceptions (Q1 à Q25)..... | 233 |
| Figure 81 : Analyse discriminante du besoin de formation sur le travail en partenariat sur la base d'une ACP des conceptions (Q1 à Q25). | 235 |
| Figure 82 : Analyse discriminante des contenus et le besoin de formation sur la place et l'éthique de l'ES dans le travail des infirmières. | 236 |
| Figure 83 : Analyse discriminante du besoin de formation sur la place et l'éthique de l'ES en lien avec l'ACP des formations en ES..... | 237 |
| Figure 84 : Analyse discriminante du besoin de formation relative à la prise en charge collective des actions et projet en ES sur la base d'une ACP des formations | 238 |
| Figure 85 : Analyse discriminante du besoin de formation en pédagogie en lien avec les conceptions en ES | 239 |
| Figure 86 : Analyse discriminante du besoin de formation en pédagogie en lien avec les formations en ES | 240 |

Liste des sigles et acronymes utilisés

ACP : Analyse à Composante Principale

AFC : Analyse Factorielle de Correspondance

BOEN : Bulletin Officiel de l'Education Nationale

C A : Conseil d'Administration

CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

CPS : Compétences Psycho-Sociales

CT : Conseiller Technique

EBP : Evidence Based Practices

ES : Education à la Santé

ESPÉ : Ecole Supérieure du Professorat et de l'éducation

IUFM : Institut de Formation des Maitres

MEEF : Métiers de l'Enseignement, de l'Education et de Formation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAF : Plan Académique de Formation

REP : Réseau d'Education Prioritaire

Précision :

Nous précisons qu'il n'y a pas de parti pris entre « l'éducation **pour** la santé » ou « l'éducation **à** la santé » mais dans l'éducation nationale les textes institutionnels parlent d'éducation à la santé ce que nous choisirons dans notre écrit, souvent proposé ES.

Pour notre écrit, nous avons choisi de mettre systématiquement le mot « infirmière » pour alléger la présentation.

INTRODUCTION

Les problématiques de santé sont un enjeu social majeur pour nos sociétés contemporaines. De nos jours, l'importance des politiques de santé publique est manifeste. L'ASPH¹ (« association of schools of public health »), de son côté, propose de définir la santé publique par « *les efforts de la société pour prévenir la maladie, pour promouvoir la santé et pour prolonger la durée et la qualité de vie de la population* ».

Mais, au-delà des pathologies avérées (maladies infectieuses et parasitaires, maladies du système nerveux et des organes des sens, cancers et accidents) qui influent directement sur la scolarité des enfants et adolescents, les inégalités devant la santé constituent un ensemble non négligeable de facteurs agissant sur leur parcours scolaire et leur devenir. Les sources statistiques usuelles (données hospitalières, données INSERM) parce qu'elles se fondent d'abord sur l'approche par les pathologies et la mortalité obèrent parfois une vision plus ouverte des problèmes de santé publique largement contraints par les nécessités sociales. Ainsi, l'école, le collège et le lycée, s'ils prennent en compte les problèmes médicaux des élèves (Projet d'Accueil Individualisé), restent peu perméables à la question des inégalités² devant la santé qui compte tenu de l'âge des sujets n'ont pas une incidence directement perceptible.

Il existe néanmoins d'importantes inégalités de santé entre les groupes sociaux : âge, genre, niveaux de revenus, d'études. Ces inégalités de santé sont croissantes³. Des progrès enregistrés récemment dans les politiques de prévention produisent des bénéfices de santé inégalement répartis selon les régions, les sexes ou les catégories socioprofessionnelles (au détriment des catégories les plus modestes). « *Les catégories socioprofessionnelles les plus*

¹ Association of Schools of Public Health. (2000) What is public health practice ?
<http://www.aspph.org/discover/> site consulté le 12/03/2016

² Delahaye, J-P. (2015), Grande pauvreté et réussite scolaire ; le Choix de la solidarité pour la réussite de tous, Rapport à Madame la Ministre de l'Education nationale,
http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/52/7/Rapport_IGEN-mai2015-grande_pauvrete_reussite_scolaire_421527.pdf site consulté le 12/03/2016

³ Delahaye (2015). Jam. Cit.

*défavorisées sont les plus exposées aux conduites à risque (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée...), mais aussi celles dont le recours aux structures sanitaires et aux biens de santé est le plus faible. »*⁴. Les enfants et adolescents, par définition en plus grande fragilité, s'avèrent de fait sensibles aux déterminants de santé que sont la pauvreté et l'exclusion sociale même s'il n'en demeure que de discrètes traces statistiques épidémiologiques.

Les difficultés d'emploi les touchent également en contrecoup. Les facteurs économiques, politiques, sociaux, culturels, environnementaux et comportementaux tiennent une place prépondérante dans le rapport entre la personne et sa santé. Ces déterminants établissent des conditions environnementales (lieux de vie, milieux sociaux et culturels, alimentation, air et eau) qui influent sur les styles de vie et les comportements qui en découlent. Ainsi, les addictions, les conduites à risques comme les comportements alimentaires sont surdéterminés par les inégalités sociales (par exemple, une étude sur la santé des enfants scolarisés en classe de CM2 indique que la prévalence du surpoids chez l'enfant s'est stabilisée en France entre 2002 et 2005. Cependant, dans le même temps, les inégalités se sont creusées : le taux d'enfants obèses a été divisé par deux chez les enfants de cadres, alors que pour les enfants d'ouvriers, il est passé de 5,1 % à 6,1 %) ⁵. Il existe également une relation forte entre les troubles précoces des apprentissages, les troubles du comportement et les caractéristiques socio-économiques, culturelles et éducatives des familles (Tursz, 2000)⁶. Par ailleurs, l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS, 2005=>2017) attribue l'accroissement constant des signalements d'enfants en danger et maltraités certes à une meilleure connaissance des situations mais également à une précarisation accrue de la société fragilisant les personnes et les familles⁷. L'inégalité s'exprime également pour les accès aux services de soins et de transport, aux services sociaux et culturels.

Actuellement, les modes de vie, l'organisation sociale et les choix sociétaux pèsent plus sur la morbidité et la mortalité que les facteurs extérieurs à la personne (épidémies, maladies, accidents industriels...). Ainsi, les conduites à risque, les consommations de produits

⁴Toussaint, JF. (2006) Stratégies Nouvelles de Prévention de la Commission d'Orientation Prévention Rapport du 3 décembre 2006

⁵ Lecomte, MC et al. (2014) Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique Expertise collective <http://www.cancer-environnement.fr/LinkClick.aspx?fileticket=vdyNptTILH0%3D&tabid=178&mid=891>. site consulté le 12/03/2016

⁶ Tursz, A. et al. (1999) Le dépistage en population générale, adsp, mars 1999, n°26, pp45-54.

⁷ ODAS (2017), Résultats de l'enquête nationale « Bilan et perspectives de la protection de l'enfance », <http://odas.net/IMG/pdf/enquetenationalevf.pdf> site consulté le 12/03/2016

psychoactifs s'accroissent avec l'âge et concernent principalement les garçons (OFDT, 2016)⁸.

Ces données soulignent l'impérieuse nécessité de la prévention. Ainsi, depuis les « leçons de morale » sur l'hygiène, la tuberculose ou l'alcoolisme à la fin du 19^{ème} siècle jusqu'à l'intégration de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires dans les années 1990, l'école constitue l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé. La conception initiale de l'éducation à la santé en milieu scolaire en fait une composante de l'éducation de la personne et du citoyen (BOEN, 1998⁹, 2001¹⁰,) dans une perspective d'apprentissage de la liberté et du « vivre ensemble » plutôt que d'intégration de préceptes normatifs. Cette conception est légitimée par les missions mêmes de l'école qui visent à donner aux individus les moyens de leur autonomie, mais aussi par le fait que les approches prescriptives ont clairement montré leurs limites vis à vis des problèmes actuels de santé publique. En lien étroit avec bien d'autres dimensions, permettre à chacun de se construire en référence aux conduites à risques (drogues illégales, alcool, tabac, prise de risque routier, violence ...), être capable de prendre soin de soi et de respecter les autres (dans les domaines de la nutrition ou de la sexualité par exemple) sont des enjeux éducatifs déterminants. C'est pourquoi les autorités politiques ont réaffirmé à de multiples reprises cette mission de l'école, en complémentarité et partenariat avec les autres structures sociales impliquées dans la réduction des inégalités de santé.

La santé se définissant davantage comme condition de possibilité physiologique et psychologique nécessaire pour pouvoir vivre et participer à la société, chaque acteur du système éducatif a donc un rôle à jouer dans ce projet. Les actions de santé seront donc indispensables chaque fois qu'un individu est empêché de partager, de maintenir ou d'améliorer sa vie dans ses rapports avec l'ensemble social où il a à prendre sa place mais également en amont pour diminuer les causes d'empêchement. Cela implique de mettre en place des actions de prévention et d'éducation à la santé dans une logique partenariale et en cohérence avec les missions de l'école.

⁸ OFDT (2016), <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/> site consulté le 15/03/2017

⁹ Ministère de l'éducation nationale(1998) Boen n°45 du 3 décembre 1998
<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SCOE9802899C.htm>

¹⁰ Ministère de l'éducation nationale (2001) ,Circulaire du 12 janvier 2001 (n° 2001-012)
<http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm> site consulté le 20 avril 2016

C'est donc sur le terrain des déterminants éducatifs de la structuration de la personne et de la capacité à communiquer et à participer à la vie commune qu'il s'agit prioritairement d'agir, notamment par le développement des compétences psychosociales. Les travaux scientifiques récents (Guiet-Sylvain, 2011)¹¹ montrent que les interventions éducatives en prévention et en éducation à la santé ont un impact positif sur les comportements favorables à la santé et sur les apprentissages. Notons également que l'éducation à la santé est cependant directement conditionnée à la fois par les pratiques pédagogiques relatives aux apprentissages et le contexte social de l'établissement. Les conditions de vie dans l'établissement scolaire, la prise en compte de la santé et du bien-être des élèves jouent un rôle déterminant (Allensworth and Kolbe, 1987¹² ; Broussouloux, 2016¹³).

Un système de santé publique se doit de prendre en compte ces contraintes pour évoluer. Les objectifs de toute politique publique de santé sont prioritairement de réduire les inégalités de santé. Pour Pommier et Grimaud (2017)¹⁴ « *le champ de la santé publique s'élargit et doit faire face à des nouveaux défis. Il est confronté aux évolutions sociales, démographiques, épidémiologiques, économiques, environnementales ainsi qu'à celles du système de soins* ». Un des objectifs de la promotion de la santé est la réduction des inégalités au travers de l'élaboration de politiques pour la santé, de la création d'environnements favorables à la santé, du renforcement de l'action communautaire, de l'acquisition d'aptitudes individuelles, de la réorientation des services de santé (World Health Organization, 1986).

Ceci conduit à une définition plus contemporaine de la santé, bien loin maintenant « *de la vie dans le silence des organes* » du XIXe (Verney-Carron & Nourrisson, 2002)¹⁵ qui intègre désormais le contexte social dans lequel la personne évolue, nous sommes amenés à considérer que l'état de « bien être complet de l'individu » (Organisation Mondiale de la Santé, 1986) n'est pas non plus une définition suffisante. Etre en bonne santé revient maintenant à être en capacité physiologique et psychologique de prendre du pouvoir sur soi, sur son environnement et à être en capacité de le faire à titre collectif. Un certain nombre de conditions et de ressources préalables sont alors requises : le logement, l'accès à l'éducation,

¹¹ Guiet-Sylvain, J. et al. (2011) Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. Carrefours de l'éducation, Armand Colin, 2011, 2 (32), pp.105 - 127.

¹² Allensworth, D, et al, Kolbe, L. (1987). The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *Journal of School Health*, december, 57 (10), 409 - 412

¹³ Broussouloux, S. (2016) <http://www.theses.fr/2016LYSE1028> site consulté le 7/06/2017

¹⁴ Pommier, J. Grimaud, O. (2007) sources, dans « Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles. », (Santé Publique hors-série/2007 (Vol. 19), p. 9-14)

¹⁵ Verney-Carron, N. (2002) « in Nourrisson, D. [dir.], Éducation à la santé XIXe-XXe siècle, collection « Santé, social, histoire », Rennes, École nationale de santé publique, 2002, 158.

une nourriture correcte, l'accès à une justice sociale et à un traitement équitable et un revenu minimum pour vivre.

Si la santé n'est pas historiquement la mission première, elle est cependant bien l'affaire de l'École. De nombreuses recherches¹⁶ démontrent que des liens étroits unissent santé et éducation. La santé crée les conditions de l'éducation et l'éducation contribue au maintien de la santé. Plus encore, les études montrent également que les bons résultats scolaires sont étroitement liés à la bonne santé de l'élève et inversement de mauvais résultats pédagogiques sont plus fréquemment liés à de mauvaises conditions de santé.

Ces dernières années, de nouveaux textes officiels intègrent la notion de la promotion de la santé à l'école, de bien-être et de parcours éducatif santé. Le texte fondateur qui intègre ces notions est la loi du 8 juillet 2013¹⁷ d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République¹⁸. De plus, l'article L.541-1¹⁹ du code de l'éducation²⁰ stipule que « *les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale* ».

Néanmoins, selon leur identité professionnelle et les conceptions qu'ils ont de leur métier, les acteurs du système éducatif ne perçoivent pas toujours les inégalités face à la santé comme une priorité et en sous-estiment bien souvent l'incidence dans le développement global de l'élève et sur les apprentissages²¹. De plus, parce que l'éducation à la santé n'est pas une discipline scolaire, une autre difficulté apparaît avec la nécessité de sortir de l'enseignement disciplinaire basé sur l'apport de connaissances et leur contrôle. L'éducation à la santé et la prévention induisent une démarche transdisciplinaire fondée sur un ensemble de valeurs et

¹⁶ Guiet-Silvain, J. et al. (2011) « Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale », *Carrefours de l'éducation*, vol. 32, no. 2, 2011, pp. 105-127.

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027677984&categorieLien=id> site consulté le 20/06/2016

¹⁸ Loi d'orientation

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027677984&categorieLien=id> site consulté le 20/06/2016

¹⁹ Jam. Cit. loi du 8 juillet 2013

²⁰ Codedel'éducation <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027677984&categorieLien=id> site consulté le 20/06/2016

²¹ DEPP (2015), Acquis des élèves au collège : les écarts se renforcent entre la sixième et la troisième en fonction de l'origine sociale et culturelle, Note d'information n°25, Ministère de l'Éducation Nationale, Paris

une approche globale de la personne dans un projet éducatif à l'échelle de la classe et de l'établissement (Pizon²², 2008 ; Simar, 2011²³ ; Broussouloux, 2016²⁴).

La formation de l'ensemble des acteurs intervenants auprès des élèves, paraît alors une nécessité fondamentale pour instaurer une culture commune reposant sur des orientations partagées (Jourdan, 2004 ; Cardot, 2011). La première de ces orientations fonde le lien entre l'apport de connaissances scientifiques et le développement des compétences psychosociales (estime de soi, responsabilité, esprit critique, solidarité, etc.). La seconde repose sur la réflexion éthique sur le métier et dans le positionnement entre sphère publique et sphère privée ce qui relève de la famille et ce qui relève de l'école. La troisième se base sur la mise en évidence des valeurs liées aux finalités de l'éducation et de l'éducation à la santé en référence aux missions de l'école et en fonction de l'apprenant et du contexte social et culturel.

Dans la continuité, la loi sur la stratégie nationale de santé de 2016²⁵ pose clairement la nécessité d'un contexte promoteur de santé pour tendre vers l'objectif de réduction des inégalités. L'éducation à la santé à l'école est aussi une des missions importantes du système éducatif, elle contribue à la transmission de savoirs, la socialisation et l'apprentissage. Santé et Education sont très liées et constituent la base de la réussite et de l'épanouissement des élèves. La prise en compte de cette mission ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. L'école est le deuxième milieu de vie des enfants et adolescents, c'est pourquoi une éducation à la santé devrait être assurée tout au long de leur scolarité par la mise en place du parcours éducatif de santé²⁶.

²² Pizon, F. (2008), Education et santé au lycée : quelle contribution à la prévention du tabagisme pour les professionnels ? Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2008. Français <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00780184> site consulté le 21/03/2016

²³ Simar, C et al. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue des sciences de l'éducation*, Revue des sciences de l'éducation, 2010, 36 (3), pp.739-760.

²⁴ Broussouloux, S. (2016) Jam. Cit.

²⁵ Ministère de la santé, loi sur la stratégie nationale de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> site consulté le 20/06/2016

²⁶ « Les actions de promotion de la santé sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé »

La question du lien éducation et santé est posée avec force puisque le législateur en regard des risques sanitaires, demande à ce que les citoyens de demain « *deviennent des acteurs responsables de leur santé* »²⁷.

Selon Pizon et Jourdan (2010)²⁸ « *chaque professionnel est un acteur d'éducation à la santé et de prévention. Son activité professionnelle... ses propres représentations... sa mission... sa perception... sont autant de composantes à considérer* ».

La recherche dans ce domaine reste cependant embryonnaire et nous pousse à approfondir des chemins peu explorés. Il existe cependant des travaux de recherche qui nous éclairent et permettent de tracer les premières esquisses d'un panorama qui s'avère d'emblée complexe. De précédentes études sur les pratiques et les représentations en éducation à la santé des enseignants de l'école primaire et de l'enseignement secondaire nous ont apporté des données. Dans son travail de thèse, Pizon (2009)²⁹ caractérise la contribution de personnels de lycées français à la prévention du tabagisme. Cette étude a veillé à accorder à ces professionnels une position centrale, en articulant une démarche qualitative par entretiens et quantitative par questionnaires. A partir d'un modèle d'analyse de l'activité, il a mis en évidence une structuration des déterminants d'implication selon les axes institutionnel, personnel et lié au public élève. Il montre « *qu'il ne s'agit pas d'implanter de " bonnes pratiques " en prévention. Une appropriation des liens unissant éducation et santé est nécessaire* ». Pour lui, « *la prévention trouve difficilement un ancrage dans l'activité de ces professionnels de l'Ecole. Les personnels de lycée ne parviennent à articuler leurs missions éducatives et les axes possibles de leur intervention en prévention qu'au travers de pratiques sporadiques* ». Leur implication relève davantage d'un engagement personnel. Il propose des pistes en formation permettant d'aller vers une professionnalisation de la prévention. Ainsi, la prise en compte de la complexité de l'objet prévention devient un passage obligé, de même que celle de l'identité professionnelle des différents acteurs. Simar (2010)³⁰ analyse l'activité des enseignants du premier degré en éducation à la santé et travaille sur la question de la tâche prescrite à la tâche représentée dans une perspective ergonomique. Au travers de deux dispositifs - le premier vise à réduire les inégalités sociales de santé d'un territoire, le second à impliquer les membres des établissements scolaires dans une réflexion sur la promotion de la santé - elle

²⁷ Dozon, J- P. & Fassin, D. (2002). *Critique de la santé publique*. Paris : Ballan

²⁸ Pizon, F. al. (2010) in spirale-edu-revue.fr/IMG/pdf/11pizonspi43.v2.pdf site consulté le 13/08/2016

²⁹ Pizon, F. (2008) Jam. Cit.

³⁰ Simar, C. (2010) Analyse de l'activité des enseignants du premier degré en éducation à la santé : de la tâche prescrite à la tâche représentée Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2010

cherche à déterminer les relations qu'il peut y avoir entre les conceptions et les pratiques déclarées de collégiens avec les conceptions et les pratiques déclarées de professionnels d'un territoire sur les questions de santé et de bien-être des adolescents. « *L'étude des systèmes de conceptions de divers professionnels en lien avec les conceptions et pratiques d'adolescents lui permet de penser que la formation des professionnels sur les questions de santé, d'éducation à la santé et de promotion de la santé devraient permettre aux différents acteurs de mieux appréhender la complexité de leur public concernant les questions de santé et de bien-être, de mieux prendre en compte les différentes dimensions de la santé en favorisant le développement des compétences psychosociales et l'empowerment de leur public ainsi que la qualité des interactions entre pairs.* »

Bizzoni-Previeux (2011)³¹ a travaillé sur les partenariats en éducation à la santé à l'école primaire et propose une analyse comparée entre le Québec et la France. Pour cette recherche qualitative et comparative, elle s'est intéressée, « *dans un premier temps, à repérer la nature des actions collectives en éducation à la santé mises en place dans des écoles primaires au Québec et en France, dans un deuxième temps, à analyser les différents types de partenariat et enfin, dans un troisième temps, à mettre en relation la nature des actions en éducation à la santé et les types de réseaux* ».

A l'école primaire mais dans le champ de la didactique clinique, Léal (2012)³² propose de « *décrire, d'analyser et de comprendre la pratique de classe de professeurs des écoles lors de séances d'enseignement disciplinaire intégrant des contenus en éducation à la santé. Il travaille le concept de déjà-là décisionnel et ses incidences sur les pratiques. Les résultats présentent deux études de cas d'enseignants qui travaillent en éducation à la santé dans des approches différentes et livrent deux compositions originales témoignant de la singularité de leur déjà-là expérientiel. Les nombreuses contraintes auxquelles ils sont soumis les obligent à composer, au risque parfois de certaines compromissions* ».

Dans le champ de la formation, Cardot (2011)³³ cherche à identifier les modèles de santé et d'éducation à la santé sous-jacents aux conceptions des formateurs ainsi que les obstacles et les points d'appui à la mise en œuvre de formations en éducation à la santé, tels qu'ils sont

³¹ Bizzoni-Previeux (2011), *Les partenariats en éducation à la santé à l'école primaire : analyse comparée entre le Québec et la France*. Thèse de doctorat de l'Université du Québec à Montréal. Montréal

³² Léal, Y. (2012) *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent : une étude de cas contrastés en didactique clinique à l'école élémentaire*. Education. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2012. Français

³³ Cardot, J-P. (2011) *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : analyse des représentations et identité professionnelle*. Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II; Clermont Ferrand 2, 2011. Français.

perçus par les formateurs d'enseignants. Il met en avant le rôle central des systèmes de conceptions individuelles qui constituent des ensembles de représentations sociales et montre l'incidence sur les pratiques professionnelles. Saab (2011)³⁴ étudie l'approche didactique des objectifs du curriculum libanais concernant l'éducation à la santé et la transposition didactique des thèmes relatifs à l'éducation à la santé présents dans les manuels scolaires nationaux de Sciences de la Vie. Elle analyse « *les conceptions des enseignants de Sciences de la Vie sur l'éducation à la santé et sur les pratiques d'enseignement. Elle travaille également sur les conceptions des élèves libanais de l'enseignement secondaire relatives à la santé en termes de savoirs, de savoir-faire, de savoir-être et de savoir-agir* ». Elle propose une méthodologie finalisée qui a pour but de permettre de mieux comprendre l'éducation à la santé au Liban, et de faire des propositions qui pourront éventuellement servir de base à la construction d'un modèle didactique pour l'éducation à la santé spécifique au contexte libanais.

Au travers de deux dispositifs, le premier vise à réduire les inégalités sociales de santé d'un territoire, le second à impliquer les membres des établissements scolaires dans une réflexion sur la promotion de la santé, Jourdan (2015)³⁵ cherche à déterminer les relations qu'il peut y avoir entre les conceptions et les pratiques déclarées de collégiens avec les conceptions et les pratiques déclarées de professionnels d'un territoire sur les questions de santé et de bien-être des adolescents.

Bernard (2011)³⁶ a étudié le positionnement professionnel des enseignants par rapport aux « *éducations à ...* » et plus particulièrement par rapport à l'éducation à la sexualité. Elle montre comment « *les systèmes de valeurs, les connaissances scientifiques et profanes influent sur les pratiques des enseignants* ». Dans son étude, Rochigneux (2012)³⁷ « *tente d'approfondir la connaissance des représentations et des pratiques pédagogiques des acteurs et d'identifier les obstacles à la généralisation de l'éducation à la sexualité dans les classes*

³⁴ Saab, O. (2011), *L'éducation à la santé en milieu scolaire au Liban : d'une approche analytique biomédicale vers une perspective écologique biopsychosociale. Étude du curriculum, des manuels scolaires libanais de Sciences de la Vie et des conceptions d'enseignants et d'élèves relatives à l'éducation à la santé dans des écoles privées et publiques de Beyrouth*. Université Saint Joseph, Thèse de doctorat, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00804711/document> site consulté le 15/03/2016

³⁵ Jourdan, M. (2015), Santé et bien-être des adolescents. : Conceptions et pratiques déclarées des professionnels et des adolescents, Thèse de Doctorat de l'Université Blaise Pascal,

³⁶ Bernard, S. (2011), L'éducation à la sexualité, en France dans la seconde moitié du 20ème siècle et aujourd'hui dans d'autres pays. Programmes, manuels scolaires et conceptions des enseignants. Soutenue le 13 décembre 2011 à Lyon.

³⁷ Rochigneux, J-C. (2012), Education à la sexualité auprès d'un public à besoin éducatif particulier : l'exemple de la SEGPA. Psychologie. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2012. Français.

de 3e et 4e SEGPA, structures de collège accueillant des élèves en grandes difficultés scolaires. La méthodologie de recherche a été basée sur la conduite de questionnaires et d'entretiens pour les personnels de santé, de direction et enseignants de SEGPA. Ensuite les contenus des manuels scolaires de Sciences de la Vie et de la Terre abordant la sexualité ont été analysés. Enfin, plus de 250 élèves de 4e et 3e SEGPA ont été interrogés par questionnaire. L'influence des représentations en matière d'éducation à la sexualité, les pratiques pédagogiques centrées principalement autour d'informations biophysiologicals au détriment des compétences psychosociales, le partenariat encore insuffisant, le besoin de formation des personnels, la carence dans la mise en place des CESC, la résistance des personnels de l'Education Nationale apparaissent encore comme des obstacles à la mise en œuvre d'une éducation à la sexualité, malgré les attentes des élèves ». Maurice (2014)³⁸ dans une approche ethnologique du collège, travaille sur « la façon dont des préadolescents s'approprient un projet d'éducation alimentaire se déroulant dans leur classe ». Elle procède à une étude comparée entre deux établissements aux caractéristiques très différentes, l'un plutôt favorisé l'autre en zone d'éducation prioritaire renforcée. Gaborit (2015)³⁹ réfléchit sur la « sanitisation » de l'école et la scolarisation de la santé à l'aide d'une approche socio-ethnographie de la mise en œuvre et de l'appropriation du programme « *Bien manger et bouger dès l'école maternelle* » en Haute-Garonne et en Ariège. « *Il s'agit de comprendre comment ce programme s'implante dans d'autres institutions que sont l'école et la famille qui reposent sur des modèles éducatifs et des modes de socialisation plus ou moins éloignés des préoccupations sanitaires ou, tout du moins, les traitant différemment* ». L'entrée par la mise en œuvre lui permet de s'interroger sur les conditions et les effets du rapprochement de ces deux mondes sociaux que sont l'école et la santé.

Wafo (2012)⁴⁰ travaille lui aussi sur la question de l'éducation à la sexualité. Sa thèse est « *consacrée d'une part à l'étude des conceptions des élèves sur l'éducation à la sexualité et leurs besoins éducatifs exprimés et d'autre part, à l'étude des conceptions et des pratiques professionnelles des enseignants en éducation à la sexualité au Cameroun. Dans la perspective d'élaborer des modèles théoriques d'intervention, et des dispositifs de formation*

³⁸ Maurice, A. (2014). Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique : analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège. Soutenue le mercredi 24 septembre 2014 à Université Paris Descartes (Paris)

³⁹ Gaborit, E. (2015), Sanitarisation de l'école et scolarisation de la santé. Socio ethnographie de la mise en œuvre et de l'appropriation du programme « *Bien manger et bouger dès l'école maternelle* » en Haute-Garonne et en Ariège, Thèse de doctorat de l'Université de Toulouse.

⁴⁰ Wafo F. (2012), Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne : L'exemple du Cameroun, Thèse de doctorat de l'Université de Clermont Ferrand

des enseignants en éducation à la sexualité qui soient adéquats au contexte africain », sa recherche explore les facteurs susceptibles d'influer tant sur la mise en œuvre que la réussite de cette action à l'école dans les pays d'Afrique subsaharienne en s'appuyant sur l'exemple du Cameroun. Elle repose « sur une enquête par questionnaire menée auprès des élèves des classes de quatrième et de troisième d'enseignement général (n=3071), et des enseignants du premier cycle de l'enseignement général (n=368). Contrairement aux élèves, les enseignants ont des conceptions plutôt défavorables à l'éducation à la santé et à la sexualité à l'école, renforcées par le peu de pratique qu'ils ont en éducation à la sexualité et le manque de formation. Près de la moitié des enseignants se dédouanent de cette mission et remettent en cause son inclusion à l'école. Ils affichent une méconnaissance tant des besoins et des attentes réelles des élèves en éducation à la sexualité que des effets de cette action éducative sur la santé des jeunes. Ils entretiennent également un fort sentiment d'incompétence pour cette action éducative. Pourtant, ces enseignants sont majoritairement en accord avec le fait que l'éducation à la santé et à la sexualité des jeunes soit vraiment nécessaire ».

Guével (2012)⁴¹ a étudié les facteurs intervenants dans la mise en œuvre d'une approche de la promotion de la santé en école primaire. Elle s'interroge, plus particulièrement, « sur les facteurs susceptibles de contribuer à un processus de changement incitant les écoles à travailler dans cette approche de promotion de la santé ». Son analyse s'appuie sur le cadre de l'évaluation réaliste qui a la particularité de mettre l'accent sur l'articulation entre les facteurs contextuels et les mécanismes activés par le dispositif visant à mettre en œuvre un processus de changement afin d'expliquer les effets observés. Il lui permet ainsi de considérer les dispositifs visant à développer la promotion de la santé à l'école dans leur ensemble en relation avec le contexte dans lequel ils sont introduits.

Broussouloux (2016)⁴² « évalue le processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire en lien avec le climat scolaire et la réussite scolaire ». Le dispositif de recherche est celui d'une recherche-intervention et repose sur une co-construction avec les établissements et les personnels académiques afin d'obtenir des

⁴¹ Guével, M-R. (2012) Etude des facteurs intervenant dans la mise en œuvre d'une approche de promotion de la santé à l'école primaire. Soutenue le 02-07-2012 à Clermont-Ferrand 2, en partenariat avec Laboratoire Acté (Clermont-Ferrand) (équipe de recherche).

⁴² Broussouloux, S. (2016) Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire Soutenue le 16-02-2016 à Lyon

données probantes sur l'approche globale de la santé en milieu scolaire. Darlington⁴³ dans son travail de thèse se penche sur la compréhension des modalités d'implantation des dispositifs d'éducation et de promotion de la santé et tente la conceptualisation des processus d'implantation et analyse les facteurs intervenants dans les faits des programmes. Elle montre combien la mise en œuvre de programmes de santé publique complexes est particulièrement délicate en milieu scolaire. Des différences sont fréquemment observées entre ce qui était attendu du programme et ce qui en résulte en réalité. Ces différences sont dues à un certain nombre de facteurs contextuels, en lien avec les caractéristiques propres du milieu, de la communauté scolaire et des acteurs concernés. Développer des programmes de prévention efficaces, implique de prendre en compte l'impact de ces facteurs sur le processus d'implantation des projets. Par conséquent, *« il convient de s'intéresser à deux questions majeures : la première est celle de la transférabilité des programmes, dont les effets sont difficiles à prévoir dans une telle variabilité contextuelle. La seconde question concerne la généralisation à l'échelon régional ou national de la mise en œuvre de tels programmes de prévention en milieu scolaire qui, loin d'être une évidence, est également sujette à de nombreux déterminants variables en fonction des situations. Les résultats de ce travail mettent l'accent sur le fait que les caractéristiques initiales des différents contextes ont un impact majeur sur le processus d'implantation, à différents niveaux de mise en œuvre. Les interactions entre les facteurs sont complexes, elles s'inscrivent dans des boucles d'action-rétroaction. L'introduction d'un programme dans un contexte peut agir comme un révélateur de certaines conditions favorables ou défavorables, un élément perturbateur imposant de nouvelles contraintes, ou, au contraire, un nouvel élan stimulant la motivation des équipes. Il apparaît que les programmes sont « instrumentalisés » par les acteurs pour servir leurs propres objectifs en fonction des conditions de départ »*

Gindt-Ducros (2012)⁴⁴ a étudié la profession de médecin de l'éducation nationale dans son exercice préventif sur la santé individuelle et collective des élèves. *« Une figure médicale inhabituelle dotée d'une professionnalité originale »* émerge de cette étude. *« Elle forme un segment de la profession médicale dont la particularité réside dans sa transversalité. Elle mobilise des savoirs de différentes spécialités médicales et emprunte à des savoirs de disciplines non médicales : psychologie, sociologie, pédagogie. Elle s'inscrit dans le cadre*

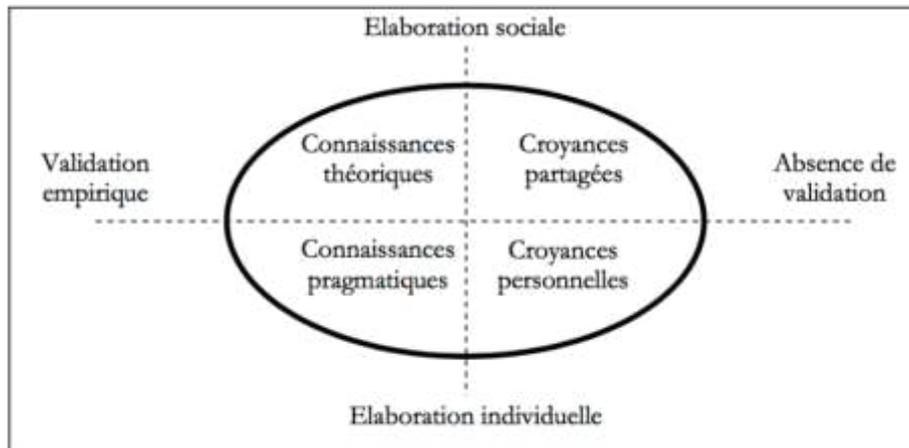
⁴³ Darlington, E. (2016) "Vers une compréhension des modalités d'implantation des dispositifs d'éducation et de promotion de la santé : Conceptualisation du processus d'implantation, et analyse des facteurs intervenant dans l'effet des programmes", Thèse de doctorat de l'Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand.

⁴⁴ Gindt-Ducros, A. (2012) Les médecins de l'éducation nationale : une professionnalité originale au cœur des pratiques collectives de la santé à l'école. Soutenue en 2012 à Paris 8.

d'une politique publique de promotion de la santé en faveur des élèves. Mais le rôle régulateur de l'État est faible et ne suffit pas pour conforter la place des médecins. Cette pratique médicale concerne des enjeux sociaux dépassant ceux du biomédical et de la maladie, mais les médecins en retirent un faible prestige. Peu nombreux, peu visibles, peu connus, ils doivent s'engager dans d'intenses processus de négociation professionnelle tant dans le système éducatif que dans le système de santé, afin d'améliorer leur reconnaissance ».

Dans son travail d'Habilitation à Diriger les Recherches, Pizon (2017)⁴⁵ souligne la nécessité d'investiguer les conceptions individuelles et les systèmes de représentations en lien avec la construction des connaissances. Il propose une typologie des connaissances et un schéma organisationnel les situant entre une élaboration sociale et une construction individuelle et en fonction de leur validation par la communauté.

Figure 1: Les connaissances et les croyances selon Vause (2010) cité par Pizon (2017, p.37)



Il reprend ensuite une typologie des systèmes de connaissance qui constituent « *le terreau des décisions que le sujet prendra* »⁴⁶. L'articulation de ces connaissances de natures diverses

⁴⁵ Pizon, F. (2017), De la face cachée des conceptions en santé : un clair-obscur décisionnel, Habilitation à Diriger les Recherches, Faculté de médecine, Université d'Auvergne.

⁴⁶ Pizon, F. (2017), Jam. Cit.

contribue à « définir *la nature des normes sociales* » qu'il va ensuite relier au concept de représentations sociales.

Tableau 1 : F, Pizon, Typologie des connaissances et caractéristiques associées (éléments constitutifs, domaine de validité et processus d'élaboration)

| Caractéristiques | Connaissances scientifiques (K ^S) | Connaissances de sens commun (K ^{sc}) | Connaissances pragmatiques (K ^P) |
|--|--|---|---|
| Éléments constitutifs de ces connaissances | Données scientifiques conduisant à des théories, concepts ou notions scientifiques ou les illustrant | Éléments populaires interprétatifs du réel ayant une robustesse dans le temps et résistants au changement | Éléments sensibles plus ou moins rationalisés et conscientisés |
| Domaine de validité | Valides pour un groupe d'experts scientifiques à l'instant « t » | Valides pour un groupe de sujets dans un environnement donné et une communauté de vie | Valides pour le sujet à partir de son vécu expérimentiel des situations |
| Processus d'élaboration | Protocoles scientifiques expérimentaux ou non-expérimentaux | Construites dans le profane, le sacré voire le magique propre à chaque culture Processus collectif d'élaboration | Construites dans la diversité des situations vécues à titre personnel « dans » ou « en-dehors » d'un collectif Issues de la mise à l'épreuve expérimentielle en situation de connaissances scientifiques ou de sens commun |

Le terme de représentation sociale est une des notions qui vient en complément. Il trouve son origine dans la psychologie sociale et semble être devenu un concept très élargi repris par différentes sciences humaines. Nous le retrouvons en sociologie, en philosophie, en pédagogie et en didactique dans des acceptions parfois fort éloignées de sa définition originale. Pizon (2017) nous en propose la définition suivante : « *une forme de connaissance sociale, une pensée socialement élaborée et partagée par les membres d'un même ensemble social et culturel : une manière de s'approprier, d'interpréter la réalité quotidienne et le rapport au monde. Une représentation sociale serait donc une image de la réalité collective suggérée fortement par la société à l'individu (terme souvent privilégié à « sujet » dans les écrits psychosociaux). Une représentation sociale se construirait à partir d'expériences et*

d'informations, de connaissances, de modèles de pensée reçus et transmis par la culture, l'éducation, les interactions sociales, etc. Ce phénomène de « construction » est inclus dans l'origine latine du mot représentation ». Il reprend les propos d'Abric (2001)⁴⁷, « il n'existe pas de représentation sociale isolée. Toute représentation est en relation avec un ensemble d'autres représentations qui constitue l'environnement symbolique et social des individus » et montre combien leur transformation est complexe. Cela complexifie notablement la perception du jeu d'emboîtement qui est décrit entre les représentations elles-mêmes et au sein de ce qui les constitue. Il structure ensuite le concept de conception individuelle dans un processus de personnalisation de la représentation collective tel qu'Abric le décrit⁴⁸. Pour Pizon, il s'agit de « de redonner toute sa place au sujet, avec ses imperfections, ses certitudes comme ses incertitudes ». Sa contribution scientifique tente de faire davantage entrer le terme conception vers des dimensions éducatives et d'apprentissage qui permettent une dialectique sujet / social tournée vers l'acquisition de connaissances de nature variée : scientifiques, de sens commun ou encore pragmatiques.

Notre recherche envisage de compléter cet ensemble de travaux par une recherche pragmatique sur les représentations sociales, les conceptions individuelles et les pratiques des infirmières de l'éducation nationale, acteurs⁴⁹ reconnus pour leur implication dans le domaine de la promotion de la santé. Les infirmières de l'éducation nationale sont un corps particulier rattaché au ministère de l'Éducation nationale. La faiblesse de la bibliographie de recherche de langue française sur les infirmier(e)s scolaires, nous a largement incité à nous pencher sur leurs activités et actions.

La conception actuelle de l'éducation à la santé est au cœur de l'éducation de la personne et du citoyen (World Health Organization, 1997⁵⁰, 1998⁵¹ ; Ministère Education Nationale, 1998⁵², 2003⁵³), dans une perspective d'apprentissage de la liberté et du « vivre ensemble »,

⁴⁷ Abric J.-C. (2001): L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie & Société*, 4, pp. 81-103.

⁴⁸ Abric J.-C. (2001): L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie & Société*, 4, pp. 81-103.

⁴⁹ Avanzini, G. (2010). Education à la santé : défi pour les sciences de l'éducation ? Actualité de la Recherche en Education et en Formation, AREF, Symposium Education et Santé : Genève, Suisse.

⁵⁰ OMS (1997), Promoting health through schools: report of a WHO Expert Committee apps.who.int/iris/handle/10665/41987 site consulté 14/03/2015

⁵¹ OMS (1998), www.who.int/whr/1998/en/whr98en.pdf

⁵² Ministère de l'éducation nationale, (1998), BOEN www.education.gouv.fr/bo/1998/28/ensel.htm site consulté le 14/03/2015

⁵³ Ministère de l'éducation nationale, (2003), BOEN www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm site consulté le 18/04/2015

plutôt que d'intégration de préceptes normatifs. Cette conception holistique intègre l'ensemble des dimensions de la santé (Tones et Tilford, 1994)⁵⁴ dans une perspective systémique. Sont ainsi conçues en interaction permanente la santé physique, la santé mentale, la santé sociale et la capacité d'être inclus dans un réseau de relations sociales, la santé sexuelle et la capacité de reconnaître et d'accepter son identité sexuelle, la santé émotionnelle et la capacité de reconnaître ses propres états émotionnels et de réagir adéquatement (modèle de « promotion de la santé »).

D'emblée, l'éducation à la santé à l'école n'entre pas dans un cadre didactique et pédagogique univoque et clairement défini. Comme nous aide à le penser Lebeaume et al. (2007)⁵⁵, elle s'inscrit davantage « dans une forme non scolaire de savoir et ne dispose pas d'une matrice disciplinaire claire en termes d'objet, de tâches et de savoirs »⁵⁶ (Lebeaume, 1999). Les données de la recherche (Berger et al., 2009⁵⁷) montrent qu'il ne s'agit pas fondamentalement d'enseigner des savoirs complets et validés scientifiquement, reconnus par une communauté chargée de les dispenser dont on pourrait déduire la meilleure action, mais bien davantage de développer des savoir-faire et des savoir-être, de discuter des valeurs et des choix, de s'appuyer sur des connaissances parfois incomplètes et incertaines, de construire un esprit critique permettant de poser des questions pertinentes parfois sans réponse.

Sur le plan pédagogique, l'ES apparaît sous la forme d'actions éducatives « non scolaires » qui déstabilisent la pratique traditionnelle d'enseignement (Berger et al. 2009 ; Bizzoni-Previeux, 2010 ; Cardot, 2011 ; Saab, 2011, Rochigneux 2012) et oblige à une redéfinition des dispositifs pédagogiques, de leurs objectifs et des contenus. L'importance des conceptions personnelles des acteurs d'ES apparaît alors comme une donnée fondamentale dans les conceptions et la mise en place des dispositifs d'enseignement. La question de la formation se pose alors avec force (Jourdan et al, 2002 ; Saab, 2011 ; Wafo, 2012 ; Rochigneux, 2012, Broussouloux, 2016 ; Darlington, 2016).

⁵⁴ Tones, B. K. and Tilford, S. (1994), *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chapman & Hall, London.

⁵⁵ Lebeaume, J., Girault, Y., Lange, J.-M., Fortin-Debart, C., Simonneaux, L. (2007). La formation des enseignants dans le cadre de l'éducation au développement durable : problèmes didactiques. *Éducation relative à l'environnement*, Vol. 6. 119-136.

⁵⁶ Lebeaume, J. (1999). Enjeux et perspectives de la didactique curriculaire : contribution de la didactique de la technologie. Actes des premières rencontres scientifiques de l'ARDIST - L'actualité de la recherche en didactique des sciences et des techniques. Paris : ARDIST. 167-172.

⁵⁷ Berger, D et al. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. DIDASKALIA - Numéro 34 - 2009 >. <http://hdl.handle.net/2042/30429> site consulté le 15/03/2015

Ce projet s'appuie sur un travail exploratoire ayant fait l'objet d'une première publication (Berger & Nekaa, 2007). Il s'agit maintenant de comprendre les fondements sur lesquels s'appuient les pratiques professionnelles des infirmières scolaires, d'en montrer les régularités afin de pouvoir proposer des dispositifs de formations adaptés permettant d'impacter des pratiques professionnelles. Sur le plan méthodologique, le premier constat est la relative pauvreté des publications internationales mobilisant une méthodologie mixte⁵⁸ sur le sujet. Notre objet de recherche avec toute sa complexité nous amènera à développer une certaine hétérogénéité des points de vue dans une double perspective à la fois qualitative et quantitative. Pour l'analyse des résultats, nous nous appuierons sur des références multiples qui guideront cette recherche avec prudence, entre autre sur une lecture contextuelle et un aperçu historique de notre objet de recherche. Ce travail est un cheminement et l'éclairage par différentes sources le rendra plus compréhensible.

Ce travail dans le domaine des sciences de l'éducation est aux marges de la santé publique, engagé dans la construction du champ de l'éducation à la santé. Notre activité professionnelle est déterminante dans le choix de cette recherche. En effet, le fait de travailler en éducation à la santé en milieu scolaire, induit une posture subjective sur l'objet de nos recherches. Toute la difficulté sera d'avoir une posture réflexive pour éviter toute posture partisane trop fortement influencée par un déjà-là agissant. Il s'agit en effet d'une recherche incarnée tant la proximité, entre son objet et le chercheur que je suis, est grande. Nous en avons cependant conscience et c'est sur l'étayage scientifique et la rigueur statistique que nous nous appuierons pour réduire ce biais. Cette étude est centrée sur les infirmières de l'éducation nationale. Elle vise à enrichir les savoirs sur ces professionnelles et ainsi à mieux construire les dispositifs de formation initiale et continue favorisant ainsi une meilleure efficacité de leurs pratiques. Nous l'avons construite en collaboration avec les infirmières conseillères techniques volontaires des Directions des Services Départementaux de l'Education nationale et des Rectorats, largement réparties sur le territoire national.

Le champ d'activité de l'infirmière en milieu scolaire est complexe. Il nécessite une évolution importante du rôle et des pratiques des infirmières soignantes qui nécessite une étude pour mieux la comprendre. Dans la continuité des chercheurs qui ont initié le champ de l'éducation à la santé, l'impact de la formation⁵⁹, la question des systèmes de conceptions individuelles,

⁵⁸ Pizon (2017) *Jam. Cit.*

⁵⁹ Jourdan, D. (2004) *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*. Toulouse, France. Éditions universitaires du Sud collection "École et santé", pp.397,

leur articulation avec des systèmes de représentations sociales collectives, les pratiques en éducation à la santé qui en découlent nous semblent des objets d'étude opportuns.

C'est pourquoi, nous proposons une recherche qui vise à mieux comprendre comment les systèmes de conceptions individuelles s'articulent à des connaissances et des organisations de représentations sociales qui conduisent à mettre en œuvre des pratiques professionnelles.

Nous posons alors la problématique suivante :

En quoi les conceptions individuelles des infirmières de l'EN constituent-elles des systèmes de représentations sociales et influent-elles sur les pratiques déclarées et la mise en œuvre de dispositifs de promotion et d'éducation à la santé en milieu scolaire ? Comment prendre en compte l'hétérogénéité des conceptions individuelles pour améliorer les dispositifs de formation initiale et continue du service infirmier de promotion de la santé en milieu scolaire ?

Nous faisons les hypothèses que :

- 1- Les conceptions individuelles des infirmières sont hétérogènes et s'articulent entre un pôle orienté vers une déclinaison biomédicale de leur exercice professionnel et un pôle davantage centré sur des pratiques éducatives. Cette double polarité a des incidences significatives sur la conception du métier d'infirmière scolaire, sur les pratiques professionnelles mises en œuvre et les besoins de formation.
- 2- Les infirmières disposent de connaissances largement partagées sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé en milieu scolaire mais qui ne se traduisent que partiellement dans les systèmes de conception individuelle et dans les pratiques déclarées. Ce paradoxe constitue un obstacle à la mise en œuvre des politiques de promotion de la santé en milieu scolaire et contribue à des difficultés dans la construction des projets d'éducation à la santé.

Les résultats de ce travail de recherche devraient pouvoir permettre de proposer des axes de réflexion en ingénierie des formations initiales ou continues avec comme objectif de favoriser la construction de nouvelles compétences pour permettre aux infirmières de l'éducation nationale de mieux promouvoir la santé à l'école et ainsi d'être plus à même de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé et de favoriser la réussite de tous les élèves.

Dans une première partie, après une approche historique du métier, nous décrivons la population étudiée dans son contexte. Nous essaierons ensuite de situer les concepts de conceptions individuelles, de représentation sociale, les définitions de la promotion de la santé, l'éducation à la santé et les liens entre éducation et santé.

Dans une seconde partie, nous évoquerons la méthodologie, les résultats bruts et les analyses des deux corpus recueillis (entretiens et questionnaire). A l'heure actuelle, hormis les publications de Pluye et al.⁶⁰ sur l'utilisation des méthodes mixtes en évaluation, la littérature francophone présentant le cadre général de cette conceptualisation de l'utilisation simultanée des méthodes qualitatives et quantitatives reste très modeste. La démarche que nous retenons pour étayer ces hypothèses, est une approche mixte. Le travail de recherche porte sur l'analyse des résultats d'une approche qualitative par entretiens auprès d'un échantillon de la population suivie par une enquête nationale par questionnaire. Nous procéderons également à des transformations des données avec les termes de données *qualitatives*⁶¹ (c'est-à-dire des données collectées avec une méthode quantitative, converties en données narratives et analysées qualitativement) et *quantitatives*⁶² (données collectées par des méthodes qualitatives, converties en codes numériques afin d'être statistiquement analysées). L'ensemble constitue un protocole « séquentiel explicatif » (*the explanatory design*)⁶³ composé par une étude qualitative et une étude quantitative dont trois facteurs sont déterminants :

- *Le moment et l'enchaînement du recueil et de l'exploitation des données (séquentiel dans notre recherche) ;*
- *L'importance relative des données issues de chacune des approches (prépondérance de l'approche quantitative) ;*
- *La manière dont les données qualitatives et quantitatives sont combinées.*

⁶⁰ Pluye P, Nadeau L, Gagnon MP, Grad R, Johnson-Lafleur J, Griffiths F. (2009) *Les méthodes mixtes*. In: Ridde V, Dagenais C, editors. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009. p. 123-41.

⁶¹ Guével, M. & Pommier, J. (2012). Traduction par Guevel, M-R. du terme anglais *qualitizing* in Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, vol. 24,(1), 23-38. doi:10.3917/spub.121.0023.

⁶² Guével, M. & Pommier, J. (2012). Traduction par Guevel, M-R. du terme anglais *quantitizing* in Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, vol. 24(1), 23-38. doi:10.3917/spub.121.0023.

⁶³ Dhanapati, S. (2016) "Explanatory Sequential Mixed Method Design as the Third Research Community of Knowledge Claim" in *American Journal of Educational Research*, 2016, Vol. 4, No. 7, 570-577

La priorité est accordée aux données qualitatives et les deux méthodes sont intégrées au cours de la phase d'interprétation du projet de recherche, les résultats quantitatifs aidant à confirmer ou à généraliser les résultats qualitatifs.

Enfin, dans une troisième partie nous confronterons les données pragmatiques aux approches théoriques pour vérifier les hypothèses avancées. Nous discuterons les résultats obtenus selon trois entrées, les conceptions, les contenus des actions d'ES, les pratiques professionnelles des infirmières de notre étude pour déterminer des perspectives de recherche et de formation.

PREMIÈRE PARTIE: Les infirmières et l'éducation à la santé

Chapitre 1 : Approche historique de la profession d'infirmière

Il paraît nécessaire pour notre étude d'interroger l'histoire du métier d'infirmier pour comprendre le contexte actuel. « *À travers cette histoire, du monde antique à la fin du XXe siècle, la profession d'infirmier s'est élaborée progressivement menant à l'activité professionnelle du personnel soignant. L'évolution de la profession suit les grandes évolutions scientifiques et économiques* »⁶⁴. L'approche historique permet de mieux comprendre le déjà-là (au sens développé par Léal & Carnus, 2012⁶⁵) qui va influencer les conceptions portées par les infirmières de l'éducation nationale

1.1. La genèse de la profession d'infirmières

1.1.1. Le monde antique

De tout temps, la pratique des soins est sans doute une des activités humaines les plus anciennes.

« *Dès que la vie apparaît, les soins existent car il faut prendre soin de la vie pour qu'elle puisse demeurer. Les hommes, comme tous les êtres vivants, ont toujours eu besoin de soins parce que soigner est un acte de vie, qui a d'abord et avant tout pour but de permettre à la vie de se continuer, de se développer, et par là de lutter contre la mort, lutter contre la mort de l'individu, du groupe et de l'espèce* »⁶⁶. Prendre soin, c'est le souci permanent d'assurer la continuité de la vie, lui permettre de se poursuivre et de se reproduire en lien avec la dimension du temps. De tout temps, l'être humain a affronté les maladies. Dans le monde antique, ces dernières ont toujours été considérées comme des manifestations surnaturelles, expressions de puissances divines ou démoniaques. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'elles apparaîtront comme les conséquences de phénomènes naturels. Tant que la maladie fut considérée comme la conséquence du courroux des dieux, d'une intervention démoniaque, la guérison ne pouvait relever que de l'intervention de « *sujet ayant le pouvoir exceptionnel* » d'entrer en rapport avec les puissances surnaturelles : guérisseurs, magiciens, devins ou prêtres devaient identifier la divinité irritée.

⁶⁴ Collière, MF. (2003) Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, Masson, 4e édition, 2003. 23.

⁶⁵ Léal, Y., Carnus, MF. (2012), "Le déjà-là décisionnel de l'enseignant en éducation à la santé. Une étude de cas en didactique clinique à l'école élémentaire" dans Spirale – Revue de Recherches en Éducation – 2012 N° 50 (139-152).

⁶⁶ Collière, MF. (2003) Jam. Cit.

Pendant l'Antiquité, la représentation de la maladie fait qu'il n'y a pas d'identification de l'infirmière car le malade est avec sa famille. Effectivement, il n'y a pas d'institutions pour gérer les malades. Pour Marie-Françoise Collière⁶⁷, « *les conditions précaires de la vie rendent la mort omniprésente et toujours terrorisante. Pour gérer cette inconnue, naissent alors les premiers discours sur mal, les premières conjurations de la peur. À partir de l'orientation initiale visant à trouver tout ce qui est fondamental pour assurer la vie, viennent à naître des questions sur ce qui est bon ou ce qui est mauvais, pour permettre à la vie des individus et du groupe de se continuer, de repousser la mort. Au fur et à mesure que les groupes humains ont affirmé leurs pratiques de soins coutumiers composées de choses permises et d'interdits, ils les ont érigés en rites et ont confié aux shamans puis aux prêtres la charge d'être garant de ces rites* ».

Puis des médecins et infirmières laïques, formées dans les écoles médicales de Cyrène⁶⁸ (colonie grecque au nord-est de la Lybie), exercent soit pour leur propre compte soit pour le compte de l'Etat, mais ils pratiquent encore une médecine très pénétrée de spéculations philosophique et thérapeutique assez archaïque.

Selon Charles (1979), il a fallu attendre Hippocrate pour que se constitue une médecine à la fois scientifique et humaniste : scientifique car fondée sur l'observation, l'expérience, et l'exploration clinique, humanitaire car s'adressant à la communauté des hommes. Hippocrate reconnaît la nécessité, dans les cas vraiment graves, de laisser auprès du malade un «assistant»⁶⁹. L'épouse règne à l'intérieur de sa maison où elle s'occupe de tout, des soins aux malades compris. Une des occupations qui incombe à la maîtresse de maison si un des serviteurs tombe malade est qu'elle sera obligée de mettre tous ses soins à le guérir. Pour Robert Flacelliere⁷⁰, les femmes, par pudeur, pour les maladies intimes hésitaient à recourir à un médecin et faisaient plus volontiers confiance à une personne de leur sexe.

1.1.2. Du Moyen Âge à la Révolution

Les femmes se sont toujours engagées dans les pratiques soignantes. Le fait qu'elles donnent la vie est une des raisons pour qu'elles essaient de la maintenir. Jusqu'à la Révolution leur activité principale est de prendre soin (Magnon, 2006)⁷¹ : « *tout ce qui donne vie, ce qui est fécondable et qui donne naissance. Aux femmes reviennent les soins aux enfants mais aussi*

⁶⁷ Collière, M-F. (2001) « Soigner... Le premier art de la vie » Editions: MASSON

⁶⁸ Charles, G. (1979) « *L'infirmière en France, d'hier à aujourd'hui* », éditions Le Centurion

⁶⁹ Charles, G. (1979) Jam. Cit.

⁷⁰ Charles, G. (1979) Jam. Cit.

⁷¹ Magnon, R. (2006) *Les Infirmières, identité, spécificité et soins infirmiers. 3ème Edition Masson*

les soins aux malades et aux mourants car en donnant la vie, n'ont-elles pas communiqué la mort » ?

Ce sont ces pratiques de soins du corps et l'expérience des pratiques alimentaires qui sont le fondement d'un ensemble de soins développés par les femmes au cours de l'évolution de l'histoire des infirmières. Par contre, les accidents de chasse, de guerre ne concernent pas les femmes. Les soins au corps blessé sont et demeurent, de manière prédominante, le fait des hommes, les initiant à découvrir le corps du dedans, à oser l'explorer, les amenant à développer une « technologie » de plus en plus précise qui deviendra celle des chirurgiens. *« D'autre part, les soins réclamant une importante force physique, tel le déplacement ou la réduction des fractures, la maîtrise physique des agités, seront également le fait des hommes. Ces pratiques de soins opérés par des hommes donneront lieu à l'influence de la constitution du corps infirmier attaché aux armées, qu'ils soient esclaves dans la légion romaine ou, plus tard, au sein d'ordres guerriers hospitaliers comme les chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem, les templiers ou les chevaliers de l'Ordre de Malte »⁷².*

Depuis le Moyen Âge, les ordres religieux organisent les soins avec comme critère le lien avec la charité et l'amour de Dieu. Le soin est alors bénévole et les religieuses de l'Hôtel-Dieu pratiquent dans des structures religieuses. D'autre part, la maladie importe moins que l'âme qu'il faut sauver. Le clergé contrôle et administre tous les hôpitaux. La représentation de l'infirmière est la visite et les soins effectués par des dames qui épaulent les religieuses aidant leur prochain.

Entre le Xe et le XIIe siècle, les médecins donnent des avis en passant dans les instituts qui sont le monopole total de l'église. La représentation de l'infirmière se fait à travers une organisation en congrégation, les filles de charité, les béguines étant des personnels laïcs.

À la Renaissance, la médecine progresse à travers la dissection, la découverte de l'anatomophysiologie. La représentation de l'infirmière émerge au regard d'une population soignante : soins techniques en chirurgie et création d'ordres hospitaliers.

Jeanguiot (2006)⁷³ dans la revue « Recherche en soins infirmiers » indique la première formation infirmière : *« Saint Vincent de Paul crée la compagnie des filles de la charité, dite sœurs de Saint-Vincent-de-Paul en 1633 à Paris, et ébauche la première « école*

⁷² Charles, G. (1979) Jam. Cit.

⁷³ Jeanguiot, N. (2006) Des pratiques soignantes aux sciences infirmières« Recherche en soins infirmiers » 2006/4 (N° 87),

d'infirmière ». Vincent de Paul leur inculque avant tout « *l'obéissance au médecin. Les filles de la Charité exécutent les ordonnances médicales, prennent en charge les soins d'accueil, d'hygiène, d'alimentation, d'éducation ; leur but est de faire le bien pour les malades* »⁷⁴. Sans formation, ces femmes, en tant que groupe social, sont apparentées aux infirmières. Le soin demande des compétences et de l'organisation. « *La compagnie des filles de la charité est composée de jeunes filles de moins de 28 ans issus de familles respectables qui doivent être attentives aux besoins des personnes et développer une fonction de conseil et d'éducation* ». (Miquel, 1996)⁷⁵

1.1.3. De la révolution à la deuxième guerre mondiale

Avec la révolution de 1789 et ses idéaux humanistes, la naissance de l'hôpital laïc permettra l'émergence de prévention, du changement dans la représentation de l'homme et de l'éducation des enfants. Le décret du 14 novembre 1789 donne la gestion aux municipalités des établissements hospitaliers, les départements ayant la mission d'inspecter les hôpitaux et l'Hôtel-Dieu et d'en améliorer le régime⁷⁶.

En 1790, dans un meilleur contexte social et un besoin de personnel qualifié, on met fin au recrutement religieux dans les hôpitaux qui sont dans un état désastreux (loi du 6 novembre 1790). Les pratiques soignantes commencent à évoluer. Les religieuses occupent plutôt la place de garde-malade. Elles doivent posséder des qualités essentielles pour entourer les malades, les aider et les écouter. La médecine a progressé au cours de ces années. Bichât inaugure des cours d'anatomie avec dissection en 1797. Il fait un premier classement de maladies résultant d'observations externes vérifiées par dissection.

Au XIXe siècle, avec l'introduction de l'anesthésie générale et de l'asepsie, les représentations des médecins et des infirmières changent au regard des progrès de la science. Le personnel religieux trop peu nombreux laisse les soins infirmiers à des employés non formés qui rançonnent les malades. Face à cette lacune, apparaît la création de la première école d'infirmière en 1836.

Les premières infirmières s'affirment au grand jour pendant la guerre de Crimée 1854-1856 sous l'impulsion de Florence Nightingale. Cette dernière transforme l'organisation des ambulances et la mortalité baisse énormément. Elle est alors nommée directrice générale des infirmières des hôpitaux militaires et exige des réformes : construction hospitalière en

⁷⁴ Charles, G, (1979), Jam. Cit.

⁷⁵ Miquel P, (1996) « Vincent de Paul » 530 pages éditions Fayard

⁷⁶ Charles, G, (1979), Jam. Cit.

pavillons séparés et en unités de soins. Elle organise la formation des infirmières de Saint-Thomas à Londres. L'école est dans l'hôpital, la formation dure un an et les élèves complètent leur apprentissage sur le terrain.

En France, le mouvement de laïcisation⁷⁷ amorcée en 1878 amène les religieuses à disparaître progressivement des hôpitaux. Inspiré par le modèle anglo-saxon, le Dr Bourneville, médecin militaire, crée les écoles municipales infirmières avec comme objectif d'assurer un meilleur recrutement hospitalier et remplacer le personnel ignorant par un personnel instruit et respectueux. La loi du 15 juillet 1893 qui institue l'assistance médicale gratuite met l'État devant l'obligation d'aider à l'organisation de cours de formation au métier d'infirmière. Le programme d'enseignement annuel est fondé sur les préceptes du docteur Bourneville⁷⁸.

Ce programme est théoriquement étendu à l'ensemble du territoire à partir de 1902, suite à la circulaire Combes du 28 octobre⁷⁹ qui incite les préfets à ouvrir dans leurs départements des écoles habilitées à délivrer le diplôme d'infirmières. La même année, comme nous l'écrivit Nourrisson⁸⁰ dans la loi du 15 février relative à « la protection de la santé publique » est le premier texte législatif qui exprime cette notion de « santé publique ». Le droit des soins pour tous et l'obligation d'accords professionnels spécifiques et compétents sont quant à eux institués par la loi de séparation de l'église et de l'État de 1905. Ainsi, pour remplacer les religieuses dans les hôpitaux, se pose la question de la formation et de la profession du service de soins. Les médecins hospitaliers réclament des infirmières instruites et dévouées à l'image de Florence Nightingale.

L'obligation de scolariser les filles en 1867 conduit les premières écoles infirmières à s'ouvrir. Anna Hamilton, femme médecin va fonder une école de gardes malades à Bordeaux, école fortement influencée par le modèle de la nurse anglaise créé de toute pièce par l'aristocrate Florence Nightingale au milieu du XIXe siècle, modèle qui sera « acculturé » par le modèle technico-médical de Bourneville⁸¹.

⁷⁷ Poisson, M. (1998). Origines républicaines d'un modèle infirmier : 1870-1900. Histoire de la profession infirmière en France, Vincennes, Éd. Hospitalières,

⁷⁸ Poisson, M. (1998). Jam. Cit.

⁷⁹ Chevandier C, 2006 « Former des professionnelles, former une profession : la formation des infirmières au XXe siècle », in B. Carrier-Reynaud, dir. L'enseignement professionnel et la formation technique du début du XIXe au milieu du XXe siècle, Saint-Étienne, Institut des Études Régionales et des Patrimoines, p. 33-44.

⁸⁰ Nourrisson, D. (2002) Dans « éducation à la santé XIXe – XXe siècle » aux éditions ENSP 2002

⁸¹ Poisson, M. (1998) Jam. Cit.

Ainsi en 1882, une école d'infirmières publique et laïque ouvre à la maison de santé de Bordeaux. La circulaire du 17 juillet 1899⁸² stipule la création, au moins dans chacune des villes où siège une faculté ou une école secondaire, d'une école d'infirmières. Pour répondre à cette circulaire, a lieu la même année l'ouverture de l'école professionnelle infirmière de l'hospice de la Charité de Lyon.

La Croix-Rouge française fonde ainsi son premier dispensaire et inaugure ses premiers cours d'infirmières. Au même moment, Monsieur Bedford Fenwick⁸³, permet la naissance du conseil international des infirmières et ceci grâce à la formation, surtout dans les pays de langue anglaise, d'associations nationales d'infirmières. En Angleterre, au Canada, aux États-Unis, celles-ci avaient pris en main leur profession, organisé les études et proposé des diplômes officiellement reconnus. Les infirmières françaises ne rejoindront leurs collègues qu'après la guerre de 1914-1918.

Selon Jeanguiot (2006)⁸⁴, dans « Des pratiques soignantes aux sciences infirmières », « *trois conceptions vont évoluer à la fin du XIXe, l'infirmière laïque dont le médecin Bourneville sera le défenseur à l'Assistance Publique de Paris, le modèle de la « nurse anglaise » qui fera école en France à Bordeaux grâce au Dr Hamilton et le modèle de Léonie Chaptal qui sera à l'initiative du premier diplôme infirmier. Durant cette période, des ordres religieux vont s'investir en formation et demeurer encore de longues années dans les institutions* ».

Cette infirmière anglaise inspire Léonie Chaptal⁸⁵ qui œuvrera pour la reconnaissance d'une identité professionnelle. Diplômée en 1903 de l'assistance publique, cette dernière fonde en 1905 son école. Elle croit fortement à une identité professionnelle et à l'autonomie envers le corps médical. Elle est imprégnée du modèle anglais et sa philosophie s'appuie sur le fait que l'action infirmière ne porte pas sur les pathologies mais sur la personne souffrante. L'infirmière doit tout savoir du patient et non pas tout de la maladie. À l'inverse des médecins, elle œuvre pour la reconnaissance de la personne souffrante. La maladie est la science du médecin, la connaissance du malade relève de la compétence de l'infirmière. Ses orientations vont vers la prévention et l'éducation avec comme priorité la diminution de la mortalité maternelle infantile.

⁸² Charles, G, (1979) Jam. Cit.

⁸³ Charles, G, (1979) Jam. Cit.

⁸⁴ Jeanguiot, N. (2006) Jam. Cit. URL : www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-75.htm visité le 13/12/2015

⁸⁵ Charles, G, (1979) Jam. Cit.

Léonie Chaptal impulse l'organisation et la réglementation de la profession infirmière en France avec le brevet de capacité infirmière professionnelle (ministère de la Santé, 1922). Le 27 juin 1922, un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et installe le premier diplôme d'Etat français. Dès lors, la profession est reconnue par l'Etat. En 1923, on assiste à l'apparition du premier numéro de la revue professionnelle *L'infirmière française* et la création de l'association nationale des infirmières françaises que Mme Chaptal préside.

Ainsi au lieu d'être exclusivement centrée sur l'hôpital, l'activité de l'infirmière peut, à partir de 1922, s'exercer dans de nombreux secteurs de la vie publique. Il lui est toujours possible de devenir infirmière militaire, un décret de 1909 en définissait le statut. La grande nouveauté est la création des infirmières visiteuses. Grâce au décret du 25 février 1923 et du 18 juillet 1924, la France comme l'Angleterre et les États-Unis permettent les soins extrahospitaliers.

Les infirmières visiteuses étaient des infirmières diplômées qui non seulement donnaient des soins aux malades mais enseignaient les règles principales de l'hygiène. Le Docteur Paquet⁸⁶, inspecteur départemental de l'hygiène dans le département de l'Oise, les définissait ainsi : « *l'infirmière visiteuse sera initiée à la protection de l'enfance, aux soins à domicile, à l'inspection médicale scolaire, à la prévoyance, à l'assistance sociale...* »

Antérieurement, nous trouvons la trace d'infirmières visiteuses : « *La première école spéciale d'infirmières visiteuses fut fondée à Paris en 1914, et le Docteur Hamilton introduisit pour la première fois, dans le service scolaire, des infirmières visiteuses ayant reçu une formation spéciale* »⁸⁷.

Selon Gardner (1926)⁸⁸, l'infirmière visiteuse doit « *soigner les malades, prévenir la maladie et cultiver la santé* » et elle ajoute « *elle doit consacrer une partie de son temps, à l'éducation non seulement des familles qu'elle visite mais aussi du public* ». Cette fonction d'éducatrice sanitaire de l'infirmière visiteuse était incontestablement à l'époque considérée comme très importante par les infirmières qui se sont penchées sur ce problème.

En France, Léonie Chaptal confirme bien ce point de vue en spécifiant que le rôle de l'infirmière visiteuse doit être de combattre l'ignorance dans les familles, de dépister les

⁸⁶ Charles, G. (1979), *Jam. Cit.* « Les infirmières visiteuses en Belgique » dans la revue « *L'infirmière française* ». Tome quatre, 1926, page 149). (Depuis 1923. *L'Infirmière Française*, Revue mensuelle d'enseignement technique de 1923 à 1937 créé par le Pr Calmette. Rédacteurs en chef : Docteurs Cruveilhier et Lafosse. A.Poinat. Éditeur 21 rue Cassette, Paris VIe.)

⁸⁷ Gardner, M. (1926), « *L'infirmière visiteuse* » Presses universitaires de France, 461.

⁸⁸ Gardner, M. (1926), *Jam. Cit.*

maladies, d'entretenir des foyers sains dans les grandes cités industrielles, d'être l'éducatrice de la santé, de l'hygiène alimentaire, de la propreté.... Son rôle peut être encore plus important si, parfois, elle rencontre le père, après la journée d'usine, elle est bien placée pour l'aider. En bref, comme le dit Azel Avis Goff⁸⁹, dans un rapport sur l'action des infirmières visiteuses d'hygiène en Europe : « *le travail des infirmières visiteuses était un service social organisé, assuré par des infirmières diplômées, en faveur de l'individu, la famille, la collectivité* ».

En fait, la tâche demandée aux infirmières visiteuses était tellement importante que rapidement elle devint écrasante pour celles qui l'exerçaient. On aborde ici le besoin d'une spécialisation plus fine des activités de l'infirmière. Comme le rappelle Grandall⁹⁰, « *la spécialisation actuelle des services infirmières visiteuses est le résultat logique, sinon inévitable, du développement dans le grand public du sens de l'hygiène et aussi de la nécessité d'améliorer les conditions d'existence de la population en général et du milieu de vie en particulier. L'infirmière visiteuse des tuberculeux est née de la campagne menée partout contre la tuberculose ; l'infirmière scolaire a été créée dans le même esprit ; l'infirmière du service social des hôpitaux est un facteur indispensable dans la pratique de la médecine préventive ; l'infirmière de l'industrie représente l'un des efforts accomplis par l'employeur pour sauvegarder la santé de son personnel, bien précieux entre tous.* »

On peut ajouter que les spécialisations des infirmières du travail, scolaire, libérale ou puéricultrice sont nées avec les infirmières visiteuses. Le Docteur Hamilton, en 1900 à Bordeaux, était le premier à envoyer dans le service scolaire des infirmières visiteuses ayant reçu une formation spéciale.

Le rôle infirmière d'hygiène scolaire fut défini en 1926⁹¹, en secondant le médecin, en tenant à jour les fiches médicales des enfants et en surveillant leurs poids et leurs mensurations. Le matin, elle passait les enfants en revue, stimulant en eux des habitudes de propreté corporelle ou vestimentaire.

C'est donc à cette période que l'infirmière n'est plus considérée uniquement comme une soignante : on lui octroie des fonctions d'éducation, de conseil, de prévention. Son horizon

⁸⁹ Azel Avis Goff. (1934), « Rapport sur une étude de l'activité des infirmières visiteuses d'hygiène en Europe » dans la revue « l'infirmière française » tome 13,22 23.

⁹⁰ Grandall, E-P. (1926), cité par Gardner dans « L'infirmière visiteuse » Gardner Mary Sewall Presses universitaires de France, (461 p). 1926

⁹¹ Charles, G. (1979), Jam. Cit. « Les assistantes d'hygiène scolaire » dans « l'infirmière française » tome 4 393 en 1926.

n'est plus limité à l'enceinte de l'hôpital, elle se déplace dans la cité, fréquente l'école, l'usine et pénètre dans les familles.

Le décret du 12 janvier 1932 avait institué un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant du service social diplômé de l'État français. Le 20 janvier 1937, la loi d'exclusivité oblige d'avoir le Diplôme d'Etat pour l'exercice de la profession, à travers l'article L.474 du code de la santé publique : « *Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1* ».

En 1938, le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale est transformé en diplôme d'assistant du service social. Le décret du 18 février 1938 supprime le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale jugée « *trop médicale et pas assez sociale* » et préconise le diplôme d'État pour deux professions distinctes : celui de l'infirmière hospitalière, celui d'assistante de service social.

1.1.4. De 1943 à nos jours

Dès 1946, l'exercice infirmier est renforcé par la réglementation : « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillers par le médecin* » selon la loi du 8 avril 1946 dans le code de la santé publique livre IV, titre II, article L 473⁹². L'arrêté du 31 décembre 1947 énonce la première nomenclature des actes qui peuvent être effectués par un auxiliaire médical qualifié. Cette première liste d'actes fut modifiée et étendue à plusieurs reprises. Au regard de ses multiples modifications, le programme de la formation des infirmières en 1951, en 1961 et 1972 prévoyait de deux années d'études à 28 mois (ministère de la santé publique. « Programme des études d'infirmière ». Arrêté du 5 septembre 1972 publié au journal officiel du 7 septembre 1972⁹³.

Trente-deux ans après, le souhait des infirmiers de faire reconnaître leur spécificité est entériné par la loi n°78-615 du 31 mai 1978⁹⁴ qui « reconnaît le « rôle propre » de l'infirmière dans la mise en œuvre des soins, l'accompagnement des patients, la prévention,

⁹²Ministère de la santé (1946) loi du 8 avril 1946 dans le code de la santé publique livre IV, titre II, article L 473 https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006155219&cidTexte=LEGITE_XT000006072665&dateTexte=19891219 site consulté le 13/12/2015

⁹³ Ministère de la santé (1972) loi n°78-615 du 31 mai 1978 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000643537&dateTexte> site consulté le 15/12/2015

⁹⁴ Chaboissier, M. (2009). Les compétences infirmières et la formation initiale. Revue Soins, n°732, 1-2

l'éducation et la promotion de la santé. Le champ de responsabilité professionnelle s'ouvre très largement ».

Face à cette loi, le nouveau programme de formation des infirmières dure 33 mois, la démarche de soins enseignée est basée sur le patient et non pas sur la maladie. La fonction infirmière s'articule autour de deux axes : rôle sur prescription et rôle propre (initiative et responsabilité). Le rôle propre infirmier est fondé sur une approche globale de la personne. Des compétences en relation d'aide viennent compléter celles en nursing et en soins techniques. La démarche de soins et le diagnostic infirmier sont introduits dans les textes. La démarche de soins permet de poser un « jugement clinique » sur la situation de la personne et d'organiser les soins ; la pratique infirmière prend ainsi appui sur l'analyse de la situation du patient. Le décret du 12 février 1980⁹⁵ relatif à l'exercice de la profession (Ministère de la Santé, 1980) en témoigne puisque les actes infirmiers sont identifiés à la fois en regard du rôle sur prescription mais aussi du rôle propre.

Le décret du 17 avril 1984⁹⁶ sur l'exercice de la profession par rapport aux actes professionnels reprend ce courant. Toutes les modifications ultérieures aux textes législatifs respectent le principe du champ de responsabilité de l'infirmière. Le décret numéro 93-221 du 16 février 1993⁹⁷ (Ministère de la Santé) relatif aux règles professionnelles de l'infirmière favorise et officialise le contrôle de l'autonomie professionnelle infirmière par la création en juillet 1991 d'une nouvelle entité au sein des administrations hospitalières, la direction du service de soins infirmiers. Le décret du 11 février 2002⁹⁸ réécrit les actes relatifs à la profession et à l'exercice infirmier.

Actuellement, et ce depuis 2004, la loi régit l'exercice de la profession infirmière et définit ses domaines d'exercice (Ministère de la Santé). Effectivement, le décret d'actes professionnels infirmiers de 2002 et le décret relatif aux règles professionnelles de février 1993 sont codifiés au sein du livre 3 du code de la santé publique (article L 4311-1). Le décret d'actes et d'exercice infirmier est le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004⁹⁹ relatif aux parties IV et V

⁹⁵ Ministère de la santé, Le décret du 12 février 1980

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886863> site consulté le 22/12/2015

⁹⁶ Ministère de la santé, Le décret du 17 avril 1984,

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000868837> site consulté le 30/12/2015

⁹⁷ Ministère de la santé, Le décret numéro 93-221 du 16 février 1993

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742> site consulté 3/01/2016

⁹⁸ Ministère de la santé, Le décret du 11 février 2002,

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355> site consulté 4/01/2016

⁹⁹Ministère de la santé, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264> site consulté le 5/01/2016

(dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

La Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat et l'Arrêté du 31 juillet 2009¹⁰⁰ relatif au diplôme d'Etat d'infirmier sont les textes fondateurs pour une reconnaissance licence du diplôme d'état et ainsi permettre des poursuites d'étude en Master et doctorat à l'université.

Voici l'histoire de ce métier d'infirmière qui par son passé nous permet de comprendre la posture actuelle. Effectivement nous pouvons dire que c'est toujours sous la coupe du médicale que l'infirmière exécute les prescriptions. En effet, les infirmières anglo-saxonnes se sont autonomisées rapidement en se prenant en charge dès leur création du diplôme le siècle dernier à la différence de la France où le corps médical a été leur guide et instructeur pour répondre à leurs besoins dans les soins.

Mais maintenant pour les besoins de notre recherche nous devons nous pencher plus précisément sur la profession d'infirmière de l'éducation nationale.

¹⁰⁰ Ministère de la santé, L'Arrêté du 31 juillet 2009
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&dateTexte=20171008> site consulté le 5/01/2016

Chapitre 2-L'histoire des infirmières éducation nationale en France

2.1 De l'hygiène scolaire à la prévention

2.1.1 L'origine de l'école: la diffusion de la parole hygiénique

À la page 105 du livre « Charlemagne et l'enfant du pauvre »¹⁰¹, Charlemagne, devenu empereur des romains le 25 décembre 800, eut dit : « *Je ne veux pas quitter l'Italie sans avoir remédié, autant que possible, à ces maux ; je vais fonder à Salerne une école où de jeunes clercs apprendront l'art de guérir les maladies* ». On connaissait déjà la volonté de ce roi d'instruire son peuple en créant des écoles dans son royaume, mais il se souciait aussi de leur santé. Dès la naissance de l'école, la question de la santé était ainsi présente.

La santé des élèves est une préoccupation ancienne, ainsi, « *les infirmeries commencent à se généraliser à partir des années 1770 dans les collèges d'Ancien Régime, afin de pouvoir soigner dans l'enceinte scolaire et d'isoler les contagieux* »¹⁰². L'inoculation de la variole dans les écoles militaires est rendue obligatoire par Louis XVI en 1786. La notion d'inspection médicale scolaire apparaît pour la première fois dans le projet de décret d'éducation du peuple français présenté par Sieyès, Daunou et Lakanal en 1793 à la convention¹⁰³. Ce projet se souciant de la santé des élèves - « *l'État doit surveiller la santé du corps, tout en assurant le développement de l'esprit* »¹⁰⁴ - est repoussé par l'assemblée

Selon Verney-Carron (2002)¹⁰⁵, c'est le comité d'instruction publique à la convention nationale du 26 juin 1793 que ce projet précise : « *Un officier de santé du district est chargé par le même bureau [d'inspection] de visiter, dans les quatre saisons de l'année, toutes les écoles nationales du district. Il examine et conseille les exercices gymniques les plus convenables. Il examine les enfants, et indique en général et en particulier les règles les plus propres à fortifier leur santé* ». (Article 27 du Projet de décret de 1793). Ce projet restera au stade d'idée mais sera le fondement de la santé scolaire au regard « *du contrôle médical*

¹⁰¹ Lecler, M-A. (1857) « Charlemagne et l'enfant pauvre » bibliothèque des écoles chrétiennes, 1857 originales provenant de l'université d'Oxford et numérisé le 29 mai 2007 sur le site www.books.google.fr <https://play.google.com/books/reader?id=2mcIAAAAQAAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=fr&pg=GBS.PP9> site consulté le 13/05/2016

¹⁰² Parayre, S. (2011), L'hygiène à l'école, une alliance de la santé et de l'éducation (XVIIIe-XIXe siècles), PUSE (Presses Universitaires de Saint-Etienne).

¹⁰³ Parayre, S. (2011), Jam. Cit.

¹⁰⁴ Hardy-Durst J., Hybert M., Rigaudy T., & Guillon, M. P. (1997). Les Services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Éducation nationale. Berger-Levrault.

¹⁰⁵ Verney-Carron, N. (2002), in Nourrisson, D. (textes rassemblés par), À votre santé ! Éducation et santé sous la IVe République, Saint-Étienne, Publications de l'université de Saint-Étienne.

individuel » et de « *l'éducation à la santé* ». On installe ici la conception du rôle de l'État dans ce domaine.

L'éducation des enfants scolarisés ainsi que leur état de santé deviennent des préoccupations pour la nation. Durant la première moitié du XIXe siècle, les Inspecteurs d'académie sont, d'après Parayre (2011)¹⁰⁶, « *les personnages centraux de l'histoire de l'hygiène à l'école. D'abord Inspecteurs généraux, avant l'avènement de la création des académies en 1808, leur action des 1802 va progressivement passer de contrôle de la salubrité à la diffusion de la parole hygiénique auprès des proviseurs de lycées et principaux de collège* ». Selon Tschirhart (2008)¹⁰⁷, « *ses prémices émergent, dans les collèges de l'Ancien Régime, en particulier chez les Jésuites qui, confrontés à la violence et à la fatigue intellectuelle des élèves, diminuent les horaires de cours, inventent le principe de récréations consacrées à des jeux plutôt physiques, refusent le travail excessif et les mortifications* ». Elle rajoute : « *Cependant, dans le même temps, les traités d'éducation, les plans d'études, témoignent de l'intérêt grandissant porté aux deux domaines de l'hygiène : celui de la santé et du développement physique, l'autre relatif à la morale (ou vertu) des comportements* ».

Avec la création des Inspections académiques, les visites de collèges, lycées, institutions et pensions sont instaurées sous la responsabilité des préfets. Leur objectif est axé sur les conditions de vie « *pour examiner les mœurs et la santé* »¹⁰⁸. Cette nouvelle préoccupation nationale est liée à l'état de santé de la population française suite à la révolution et des guerres de l'Empire. De plus, des épidémies comme le choléra, la typhoïde, la variole se rajoutant aux tuberculoses, à la syphilis et à l'alcoolisme nécessitent une intervention de l'État. Selon Perrot (1975)¹⁰⁹, « *le médecin hygiéniste se voit investi d'un nouveau rôle. Ainsi, l'histoire de la santé publique, au regard des progrès scientifiques et des besoins de la nation, vient de naître.*

Le discours médical prescriptif porte sur la protection de la moralité et du capital santé de la jeunesse. Cette pensée hygiéniste s'appuie sur l'élaboration administrative de la police médicale et de la santé publique. En 1847, l'Etat va inclure les médecins dans les institutions scolaires par la création d'une commission chargée d'établir toutes les précautions à prendre

¹⁰⁶ Parayre, S., Guiet-Silvain, J., et al. (2011), « Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale », Carrefours de l'éducation 2011/2 (n° 32).

¹⁰⁷ Tschirhart, A. (2008), « Rôle et évolution de l'hygiène scolaire dans l'enseignement secondaire de 1800 à 1910 », Carrefours de l'éducation, 2008/2 (n° 26), p. 201-213. DOI : 10.3917/cdle.026.0201. URL : <http://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2008-2-page-201.htm> site consulté le 16/01/2015

¹⁰⁸ Hardy-Durst, J., Hybert, M., Rigaudy, T., & Guillon, M. P. (1997). Les Services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Éducation nationale. Berger-Levrault

¹⁰⁹ Perrot, J.-C. (1975), Genèse d'une ville moderne. Caen au XVIIIe siècle, Paris, Mouton.

face aux épidémies de choléra et typhoïde. Selon Parayre (2011)¹¹⁰, les années 1850 marquent un premier tournant pour l'hygiène scolaire. En effet, sont organisées des conférences sanitaires sociales (1851 et 1859) et le premier congrès international d'hygiène de Bruxelles en 1852. L'hygiène scolaire, au travers de l'enquête menée par le ministre Carnot, en mai 1848, est interrogée sur les relations de l'hygiène avec la pédagogie, l'hygiène alimentaire tant dans la qualité des repas que celle de leur durée, le poids de la discipline, et le lien avec l'agencement des bâtiments. Le décret de mars rend obligatoire et gratuite la gymnastique dans tous les lycées de l'Empire (article 1). L'arrêté du 15 février 1864 crée les commissions d'hygiène et charge les médecins d'inspecter les établissements du secondaire et les écoles normales primaires. Au regard de ces lois, on constate le mouvement hygiéniste axé sur l'alimentation, l'activité physique, la propreté corporelle et des locaux. Ainsi l'enseignement de l'hygiène dans les écoles, comme la formation des instituteurs à l'hygiène scolaire, peut être fait par des médecins. En 1867, le terme « hygiène scolaire » fait son apparition sur une circulaire (Circulaire du 23 septembre 1867 de Victor Duruy¹¹¹). Comme le souligne Parayre (2011)¹¹², l'enseignement primaire, par l'intermédiaire des instituteurs, se penche sur l'hygiène scolaire et l'éducation à la santé : « *L'État et les médecins voient en l'instituteur un auxiliaire précieux dans leur projet de redressement de la Nation, un redressement à la fois physique, moral et intellectuel* ».

Vers 1878, Jules Ferry demande la création d'une inspection médicale scolaire qui verra le jour dans la ville de Paris¹¹³. La loi du 30 octobre 1886, dite loi Gobelet, organisant l'enseignement scolaire, confie aux médecins inspecteur communaux ou départementaux la mission de visiter les écoles primaires. Les collectivités locales sont chargées de mettre en œuvre ces services d'inspection médicale.

Sous la III^{ème} République, l'enseignement anti alcoolisme inscrit dans les lois Ferry en 1882 est confié aux instituteurs. C'est une première forme d'éducation à la santé à l'école dans le premier degré. Selon Parayre, « *cet enseignement a été perçu alors comme indispensable pour apprendre aux individus à conserver ce précieux bien qu'est la santé* »¹¹⁴.

¹¹⁰ Parayre, S. (2011), Jam. Cit.

¹¹¹ Parayre, S. (2011), « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIII^e-XIX^e siècles) », Carrefours de l'éducation 2011/2 (n° 32).

¹¹² Parayre, S. (2011), Jam. Cit.

¹¹³ Gaudron, G., Pinville, M. (2011), dans « Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire ». Documents d'information de l'Assemblée <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp> site consulté le 13/03/2016

¹¹⁴ Parayre, S. (2011), Jam. Cit.

La loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique, confie aux maires de vastes compétences en matière de santé et les dote, pour son application, de bureaux d'hygiènes municipaux, l'autorité préfectorale n'intervenant qu'en cas de défaut.

Gindt-Ducros (2012)¹¹⁵ cite le docteur Défourne qui déclare en 1910 : « *Si c'est à l'instituteur qu'incombe la tâche de cultiver les facultés intellectuelles, c'est au médecin scolaire qu'il revient le devoir de surveiller les organes* ». Il va se faire assister par les infirmières visiteuses.

Devant la polyvalence des tâches de l'infirmière visiteuse, des spécialités vont apparaître telle l'infirmière visiteuse à domicile, l'infirmière visiteuse au travail et l'infirmière d'hygiène scolaire. La grande nouveauté fut la création des infirmières visiteuses, officialisée par décret du 25 février 1923 et du 18 juillet 1924.¹¹⁶

En 1926, le rôle de l'infirmière d'hygiène scolaire est ainsi défini : « *elle devait seconder le médecin, elle passait les enfants en revus, stimulants des habitudes de propreté corporelle ou vestimentaire, ... dépistant les maladies contagieuses en présentant au médecin scolaire les pâlots, fiévreux ...* ». ¹¹⁷

2.1.2 Le XXe siècle : de l'hygiène scolaire à l'éducation à la santé

Gindt-Ducros (2012)¹¹⁸ nous indique qu'« *en 1928, Édouard Herriot, ministre de l'instruction publique, dépose un projet de loi, qui ne sera adopté qu'en 1934, destinée à rendre obligatoire un contrôle médical pour tous les élèves et les personnels au moyen d'un service spécifique. À cette période, de grandes villes décident d'organiser leur propre service d'inspection médicale scolaire. Pour la santé scolaire, l'enjeu sanitaire est alors la généralisation des services de santé mise en œuvre par les collectivités territoriales* ».

Selon Gindt-Ducros (2012), nous apprenons qu'« *en 1935, l'inspection médicale scolaire dans chaque département est admise de principes. En 1936 Jean Zay, ministre de l'éducation*

¹¹⁵ Gindt-Ducros, A. (2012) « Les médecins de l'éducation nationale : une professionnalité originale au cœur des pratiques collectives de la santé à l'école » <http://www.theses.fr/2012PA083517#> site consulté le 15/03/2016

¹¹⁶ Gindt-Ducros, A. (2012) Jam. Cit

¹¹⁷ Henry, S. (2009), « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire* [En ligne], mis en ligne le 20 décembre 2009. URL : <http://genrehistoire.revues.org/836> site consulté le 12/09/2016

¹¹⁸ Gindt-Ducros, A. (2012) « Les médecins de l'éducation nationale : une professionnalité originale au cœur des pratiques collectives de la santé à l'école » <http://www.theses.fr/2012PA083517#> site consulté le 15/03/2016

*nationale de Léon Blum, rend la scolarité obligatoire jusqu'à 14 ans et, le 17 juin 1938, un décret dit « le décret Jean Zay » demande le contrôle médical dans les collèges, lycées et universités ».*¹¹⁹

C'est dans cette perspective qu'est fondée le 10 mars 1938 « l'association de médecine scolaire et d'hygiène pédagogique composée principalement de médecins inspecteurs »¹²⁰. 1945 voit la création d'un service de santé scolaire.

Selon Hardy-Durst et al. (1997)¹²¹: « Jusqu'alors sous la tutelle des communes, la médecine scolaire passe sous la responsabilité du ministère de l'éducation par l'ordonnance n°45-2407 du 18 octobre 1945 ». Est créé « un service national d'hygiène scolaire et universitaire chargée de « la protection des enfants de la santé d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres ». L'État regroupe dans ce service assistant de service social, médecin, et adjointe qui font le travail d'infirmières. Dans le cadre d'un programme établi, en accord avec le ministère de la santé publique, les visites médicales pour les élèves au cours de la sixième année de vie sont obligatoires et gratuites pour tous ; des examens périodiques sont aussi prévus. La création des centres médicaux scolaires dans chaque chef-lieu de département ainsi que toute commune de plus de 5000 habitants est actée. Cette organisation est toujours d'actualité. Le contrôle des vaccinations obligatoires et les visites médicales sont instaurés afin de répondre à l'état déplorable de la santé des enfants sur cette période immédiate après-guerre et des dégâts de la tuberculose.

C'est en 1947¹²² que les premières infirmières sont recrutées dans l'éducation nationale dans les lycées professionnels et ceux comportant un internat. Un texte du 18 avril 1947 paru au JO du 29 avril 1947 crée une médecine d'internat. Un médecin est affecté à tout établissement comportant un internat qui utilise aussi et selon les effectifs, les services d'une ou plusieurs infirmières possédant le diplôme d'Etat d'infirmière ou à défaut un diplôme équivalent reconnu par le ministère de la santé publique.¹²³

Ainsi, il existe des infirmières dans de grands établissements accueillant des élèves internes : « elles vivent avec eux souvent week-ends et vacances inclus, les élèves ne rentrant qu'aux

¹¹⁹ Gindt-Ducros, A. (2012) Jam. Cit.

¹²⁰ Gindt-Ducros, A. (2012) Jam. Cit.

¹²¹ Hardy-Durst, J., Hybert M., Rigaudy, T. & Guillon, M. P. (1997). Les Services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Education nationale. Berger-Levrault

¹²² Gaudron, G., Pinville M. (2011), dans « Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire ». Documents d'information de l'Assemblée (<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>) site consulté le 13/03/2016

¹²³ Hardy-Durst, J., Hybert, M., Rigaudy, T., & Guillon, M. P. (1997). Les Services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Education nationale. Berger-Levrault

vacances de Noël et de Pâques... Elles assurent les soins et les urgences... Elles ont un rôle de substitut maternel qu'elles revendiquent et règnent en maîtres dans leur internat, soins quotidiens mais aussi distribuant des traitements sans prescription médicale » (Gindt-Ducros, 2012). Sous la responsabilité des chefs d'établissements, les infirmières d'internat resteront toujours rattachées au ministère de l'éducation nationale. Ce point important sera l'origine de l'indépendance de l'infirmière de l'éducation nationale par rapport à l'autorité médicale, à l'inverse des services hospitaliers. Nous reverrons plus loin cette notion du rôle propre de l'infirmière dans le milieu scolaire à l'éducation nationale.

Le 28 novembre 1955, « *le service d'hygiène scolaire et universitaire* »¹²⁴ change d'appellation pour devenir « *le service de santé scolaire et universitaire* ».

La circulaire du 18 octobre 1960¹²⁵ précise « *les fonctions de l'infirmière et la distingue des autres personnels, ainsi le corps particulier d'infirmière d'éducation nationale est créé. Entre-temps, un texte du 17 avril 1961 prévoit l'organisation du service du personnel soignant aux établissements techniques et professionnels. Une circulaire du 8 septembre 1961 définit le nouveau rôle et tâche des assistantes sociales scolaires chargées du bilan social en parallèle du bilan de santé. Les services reçoivent une nouvelle dénomination : « services médicaux et sociaux de l'éducation nationale ».*

Au gré de ces restructurations, les questions de santé scolaire et de soutien social des enfants et des étudiants demeurent dans les attributions du Ministère de l'Education Nationale.

2.2. De la prévention à l'éducation à la santé

Le décret numéro 64-782 du 30 juillet 1964¹²⁶ transfère « *les services médicaux et sociaux du ministère de l'éducation nationale au ministère de la santé publique (direction départementale des affaires sanitaires et sociales créée en 1964). Le décret du 10 août 1965 n°65-693¹²⁷ définit la création de deux corps particuliers d'infirmière au ministère de l'éducation nationale : l'un des établissements publics d'enseignement, l'autre des services de santé scolaire et universitaire ».*

¹²⁴ Hardy-Durst, J. (1997). Jam. Cit.

¹²⁵ Ministère de la santé. (1960) La circulaire du 18 octobre 1960 <http://www.fonctionpublique.gouv.fr/archives/home20051107/fp/metiers/opmop.htm> site consulté le 19/03/2016

¹²⁶Ministère de la santé. (1964) Le décret numéro 64-782 du 30 juillet 1964 https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/IR/Fran_IR_022610 site consulté le 22/03/2016

¹²⁷ Hardy-Durst, J. (1997). Jam. Cit.

Le 12 juin 1969, la directive générale relative « *aux missions du service de santé scolaire et aux modalités d'exécution du contrôle médical scolaire* »¹²⁸ est signée conjointement par le ministre des affaires sociales et celui de l'éducation nationale. Dans leurs annexes techniques, elle précise les modalités des examens médicaux des élèves, le bilan social, les tâches des infirmières.

Le 22 février 1973, la circulaire n°73-097¹²⁹ précise le service des infirmières des établissements publics du second degré (horaires, organisation du service, congé, logement). Pour Ballion (1998)¹³⁰. « *C'est, dès 1973 (circulaires du 27 mars et du 18 mai), la proposition de créer, dans les établissements, des « clubs santé », lieux animés par des volontaires, où l'élève qui le souhaite peut trouver écoute et conseils, où on l'informerait des dangers de la drogue. En 1977 (circulaire du 17 mars), l'incitation devient une directive et l'on peut dater de ce moment le « démarrage d'une prévention efficace et organisée au sein du système scolaire* ».

En 1973, la circulaire Fontanet¹³¹ fait entrer à l'école l'information et l'éducation sexuelle. Il s'agit de préparer l'élève « *à une conduite librement assumée et à l'exercice de sa responsabilité* ». Ce texte distingue « *une instruction* » via des enseignements et « *une éducation* » via des actions extérieures à ces derniers.

La circulaire n°77.359 du 5 octobre 1977 précise « *le statut des infirmières* ». Elle sera complétée par la circulaire n°78.146 du 30 mars 1978 relative « *aux fonctions des infirmières conseillères techniques* ».¹³²

En 1982, la circulaire Bagnolet¹³³ « *fixe les orientations et le fonctionnement du service de santé scolaire qui est toujours placé sous la responsabilité du ministère de la santé. Elle affirme comme priorité le développement de la prévention médicale au profit des élèves scolarisés, dans le cadre de bilans de santé et d'actions d'éducation à la santé et de suivi de l'hygiène* ». Cette circulaire du 15 juin 1982¹³⁴, définit les missions du service de santé scolaire : « *à promouvoir la santé physique et mentale et développer une action sociale en faveur de tous les jeunes d'âge scolaire pour leur assurer une bonne insertion dans l'école,*

¹²⁸ Hardy-Durst, J. (1997). *Jam. Cit.*

¹²⁹ Ministère de la santé. (1973). La circulaire n°73-097 https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/IR/Fran_IR_022610. Site consulté le 19/04/2016

¹³⁰ Ballion, R. (1998) Les comités d'environnement social. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques EHESS-CNRS pour OFDT. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ces.pdf> site consulté le 24/04/2016

¹³¹ La circulaire Fontanet (1973) www.assemblee-nationale.fr/13/controle/com.../rapport_cc_medicine_scolaire.pdf site consulté le 24/04/2016

¹³² Hardy-Durst, J. (1997). *Jam. Cit.*

¹³³ Hardy-Durst, J. (1997). *Jam. Cit.*

¹³⁴ Hardy-Durst, J. (1997). *Jam. Cit.*

*permettre aux enfants et aux adolescents d'entrer dans le monde des adultes avec les meilleures chances d'épanouissement, professionnelles et humaines. ».*¹³⁵

La notion d'éducation pour la santé et de prise en considération du cadre de vie des élèves apparaît, elle devra permettre la collaboration entre les infirmières d'établissement et les personnels enseignants.

En 1983, (circulaire du 27 juillet)¹³⁶, le ministère de l'Éducation nationale définit une « *politique de prévention en matière de lutte contre les toxicomanies* », dans l'énoncé de laquelle on voit apparaître, pour la première fois, la notion « *d'adultes-relais* ». Ces personnes volontaires, préalablement formées, ont une triple mission :

- compléter l'action de l'équipe pédagogique pour assumer le dialogue avec les enfants et adolescents en difficulté ;
- sensibiliser les adultes de l'établissement à ces difficultés et aux signes qui les traduisent ;
- assurer, en accord avec le chef d'établissement, la liaison avec les partenaires locaux (médecins, travailleurs sociaux, magistrats, policiers...) pouvant apporter une aide dans la prise en charge de l'ensemble de ces difficultés.

C'est le décret numéro 84-99 du 10 février 1984¹³⁷ qui structure les statuts des infirmiers et infirmières des services des administrations d'État. « *En 1985 les infirmières des services médicosociaux des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS créée en 1964) reviennent à l'éducation nationale, 6 ans avant les médecins et leurs secrétaires* ». « *Les traces de ces rattachements institutionnels différents restent encore aujourd'hui perceptibles dans les esprits* ». ¹³⁸

Les comités d'environnement social¹³⁹ sont mis en place en 1990.

En 1991, la circulaire n° 91-148 du 24 juin¹⁴⁰ permet « *l'instauration du service infirmier au sein du service de promotion de la santé en faveur des élèves. Le rôle des différents acteurs y est très précisément défini. Le décret numéro 94-67 du 24 janvier 1994 (JO du 26 janvier 1994) définit dans son article premier la création d'un corps interministériel et, dans son*

¹³⁵ Hardy-Durst, J. (1997). Jam. Cit.

¹³⁶ Ballion, R. (1998) Les comités d'environnement social. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques EHESS-CNRS pour OFDT. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ces.pdf> site consulté le 24/04/2016

¹³⁷ Hardy-Durst, J. (1997). Jam. Cit.

¹³⁸ Gaudron, G., Pinville M. (2011), dans « Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire ». Documents d'information de l'Assemblée www.assemblee-nationale.fr/13/controle/com.../rapport_cc_medicine_scolaire.pdf site consulté le 24/04/2016

¹³⁹ Ballion, R. (1998) Les comités d'environnement social. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques EHESS-CNRS pour OFDT. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ces.pdf> site consulté le 24/04/2016

¹⁴⁰ Ballion, R. (1998). Jam. Cit.

article trois, précise qu'il est créé, entre autres, un corps particulier affecté au ministère de l'éducation nationale ».

« Par la circulaire du 25 février 1993, le champ des compétences des comités d'environnement social est élargi, on parle de développement, il s'agit « de donner une impulsion nouvelle aux comités d'environnement social ».¹⁴¹

Publiée le 24 novembre 1998¹⁴², une circulaire du ministère de l'éducation nationale « *définit l'éducation à la santé comme un tout cohérent et fixe les modalités du pilotage, le rôle des différents acteurs, ainsi que la nature des dispositifs. Dans une perspective d'éducation globale qui inclut la citoyenneté, sont institués des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) à l'échelon des établissements d'enseignement du second degré ».*

Se basant sur la loi d'orientation pour le système éducatif, la circulaire n°98-237 du 24 novembre 1998 souligne que « *l'éducation à la santé prend appui sur la transmission de savoirs et de connaissances et passe par l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives* ». L'éducation à la santé ne peut prendre tout son sens que dans la mesure où elle s'insère dans une démarche plus vaste de promotion de la santé au sein de l'école, du collège ou du lycée. Le Livre III du code de l'éducation¹⁴³ relatif à l'organisation des enseignements scolaires aborde, dans son Titre I, l'organisation générale des enseignements et en particulier « *L'éducation à la santé et à la sexualité, la prévention et l'information sur les toxicomanies.* » n'a cessé de s'enrichir ces dernières années.

L'article L 312-16¹⁴⁴ précise les conditions de l'éducation à la sexualité : « *une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ». L'article L 312-17¹⁴⁵ porte sur la prévention de l'alcoolisme : « *Une information est également délivrée sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus, notamment les atteintes du système nerveux central, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer*

¹⁴¹ Ballion, R. (1998) .Jam. Cit.

¹⁴² Gaudron, G., Pinville M. (2011), dans « Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire ». Documents d'information de l'Assemblée (<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>) site consulté le 13/03/2016

¹⁴³ Ministère de l'éducation nationale (1998), Le Livre III du code de l'éducation <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191> site consulté le 13/03/2016

¹⁴⁴ Ministère de l'éducation nationale ,(2003), L'article L 312-16 https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=C025A00C43F43CDA1324AA99CD8A73D3.tpdila11v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006182408&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20170922 site consulté le 13/03/2016

¹⁴⁵ Ministère de l'éducation nationale (1998), Le Livre III du code de l'éducation Jam. Cit.

les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs ».

L'article L312-17-1¹⁴⁶ porte sur « *l'égalité entre les hommes et les femmes, à la lutte contre les préjugés sexistes*», l'article L312-18¹⁴⁷ sur la prévention des addictions et l'usage des drogues: « *Une information est délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison d'au moins une séance annuelle, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs ».*

La circulaire du 12 janvier 2001 (n° 2001-012)¹⁴⁸ « *Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves* » fait rentrer l'école dans une politique de santé globale en faveur des élèves et place l'état de santé des élèves comme facteur de réussite scolaire et éducative. Les missions des infirmières et médecins scolaires sont également précisées dans les circulaires n° 2001-013/014¹⁴⁹. Le service de promotion de la santé en faveur des élèves s'efface au profit d'une mission de promotion de la santé en faveur des élèves, c'est la notion de service qui disparaît. La promotion de la santé en faveur des élèves est soulignée comme le rôle de tous les acteurs de la communauté éducative. « *La mission de promotion de la santé en faveur des élèves à objectifs essentiels est spécifique de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective* »¹⁵⁰ dans la continuité de la charte d'Ottawa de l'OMS.

La mission des infirmières de l'éducation nationale s'inscrit depuis dans la politique générale qui est de promouvoir la réussite des élèves et des étudiants. Elle concourt à cet objectif par la promotion de la santé des jeunes et participe plus largement à la politique du pays en matière de prévention et d'éducation à la santé. Le ministère de l'éducation nationale mène une politique continue de santé et de prévention auprès des élèves comme l'attestent les Bulletins Officiels de l'Education Nationale relatifs à cette question. : la circulaire n° 2003-027 (du 17

¹⁴⁶ Ministère de l'éducation nationale (1998), Le Livre III du code de l'éducation Jam. Cit.

¹⁴⁷ Ministère de l'éducation nationale (1998), Le Livre III du code de l'éducation Jam. Cit.

¹⁴⁸ Ministère de l'éducation nationale(2001). La circulaire du 12 janvier 2001 <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/spécial1/texte.htm> site consulté le 20 avril 2016

¹⁴⁹ Ministère de l'éducation nationale(2001). La circulaire du 12 janvier 2001 Jam. Cit.

¹⁵⁰ Ministère de l'éducation nationale(2001). La circulaire du 12 janvier 2001 Jam. Cit.

février 2003 - BOEN n° 9 du 27 février 2003)¹⁵¹ relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, la politique éducative de santé à l'école est inscrite dans le programme quinquennal du BOEN n°46 du 11 décembre 2003¹⁵². Son importance est soulignée dans la loi n° 2004-806 (du 9 août 2004)¹⁵³ relative à la Politique de santé publique qui stipule que le programme de santé scolaire et d'éducation à la santé fait partie intégrante du plan régional de santé publique et que les services de santé scolaire concourent à la réalisation des programmes de santé. Le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006¹⁵⁴ relatif au socle commun de connaissances et de compétences rappelle que « *l'éducation à la santé participe à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences qui permettront aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé* ».

La circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006 (BOEN n° 45 du 7 décembre 2006)¹⁵⁵ relative au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté, « *elle inscrit le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré et l'intègre à la politique globale de réussite de tous les élèves* ».

Le livre V¹⁵⁶ du code de l'éducation relatif à la vie scolaire consacre son titre IV à la santé scolaire et aborde les comités d'éducation à la santé à la citoyenneté dans le titre II consacré aux collèges et lycées : « *Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté présidé par le chef d'établissement a pour mission d'apporter un appui aux acteurs de la lutte contre l'exclusion. Ce comité a pour mission de renforcer sur le terrain les liens entre l'établissement d'enseignement, les parents les plus en difficulté et les autres acteurs de la lutte contre l'exclusion. En liaison avec les axes du projet d'établissement, approuvés par le conseil d'administration, il contribue à des initiatives en matière de lutte contre l'échec scolaire, d'amélioration des relations avec les familles, en particulier les plus démunies, de médiation sociale et culturelle et de prévention des conduites à risque et de la violence* ».

¹⁵¹ Ministère de l'éducation nationale(2003). BOEN n° 9 du 27 février 2003
<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm> site consulté le 12/05/2016

¹⁵² Ministère de l'éducation nationale (2003). BOEN n°46 du 11 décembre 2003
<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm> site consulté le 12/05/2016

¹⁵³ Ministère de la santé, (2004), loi n° 2004-806
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id> site consulté le 12/05/2016

¹⁵⁴Ministère de l'éducation nationale (2006) . Le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006
<http://www.education.gouv.fr/cid58688/l-education-a-la-sante-dans-les-etablissements-du-second-degre.html> site consulté le 12/05/2016

¹⁵⁵ Ministère de l'éducation nationale (2006) , La circulaire n° 2006-197
<http://www.education.gouv.fr/bo/2006/45/MENE0602019C.htm> site consulté le 13/05/2016

¹⁵⁶ Ministère de l'éducation nationale (2006) , Le livre V du code de l'éducation
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191> site consulté le 13/05/2016

La circulaire n° 2011-216 du 2-12-2011¹⁵⁷ (BOEN n° 46 du 15 décembre 2011) a pour objet de présenter les orientations nationales pour une politique éducative de santé dans les territoires académiques. Ces orientations s'appuient sur trois principes essentiels : la mise en œuvre systématique de la démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque école ou établissement, la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif, l'ouverture à de nouveaux partenaires.

2.3. De l'éducation à la santé à la promotion de la santé :

2.3.1. La loi de refondation de l'école de 2013

La loi du 8 juillet 2013¹⁵⁸ d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République précise la notion de la promotion de la santé, la liant à la notion de bien-être et met en place le parcours éducatif de santé des élèves tout au long de leur scolarité.

L'article 6 de la loi¹⁵⁹ stipule que « *les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale* ». L'article 12 définit la promotion de la santé en affirmant qu' « *au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie* »...« *Dès le plus jeune âge, et tout au long de la scolarité, il s'agit d'améliorer le bien-être des élèves, de lutter contre les inégalités sociales et territoriales et de créer un environnement épanouissant, favorable à la réussite éducative de tous* ». ¹⁶⁰

La circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016¹⁶¹ précise les orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Le parcours éducatif de santé est réaffirmé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016¹⁶² et impulsé par la circulaire du ministère de l'éducation nationale n° 2016-

¹⁵⁷ http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=58640

¹⁵⁸ Ministère de l'éducation nationale (2013) , La loi du 8 juillet 2013
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027677984&categorieLien=id> site consulté le 20/06/2016

¹⁵⁹ Ministère de l'éducation nationale (2013) , La loi du 8 juillet 2013 Jam. Cit.

¹⁶⁰Ministère de l'éducation nationale (2013) , La loi du 8 juillet 2013
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91598 site consulté le 12/07/2016

¹⁶¹Ministère de l'éducation nationale (2016) , La circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105518 site consulté le 1/09/2016

¹⁶² Ministère de la santé (2016) , loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> site consulté le 2/08/2016

008¹⁶³ qui met en place le parcours éducatif de santé pour tous les élèves, et précise que « *la promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie* ».

Le parcours éducatif de santé (PES) est structuré autour de trois axes (les mêmes que la promotion de la santé) : l'éducation à la santé; la prévention et la protection de la santé. Ce parcours s'inscrit en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture (Décret n° 2015-372¹⁶⁴), dans son Domaine 3 : la formation de la personne et du citoyen avec comme objectifs : le respect des autres, les règles et droits, la réflexion et discernement, la responsabilité, le sens de l'engagement et de l'initiative ; dans son Domaine 4 : les systèmes naturels avec comme objectifs : la connaissance de l'importance d'un comportement vis à vis de la santé, la compréhension des responsabilités individuelles et collective, les principales fonctions du corps humain, les conduites sociales et les choix personnels.

Ce parcours est ancré dans le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation (arrêté du 1-7-2013 - J.O. du 18-7-2013)¹⁶⁵ :

Les professeurs et les personnels d'éducation (CPE) sont des « *pédagogues et éducateurs au service de la réussite de tous les élèves* »; à ce titre ils « *préparent les élèves à l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière* » et « *promouvent l'esprit de responsabilité* » ; plus précisément, la compétence 6 intitulée « *Agir en éducateur responsable et selon des principes éthiques* » précise que le professeur ou le CPE doit « *apporter sa contribution à la mise en œuvre des éducations transversales, notamment l'éducation à la santé* », et « *contribuer à identifier tout signe de comportement à risque et contribuer à sa résolution* ».

Le parcours se retrouve inscrit dans la circulaire des missions des personnels de santé de l'éducation nationale (BOEN n°42 du 12 novembre 2015)¹⁶⁶ qui doivent être en « *capacité d'identifier les demandes et besoins de santé des élèves en matière de santé* » ; développer une « *expertise dans la définition des projets, la planification et l'évaluation des actions de*

¹⁶³ Ministère de l'éducation nationale (2016) , la circulaire du ministère de l'éducation nationale n° 2016-008 http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990 site consulté le 20/05/2016

¹⁶⁴ Ministère de l'éducation nationale (2015), Décret n° 2015-372

¹⁶⁵ Le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat, (2013) <http://www.education.gouv.fr/cid73215/le-referentiel-de-competences-des-enseignants-au-bo-du-25-juillet-2013.html> site consulté le 22/05/2016

¹⁶⁶Ministère de l'éducation nationale (2015), La circulaire des missions des personnels de santé (2015) http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=33367 site consulté le 20/05/2016

promotion de la santé en prenant en compte les facteurs de risques particuliers, que ce soit en éducation à la santé ou dans le repérage et le suivi de situations nécessitant une orientation vers des dispositifs de prise en charge adaptée ».

Enfin, le parcours éducatif santé est repositionné dans la circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016¹⁶⁷ sur les CESC et ses déclinaisons (académique, départemental, bassin, EPLE, inter-degré, inter-établissement). Il s'agit de « *partager une culture commune entre enseignants et non enseignants, entre établissement scolaire et partenaires, autour de la politique de promotion de la santé en contexte scolaire, exprimée de manière globale et systémique, pour faire du parcours éducatif de santé un outil de mise en cohérence de l'ensemble des actions de promotion de la santé réalisées dans les écoles et EPLE* ».

¹⁶⁷ BOEN n° 30 du 26/08/2016 http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=34854 site consulté le 1/09/2016

Chapitre 3. Les infirmières de l'éducation nationale et leurs missions

L'école apparaît comme « *un espace privilégié pour éduquer à la santé, en raison du nombre significatif d'enfants scolarisés, de par sa position stratégique à l'interface de la société et des familles, de par son organisation, notamment par la présence d'un service de santé scolaire* » (Tones et Tilford, 1994)¹⁶⁸. Dans les chapitres précédents, nous avons pu suivre l'évolution historique du service de santé scolaire en France avec leurs différents rattachements et dénominations. Ce service comprend à ce jour environ 9219¹⁶⁹ personnes composé de 8092 infirmières et 1127 médecins. Notre recherche se focalise sur les 7192 (en 2014/15) infirmières exerçant en établissement scolaire du premier et second degré.

Personnel du ministère de l'éducation nationale, l'infirmière de l'éducation nationale est nommée après réussite au concours de sélection au niveau académique. Elle est titulaire du diplôme d'état d'infirmier. Sous l'autorité hiérarchique du Chef d'Établissement d'affectation, elle peut être nommée sur un poste en internat ou en externat dans un établissement, ou sur un poste mixte. Les postes mixtes concernent l'infirmière affectée dans un collège qui exerce, pour la majorité de son temps de travail dans cet établissement, ainsi que dans des écoles du secteur de recrutement du collège. Elle est : la conseillère du chef d'établissement en matière de santé, de prévention, d'éducation à la santé, d'hygiène et de sécurité et la référente et acteur de santé, tant dans le domaine individuel que dans le domaine collectif, dans l'établissement scolaire.

L'infirmière exerce son activité en partenariat avec tous les membres de la communauté éducative et rend compte de son activité au chef d'établissement. (Circulaire des missions des personnels de santé de l'éducation nationale (BOEN n°42 du 12 novembre 2015)

La mission de l'infirmière de l'Education nationale s'inscrit dans la politique générale de l'Education nationale qui est de promouvoir la réussite scolaire des élèves et des étudiants.

Dans ce cadre, elle :

- « *contribue au bien-être et à la réussite scolaire de tous les élèves,*
- *contribue à l'intégration scolaire des enfants et des adolescents atteints de handicap ;*

¹⁶⁸Tones, B.-K. et Tilford, S. (1994), Health education, effectiveness, efficiency and equity, London, England : Chapman and Hill.

¹⁶⁹ Repères et références statistiques 2017 Publication annuelle de la DEPP et de la SD-SIES
<http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html> site consulté le 11/08/2017

- *effectue ou dispense les actes infirmiers qui relèvent de sa compétence et de sa responsabilité,*
- *identifie, dans le cadre de son rôle propre, les besoins, pose un diagnostic infirmier, met en œuvre les actions appropriées et les évalue,*
- *développe une dynamique d'éducation à la santé et contribue à évaluer les actions de promotion et d'éducation de la santé ».*

L'infirmière dans le cadre de son rôle relationnel, technique et éducatif accueille tout élève qui le sollicite pour quelque motif que ce soit y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité. Dans cet objectif, l'infirmière :

- *« écoute et accompagne les élèves,*
- *organise les urgences et les soins, et assure un suivi infirmier de l'état de santé des élèves,*
- *organise et réalise le suivi infirmier de la santé des élèves,*
- *développe, en fonction des besoins repérés, une dynamique d'éducation à la santé dans le cadre du projet d'établissement ou d'école, en particulier pour les élèves des établissements de certaines zones rurales, des territoires de l'éducation prioritaire, des établissements sensibles et des établissements relevant du plan de lutte contre la violence,*
- *participe à la mise en place des dispositifs adaptés en cas d'évènements graves survenant dans la communauté scolaire,*
- *favorise la scolarisation des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période,*
- *met en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie,*
- *intervient autant que de besoin auprès des enfants et des adolescents en danger,*
- *participe aux différentes instances et commissions de l'établissement soit à titre de droit soit si elle (il) est élu(e) : CA, CESC, CHS, Conseil de classe, etc. et établit les liens nécessaires avec les professionnels du réseau de soins. »*

L'infirmière est tenue à une obligation de secret professionnel (dans les conditions et sous les réserves énoncées aux arts. 226-13 et 226-14 du code pénal et art L4314-3 du Code de la santé publique) qui s'impose à tout infirmier(e). Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il (elle) a vu, entendu, constaté ou compris (Réf. art. R4312-4 du Code de la santé publique) Cependant, « *Le respect du secret professionnel ne s'étend pas aux données non nominatives et ne fait pas obstacle au fait de rendre compte de son activité et de contribuer au bon fonctionnement de l'établissement* ».

Après cette approche technique de la profession, étudions plus sa relation à la promotion de la santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1993, la mission des soins infirmiers dans la société, comme étant celle d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort.

Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. Les activités de l'infirmière s'étendent aux interactions sociales, au bien-être, au rôle et au pouvoir de l'individu sur sa propre santé et aux déterminants de la santé.

Le champ d'activité de l'infirmière en milieu scolaire est celui de la santé des enfants et adolescents à l'école. Il exerce des activités de prévention et de promotion de la santé (Pingoud, 2004)¹⁷⁰ situe ce champ d'activité au carrefour de trois univers :

¹⁷⁰ Pingoud, K. (2004) Elaboration d'un référentiel de compétences des infirmières exerçant en milieu scolaire ; Santé publique, 2004, vol 16, n°2, pp. 225- 228

1. Le domaine de la profession est l'univers de référence, porteur de valeurs et producteur de normes, de savoirs et de compétences qui orientent l'action des professionnels. La formation de base, la spécialisation post-diplôme et la formation permanente jouent un rôle important dans la construction de cet univers de référence.
2. Le système scolaire est le cadre dans lequel se situe cette action, l'école étant vue, ici à la fois comme une organisation et un système éducatif. Les infirmières sont ainsi appelées à coopérer avec d'autres professionnels. Ils doivent se situer (trouver leur place) dans un ensemble de rôles et de statuts. Par ailleurs, comme système éducatif, l'école est en même temps investie de diverses fonctions auxquelles les infirmières participent, même si, au départ, la valeur et l'objectif qui fondent leur action (la santé des écoliers) ne sont pas directement scolaires.
3. La troisième dimension est le champ psycho relationnel de la relation à l'enfant scolarisé. Les infirmières scolaires agissent avec et sur des personnes, traitent leur corps, leur dispensent des conseils, des informations et des enseignements touchant notamment la sphère intime et privée. Ils contribuent ainsi à construire et à modifier les représentations et les comportements relatifs à la santé et à la maladie. Par enfant interposé, ils entrent en contact avec des familles, d'origines sociales et culturelles différentes.

Ces trois dimensions constituent le champ spécifique de l'intervention professionnelle de l'infirmière scolaire.

La mission de l'infirmière de l'Education nationale s'inscrit dans la politique générale de l'Education nationale qui est de promouvoir la réussite scolaire des élèves et des étudiants.

Ce champ d'activité de l'infirmière en milieu scolaire est complexe. L'évolution du rôle et des pratiques des infirmières scolaires nécessite une étude pour mieux les comprendre. L'impact de la formation, la question de la conception et de leurs pratiques en éducation à la santé nous semble des objets d'étude opportuns.

Il s'agit de mieux comprendre comment les systèmes de conceptions individuelles s'articulent à des connaissances et des organisations de représentations sociales qui conduisent à mettre en œuvre des pratiques hétérogènes.

Chapitre 4 - Cadre théorique : éducation à la santé, conceptions et représentations

4.1. La santé

Le concept de santé, est un concept polysémique dont l'épistémologie est complexe et renvoie à un ensemble de définitions hétérogènes.

4.1.1.-la santé comme absence de maladie.

Il faut d'abord rappeler la formule du chirurgien Leriche (1937) : « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes* ». Cette approche appréhende la santé par le focus du soin et de la médecine. Pour Bury (1988)¹⁷¹, la maladie est regardée tel un accident qui interfère le processus de vie. La santé est alors un concept entre la maladie et le bien-être. Alors que Bury parle de « *conception linéaire* » de la santé, Eymard (2004)¹⁷² annonce « *le modèle organiciste* ». Cette vision de la santé est importante dans notre société que l'on soit professionnel de santé ou pas. En effet, cette vision biomédicale de la santé fait sens à tous. La maladie est de fait la référence. Au regard du pathologique, la conception de la prévention reste encore de nos jours axée sur les approches thématiques, en référence aux risques, afin d'intervenir sur le trouble de santé, que ce soit en prévention primaire secondaire ou tertiaire.

4.1.2.-La santé : le modèle global

La définition de l'OMS (1946) évoque la notion de « *santé globale* », avec une référence à celle de bien-être subjective pour la personne.

La santé est définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas simplement en l'absence de maladie ou d'infirmité, la santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques* ». Cette utopie de complet bien-être a été critiquée par Bury (1988)¹⁷³. Cette définition de l'OMS est « *un cap, ce vers quoi il faut tendre, afin que chaque individu s'accomplisse dans la vie qu'il mène* ».

¹⁷¹ Bury, J. A. (1988), Education pour la santé, De Boeck & Larcier s.a.

¹⁷² Eymard, C. (2004), Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. In Education à la santé ou éducation pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ? Université de Provence : Questions vives, vol. 2, n°5, pp 13-34.

¹⁷³ Bury, J. A. (1988), Education pour la santé, De Boeck & Larcier s.a.

D'autre part, dans la définition de l'OMS, le terme « *état* » renvoie l'être humain en posture de passivité alors qu'il faut tendre vers un équilibre constant. Sandrin-Berthon (1997)¹⁷⁴ parle de « *la santé comme un processus dynamique dans un contexte social donné* ». Il est évident que le milieu de vie impact l'individu et sa santé. Ainsi, pour Canguilhem (1988)¹⁷⁵, être en bonne santé « *c'est pouvoir s'adapter au changement de son milieu en lien avec les normes sociales qui s'imposent* ». Pour Tubiana (2004)¹⁷⁶ « *la santé est un moyen de se réaliser* »... « *une conquête de la civilisation* ».

L'OMS en 1986 va définir la santé comme « *cette capacité d'adaptation de l'individu à son environnement* ». Dès lors, l'homme est acteur de sa santé avec la notion de son propre bien-être. Pour Eymard (2004)¹⁷⁷, « *acteur de sa santé, le sujet a donc un rôle à jouer pour maintenir, protéger ou reconquérir son potentiel santé, sa qualité de vie* ».

4.1.3.-La santé : un sujet autonome

Eymard définit l'autonomie du sujet comme « *ce qui lui va permettre de construire ses propres normes de santé dans la prise en compte des normes sociétales* ». Face aux déterminants de la santé, le sujet humain développe « *sa capacité à vivre une vie possible pour lui* » (Lecorps et Paturet, 1999)¹⁷⁸. Ainsi, la santé est « *un processus dynamique qui permet à chacun de s'adapter à son environnement tout en construisant le sens de sa vie* » (charte d'Ottawa, 1986). Cette dernière cite la santé comme « *une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie* ». Fuchs (1986)¹⁷⁹ précise que la santé est « *la condition de possibilité physiologique et psychologique nécessaire pour pouvoir participer à la vie commune* ».

Les modèles explicités sont clairement définis dans le tableau d'Eymard (2004).

¹⁷⁴ Sandrin Berthon, B. (1997), *Apprendre la santé à l'école*, collection Pratiques et Enjeux pédagogiques, Paris ESF éditeur.

¹⁷⁵ Canguilhem, G. (1988), « La santé : concept vulgaire et question philosophique », Cahiers du séminaire de philosophie.

¹⁷⁶ Tubiana, M. (2004) Préface in *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, éditions universitaires du sud.

¹⁷⁷ Eymard, C. (2004), Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. In *Education à la santé ou éducation pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ?* Université de Provence : Questions vives, vol. 2, n°5, 13-34.

¹⁷⁸ Lecorps, P. & Paturet, J-B (1999) *Santé publique du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, éditions ENSP.

¹⁷⁹ Fuchs, E. (1986), La fidélité dans le consentement in *Médecine et Hygiène*, 44e année, n° 1665, 2024-2025.

Tableau 2: grille des modèles de santé (Eymard, 2004)

grille d'analyse des modèles de santé (d'après Eymard, 2004)

| | |
|---|--|
| <p>Le modèle linéaire</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Centré sur l'absence de maladie. La santé et la maladie s'opposent selon un axe sur lequel se trouverait d'un côté la santé et de l'autre la maladie puis la mort - La personne est considérée comme la somme de ses organes - La santé des personnes est liée aux progrès de la médecine et est entre les mains de spécialistes |
| <p>Le modèle global</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Centré sur la personne. La santé et la maladie sont distinctes et la santé est subjective et dépend du ressenti de la personne, de son bien-être en référence à la définition de l'OMS (1946) - La personne est considérée comme acteur de sa santé, perçue comme un potentiel à protéger. Elle est en recherche d'un équilibre harmonieux entre la satisfaction de ses besoins et l'évolution de son environnement - La santé des personnes est un idéal à atteindre (toujours en référence à la définition de l'OMS) où la vie est sacralisée au détriment du sujet humain, qui devient alors un objet à contrôler, à régulariser, en même temps qu'on lui crée des besoins de santé pour une santé totale |
| <p>Le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Centré sur la personne. La santé est une ressource de la vie quotidienne, une construction singulière par la personne en fonction de sa propre histoire - La personne est considérée comme un sujet autonome qui construit ses propres normes de santé. Il n'est pas seulement acteur de sa santé, il devient aussi décideur - La santé des personnes repose sur une politique visant à réduire les inégalités et où il y a reconnaissance des savoirs expérientiels puisque le savoir n'est pas uniquement académique mais aussi issu de l'expérience au quotidien des personnes |

4.2. La promotion de la santé

Dans les années soixante-dix, il s'agit de prendre en compte la personne dans sa globalité en lien avec sa vie sociale et affective. La limite de la transmission des connaissances sur le corps va amener d'autres champs dans la prévention comme « *l'éducation physique, les pratiques artistiques et les activités favorisant la vie relationnelle* »...« *on ne parle pas encore de compétences psychosociales ni d'approche par les pairs mais on crée des clubs santé, on cherche à développer chez les enfants et les adolescents le sens des responsabilités où les capacités d'expression et de communication* » (Sandrin Berthon, 1999)¹⁸⁰.

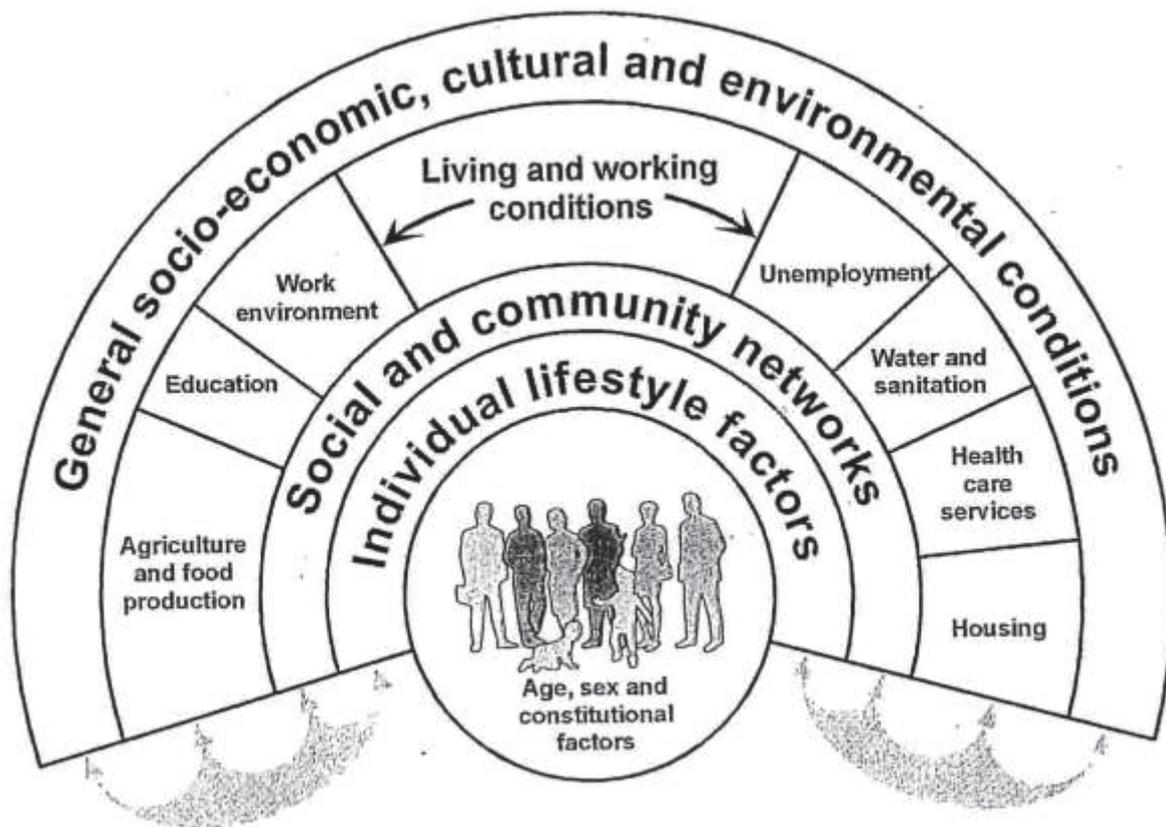
C'est dans les années quatre-vingt qu'émerge une *Healthy School*, une « école du bien-vivre » qui va se consacrer au concept de promotion de la santé. La charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 définit la promotion de la santé comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». Cette définition envisage la santé « *comme étant la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci* ». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but dans la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Elle est influencée par de nombreux facteurs : l'habitat (le logement, l'aménagement du quartier...), l'espace (ville, village...), les relations avec l'entourage, les décisions politiques (réglementations en faveur de la santé...), etc. Ainsi, chaque secteur d'activité est susceptible d'influencer ces déterminants de santé à son propre niveau d'intervention. Promouvoir la santé, c'est aussi intervenir dans des secteurs autres que le sanitaire comme l'enseignement, l'emploi, le social, la culture, l'environnement, dans une approche globale du sujet dans son contexte social.

Le modèle de *Dahlgren et Whitehead* (1991)¹⁸¹ présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent entre eux.

Figure 2 : Modèle de Dahlgren et Whitehead sur les déterminants de santé

¹⁸⁰ Sandrin Berthon, B. (1997), Apprendre la santé à l'école, collection Pratiques et Enjeux pédagogiques, Paris ESF éditeur.

¹⁸¹ Whitehead, M., Dahlgren, G.(1991), What can we do about inequalities in health. The lancet, n° 338 : 1059–1063.



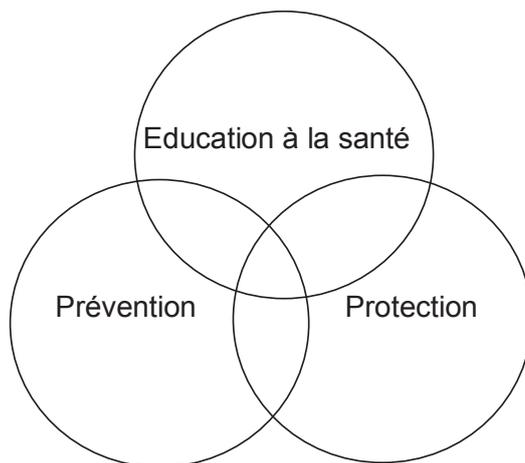
Intervenir en promotion de la santé signifie que l'on doit¹⁸² : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire : participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification (développement d'actions en établissements scolaires). Il s'agit également d'acquérir des aptitudes individuelles : assurer le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ceci nécessite de réorienter les services de santé : changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé.

Downie et Tannahill (1996)¹⁸³ présentent le concept de promotion de la santé comme l'articulation de trois champs, celui de la prévention, de la protection et de l'éducation à la santé :

¹⁸² S Broussouloux / N Houzelle-marchal Education à la santé en milieu scolaire, éditions INPES octobre 2006

¹⁸³ Downie, R.S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). "Health Promotion. Models and Values". Oxford: Oxford University Press.

Figure 3: le modèle de promotion de la santé (d'après Downie, Tannahill, & Tannahill, 1996)

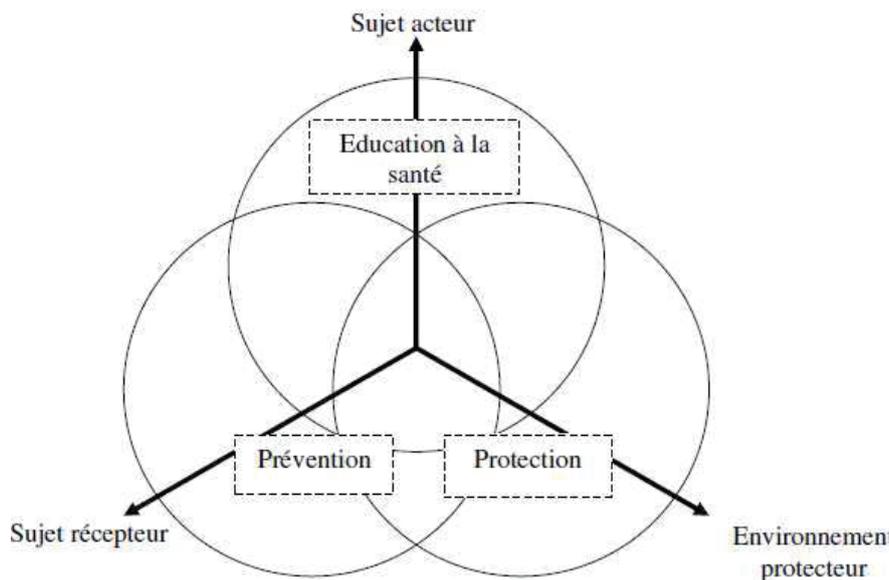


Pommier et Jourdan (2008)¹⁸⁴ complètent le modèle de Downie et Tannahill par le modèle conceptuel de la promotion de la santé.

¹⁸⁴ Pommier J, Jourdan D. (2008), La promotion de la santé selon le modèle de Downie & Tannahill.

Figure 4: le modèle conceptuel de la promotion de la santé d'après Pommier & Jourdan.

Modèle conceptuel de la promotion de la santé: La promotion de la santé selon Tannahill et Downie (d'après Pommier, Jourdan, 2008).



Légende : Le pôle « éducatif » de cette figure offre l'opportunité à l'individu de développer son autonomie. Le pôle « préventif » valorise davantage l'apport d'informations qui aideront l'individu à effectuer des choix. Un troisième pôle, celui de la protection, complète cette démarche promotrice de santé en créant des conditions environnementales favorables.

En mars 2012, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)¹⁸⁵ propose la définition de la promotion de la santé suivante: « *La promotion de la santé est une approche globale, qui vise le changement des comportements mais aussi des environnements relatifs à la santé, via une gamme de stratégies individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie). Elle utilise pour cela une large gamme de stratégies, dont l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication de masse, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel.* »

La promotion de la santé en milieu scolaire prend en compte les différentes dimensions (dimensions physiques, cognitives, sociales et affectives ...) et les différents environnements (école, maison ...) dans lequel les élèves évoluent quotidiennement. La promotion de la santé est un « *ensemble vaste qui inclut la prévention, l'éducation à la santé, la société et le*

¹⁸⁵ Santé publique France, (2012), Les campagnes de communication
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/campagne-communication/> site consulté le 14/02/2016

processus apportant aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé ». ¹⁸⁶

4.3. La prévention

C'est une notion désignant « *l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce, plus accessible de ce fait à la thérapeutique* ». ¹⁸⁷ On distingue trois types de prévention, primaire secondaire et tertiaire (OMS, 1948) ¹⁸⁸. On distingue couramment : la prévention primaire, qui vise à empêcher qu'un trouble, un processus ou un problème ne se produise ; la prévention secondaire, destinée à reconnaître et, une fois qu'il est reconnu, à supprimer ou à modifier dans un sens positif, et le plus rapidement possible, un trouble, un processus ou un problème ; la prévention tertiaire, qui a pour but d'enrayer ou de retarder la progression d'un trouble, d'un processus ou d'un problème et de ses séquelles alors même que persiste la situation qui l'a suscité.

Pour San Marco (2000) ¹⁸⁹, « *la prévention reste du domaine médical en ne portant que sur un risque et se distingue donc de la promotion de la santé qui propose une approche globale. Prévention des maladies et promotion de la santé relèvent de logique opposées. La culture médicale porte sur les maladies, intègre leur prévention et pousse au découpage pour aborder une réalité explosée* ».

La notion de prévention est, en réalité, une notion bien plus large liée à l'éducation à la santé. Elle désigne l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective, au sens de favoriser les « facteurs de protection » et réduire « les facteurs risque » en agissant sur les « *mécanismes adaptatifs et préventifs naturels de l'individu, [...] et / ou sur les facteurs extérieurs qui les influencent, dans le but de renforcer ou de défendre les processus vitaux de cet individu* » (Bury, 1988, p.95) ¹⁹⁰.

¹⁸⁶ Rapport Flajolet. (2001) Annexe1. La prévention : définitions et comparaisons. Page 1 sur 17. ANNEXE 1 : LA PREVENTION : définition, notions <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>. site consulté le 12/03/2015

¹⁸⁷ Sournia, J.C. (1991), Dictionnaire français de santé publique. Editions de santé.

¹⁸⁸ Rapport Flajolet. (2001) Annexe1. La prévention : définitions et comparaisons. Page 1 sur 17. ANNEXE 1 : LA PREVENTION : définition, notions <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>. site consulté le 12/03/2015

¹⁸⁹ San Marco, J-L., Siméoni, M-C., Thirion, X., Auquier, P., Garnier, J-M., Magnan, M. (2000), De la prévention des maladies à la promotion de la santé : manifeste pour l'éducation à la santé, académie d'Aix-Marseille.

¹⁹⁰ Bury, J. A. (1988), Education pour la santé, De Boeck & Larcier s.a.

La littérature met en avant un consensus autour des facteurs de protection tels que :

- les caractéristiques individuelles : gestion de stress, les capacités à faire face, l'optimisme, le sentiment d'appartenance à un groupe ou à une collectivité ;
- les comportements personnels : alimentation saine, pratique d'une activité physique, dormir suffisamment ;
- les conditions socio-économiques favorables : avoir un environnement pacifique, un travail, une eau et un air non pollués, un bon système de soins.

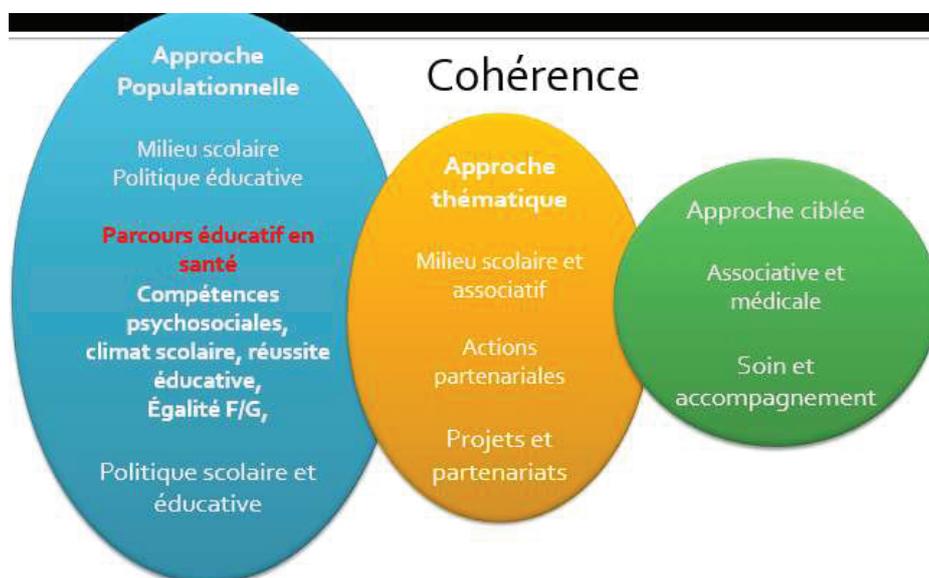
Ces résultats sont issus de la classification de la prévention de Gordon¹⁹¹. Cependant, là où l'OMS établissait une distinction fondée sur le stade de la maladie, Gordon prend appui sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre. Ainsi, il distingue : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée.

Berger (2011)¹⁹², redéfinit la prévention en milieu scolaire en privilégiant une approche résolument éducative. Pour lui, elle est d'abord populationnelle pour tous. Elle s'inscrit dans une politique scolaire et éducative fondée sur le parcours éducatif de santé prenant en compte les différents déterminants de santé, elle s'intéresse prioritairement à la réussite éducative, à l'égalité fille garçon, au climat scolaire et au développement des compétences psychosociales. Elle est essentiellement portée par les équipes pédagogiques. Le rôle de l'infirmière est de se positionner en tant que conseillère technique. Dans un second temps, la prévention est thématique, elle concerne le milieu scolaire autour de projets construits en partenariat avec le milieu associatif et l'environnement des établissements scolaires, elle s'articule avec l'évolution psychologique des enfants et adolescents et avec leur développement psycho affectif. Le troisième niveau concerne une approche ciblée en lien fort avec le milieu médical et associatif pour les enfants et adolescents en situation de risque. Elle inclut la dimension du soin et de l'accompagnement.

¹⁹¹ Rapport Flajolet (2001), annexe1 <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>. site consulté le 10/09/2015

¹⁹² Berger, D. (2011), éducation à la santé en milieu scolaire, HDR ; université Lyon 1

Figure 5 : le modèle conceptuel de la prévention en milieu scolaire d'après Berger



4.4. L'éducation à la santé

L'éducation à la santé est une des stratégies d'intervention de la promotion de la santé. L'éducation à la santé en milieu scolaire est définie dans la circulaire¹⁹³ ministérielle du 24 novembre 1998 : « à l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeunes à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences. »

Le « processus de santé »¹⁹⁴ de l'homme est « l'histoire de l'enchevêtrement complexe entre ces diverses influences : capital génétique, conditions et habitudes de vie, environnement », l'éducation à la santé prend en compte ces multiples dimensions. Le but de l'éducation à la

¹⁹³ Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998, « orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », BO de l'éducation nationale n°45 du 3 décembre 1998.

¹⁹⁴ Leselbaum, N., Peretti, C. (1992), De La Prévention à l'école, t. 2. Contribution à la mise en place d'actions pour la santé au collège et au lycée, analyse de leurs dynamiques, évaluation de leurs effets. Paris, INRP, 1992, 150

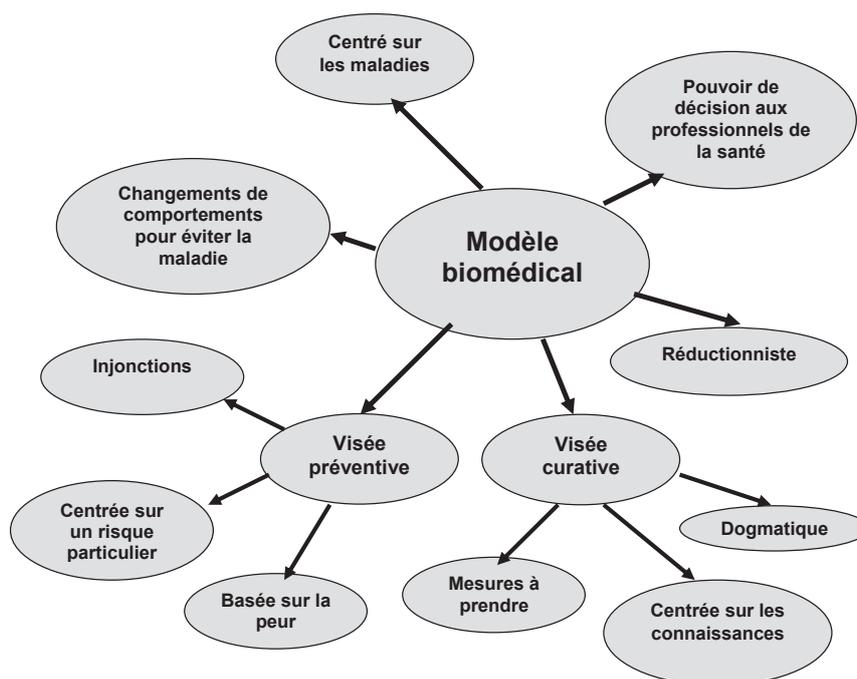
santé est de permettre à chacun de tirer une utilisation optimale de ses capacités, de réussir à faire adopter par chacun les modes de vie par lesquels il tente de sauvegarder son capital santé¹⁹⁵. Dans ce sens, l'éducation pour la santé consiste à mettre en place, dans le cadre de l'école elle-même, des mesures qui développent la prévention.

Bury¹⁹⁶ décrit deux modèles opposés de la conception que l'on peut se faire de la santé. Il s'agit « *du modèle médical ou bio médical* » et « *du modèle global, social ou compréhensive* ». Le modèle médical conçoit la maladie comme « *un problème organique* » qui n'affecte que l'individu ; « *elle doit être diagnostiquée et soignée par le médecin dans le cadre d'un système de santé* ». Au contraire, le modèle global considère que « *la maladie est d'origine multifactorielle (organique, humaine, sociale), que sa prise en charge est non seulement curative mais relève aussi de la prévention et de la réadaptation et qu'elle est l'affaire d'autres professionnels que le médecin, dans le cadre plus large de la société* ».

Figure 5: le modèle biomédical (d'après Bury, 1988 et Durand, 1996).le modèle biomédical (d'après Bury, 1988)

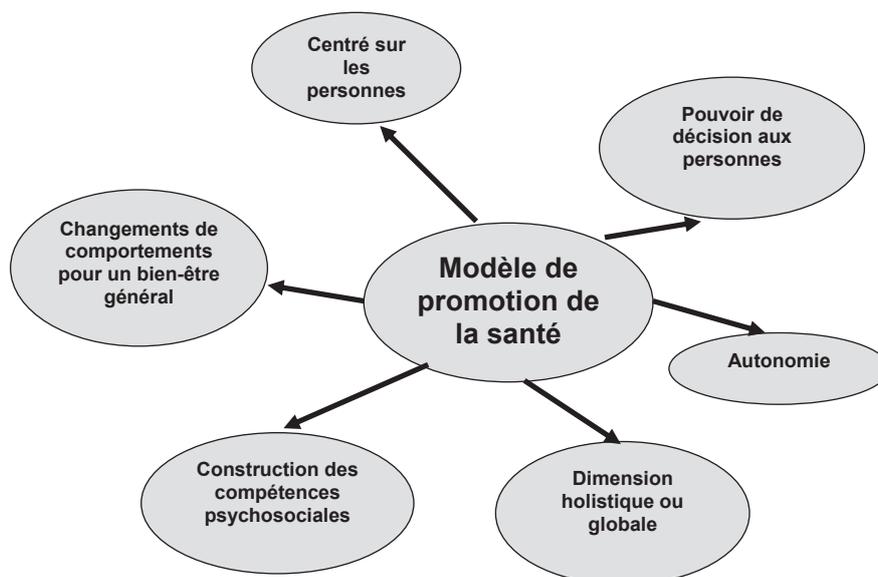
¹⁹⁵ Leselbaum, N., Peretti, C. (1992), Jam. Cit.

¹⁹⁶ Bury, J.(2001), Education pour la santé, concepts, enjeux, planification. Bruxelles: De Boeck Université, 2001, 30.



Dans le modèle biomédical, *la visée préventive* se caractérise par un *message injonctif* qui cible souvent un *risque particulier* et peut *utiliser la peur* afin d'imposer des règles (d'hygiène, de conduites) comme pour l'hygiénisme. Lorsque *la visée est curative*, l'éducation se réduit à une « *instruction* », consistant en une *information de style dogmatique, centrée sur les connaissances*. Le style du message sera *plutôt informatif ou incitatif*.

Figure 6: le modèle de promotion de la santé (d'après Bury, 1988 et Durand, 1996).



Dans le modèle global, l'éducation à la santé vise à « *développer des comportements* » ayant un intérêt pour l'organisme dans « *sa globalité, pour un bien-être et un équilibre du corps, ce qui s'inscrit dans une dimension holistique* ».

La référence à l'un des deux modèles de santé influence les objectifs d'une action d'éducation à la santé en milieu scolaire. Si l'on se base sur le modèle médical, les connaissances scientifiques, biomédicales servent d'appui pour prodiguer des informations, des conseils normatifs, des comportements à suivre. Au contraire le modèle global élargit la notion de santé pour se rapprocher de la définition donnée par l'OMS : « *...état de complet bien-être physique, social et mental et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Ce modèle favorise une approche pluridisciplinaire nécessitant de penser et d'aborder l'élève dans sa singularité avec comme objectif d'éducation à la santé : l'épanouissement de soi dans le respect des autres.

Selon Bury (2008)¹⁹⁷, l'éducation qui est « *...de rendre l'autre plus autonome, plus à même d'agir en connaissance de cause et d'exercer des choix éclairés, d'assumer sa liberté, ceci individuellement et collectivement* » semble mieux adaptée pour ce vers quoi l'éducation à la santé doit tendre.

Ewles et Simnett (1985)¹⁹⁸ nous donnent comme définition de l'éducation à la santé :

1. *La santé, et par conséquent l'éducation pour la santé, a pour objet la personne tout entière et comprend tous les aspects physiques, mentaux, sociaux, émotionnels, spirituels et sociétaux.*

2. *L'éducation pour la santé est un processus qui s'étend durant toute la vie, de la naissance à la mort, et qui aide les gens à changer et à s'adapter à tous les niveaux.*

3. *L'éducation pour la santé a pour objet les personnes à tous les niveaux de maladies et de santé, du mieux portant au malade chronique et au handicapé, pour maximaliser le potentiel de chaque personne à vivre en bonne santé.*

4. *L'éducation pour la santé est dirigée vers les individus, les familles, les groupes et les communautés entières.*

5. *L'éducation pour la santé a pour objet d'aider les personnes à s'aider elles-mêmes et à*

¹⁹⁷ Bury, J.(2008), Jam. Cit.

¹⁹⁸ Ewles et Simnett (1985), cités par Bury.

travailler dans le but de créer des conditions plus saines pour tout le monde qui "fassent, des choix sains, les choix les plus faciles".

6. L'éducation pour la santé comprend l'enseignement et l'apprentissage formels et informels et se sert d'un éventail de méthodes.

7. L'éducation pour la santé a une gamme de buts, y compris la transmission des informations et les changements d'attitudes, de comportements et de vie sociale¹⁹⁹

F. Castillo (1984)²⁰⁰ donne une définition de l'éducation à la santé comme une partie de l'éducation générale avec « *la participation active des apprenants* ». Le développement de savoirs, savoir-faire et savoir-être permet à chacun de rejoindre « *le plus haut degré de santé possible* », en accroissant « *au maximum leurs capacités de vivre, individuellement et collectivement, en équilibre avec leur environnement physique, biologique et socio-culturel* ». Il définit l'éducation à la santé: « *l'éducation à la santé est une éducation à la vie, des individus et des groupes humains, elle est l'apprentissage des façons dont nous pourrions rendre plus positives nos relations avec tout ce qui se trouve dans notre environnement, ainsi que les manières dont nous pourrions améliorer le fonctionnement de notre propre organisme* ».

L'éducation à la santé prévient des maladies et permet de parvenir au « *plus grand bien être possible* ». Pour Larue et al. (2000)²⁰¹, elle s'adresse « *à la personne dans sa globalité, mobilise savoirs, croyances, comportement, interactions avec l'environnement tant physique qu'humain non pour dire ce qu'il faut faire, mais pour que cette personne ait la capacité de choisir autant que possible, ce qu'elle estime le plus favorable à sa santé et à celle des autres* ».

Elle s'appuie alors sur « *un travail sur les représentations et les attitudes* » en lien « *aux risques et au bien-être* ». Pour Lecorps (1989)²⁰², « *l'éducation à la santé est un acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions : le sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique, collectivement responsable et tout à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de vie* ».

¹⁹⁹ Bury, J A. (1988), Education pour la santé, De Boeck & Larcier s.a.

²⁰⁰ Castillo, F. (1984), Le chemin des écoliers, Louvain la neuve: Cabay.

²⁰¹ Larue, R., Fortin, J., Michard, J-L. (2000), *Ecole et santé : le pari de l'éducation*, collection enjeux du système éducatif, Hachette éducation.

²⁰² Lecorps, P. (1989) ,Actes du colloque Comité des Yvelines d'éducation pour la santé. CYES, Versailles.

Pour Berger et Cardot (2012)²⁰³, l'éducation à la santé est définie, d'une part, par « l'éducation, qui consiste à permettre l'émergence du sujet, afin que l'individu puisse prendre du pouvoir sur sa vie » et, d'autre part, « par la santé en permettant à la personne de se positionner par rapport aux savoirs et aux pratiques relatifs à la santé ». « Pour cela, il s'agit de développer des compétences qui vont lui permettre d'être en capacité de faire des choix favorables pour sa santé et pour celle des autres ».

L'éducation à la santé peut également transmettre des connaissances et cela relève du rôle de l'école. Mais pour Berger et al. (2012)²⁰⁴ il existe « une difficulté majeure : la nature des savoirs, profanes, scientifiques ou probabilistes qui ne sont pas toujours stabilisés ».

Mais même si l'éducation à la santé amène à débattre sur des questions vives socialement, Legardez, & Simonneaux (2011)²⁰⁵ nous expliquent que cela permet de discuter, d'avoir des désaccords, des incertitudes et des controverses. Mais pour cela il faut « acclimater » au contexte scolaire pour transformer ces « questions sociales vives » en « objet d'éducation » avec « une centration sur le sujet à éduquer » et « une centration sur le sujet social ».

Mais pour atteindre cet objectif il est nécessaire de développer des compétences particulières chez les élèves car elles peuvent être considérées comme des « facteurs de protection », c'est-à-dire « des ressources internes et externes protégeant la santé des personnes et des populations » (Broussouloux & Houzelle-Marchal, 2006)²⁰⁶.

4.4.1. Les compétences psychosociales

Selon l'OMS (1993)²⁰⁷, ces compétences particulières sont des compétences psychosociales. « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et quand le

²⁰³ Cardot, J-P., Berger, D. (2012), Formateurs en éducation à la santé : un outil d'analyse des conceptions. Revue Spirale n° 50. pp.167-180

²⁰⁴ Berger et al. (2012), Jam. Cit.

²⁰⁵ Legardez, A. & Simonneaux, L. (2011). Développement durable et autres questions d'actualités, Questions socialement vives dans l'enseignement et la formation, Dijon : Educagri

²⁰⁶ Broussouloux, S. Houzelle-Marchal, N. (2006) Education à la santé en milieu scolaire, éditions INPES.

²⁰⁷ World Health Organization (WHO) (1997). Life skills education in schools. Geneva: WHO, dans Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes ; la santé en action, n° 431 - mars 2015. Santé publique France.

comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé ».

Ces compétences sont au nombre de dix et présentées par couples :

- savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions :

« Apprendre à résoudre les problèmes nous aide à faire face à ceux que nous rencontrerons inévitablement tout au long de notre vie. Des problèmes personnels importants, laissés sans solution, peuvent à la longue maintenir un stress mental et entraîner une fatigue physique. [...]

Apprendre à prendre des décisions nous aide à les prendre de façon constructive. Cela peut avoir des conséquences favorables sur la santé, si les décisions sont prises de façon active, en évaluant les différentes options et les effets de chacune d'entre elles. » (OMS, 1993)

- avoir une pensée créative, avoir une pensée critique ;

« La pensée créative contribue à la fois à la prise de décisions et à la résolution de problèmes en nous permettant d'explorer les alternatives possibles et les diverses conséquences de nos actions ou de notre refus d'action. Cela nous aide à regarder au-delà de notre propre expérience. [...] La pensée créative peut nous aider à répondre de façon adaptative et avec souplesse aux situations de la vie quotidienne.

La pensée (ou l'esprit) critique est la capacité à analyser les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à connaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les médias et les pressions de nos pairs. » (OMS, 1993)

- savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles ;

« La communication efficace signifie que nous soyons capables de nous exprimer à la fois verbalement et non verbalement, de façon appropriée à notre culture et aux situations. Cela peut signifier être capable d'exprimer nos désirs à propos d'une action dans laquelle on nous demande de nous impliquer. Cela peut également signifier être capables de demander des conseils quand cela s'avère nécessaire. [...]

Les aptitudes relationnelles nous aident à établir des rapports de façon positive avec les gens que nous côtoyons. Cela signifie être capables de lier et conserver des relations amicales, ce qui peut être d'une grande importance pour notre bien-être mental et social. Cela signifie également garder de bonnes relations avec les membres de votre famille, source important de soutien social. Il s'agit aussi de savoir interrompre des relations d'une manière constructive. » (OMS, 1993)

– avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres ;

« Avoir conscience de soi-même, c'est connaître son propre caractère, ses forces et ses faiblesses, ses désirs et ses aversions. Cela nous aide à reconnaître les situations dans lesquelles nous sommes stressés ou sous pression. C'est indispensable aussi pour établir une communication efficace, des relations interpersonnelles constructives et pour développer notre sens du partage d'opinions avec les autres. » (OMS, 1993)

En ce qui concerne l'empathie, *« il s'agit d'imaginer ce que la vie peut être pour une autre personne même dans une situation qui ne nous est familière. Cela peut nous aider à accepter les autres qui sont différents de nous et à améliorer nos relations sociales, par exemple dans le cas de diversité ethnique. » (OMS, 1993)*

– savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.

« Faire face à son stress suppose d'en reconnaître les sources et les effets et de savoir en contrôler le niveau. Nous pouvons alors agir de façon à réduire les sources de stress, par exemple, en modifiant notre environnement physique ou notre style de vie. Nous pouvons également apprendre à nous relaxer pour que les tensions créées par un stress inévitable ne donnent pas naissance à des problèmes de santé. [...] »

Pour faire face aux émotions, il faut savoir reconnaître les siennes et celles des autres. Il faut être conscient de leur influence sur les comportements et savoir quelles réactions adopter. Les émotions intenses comme la colère ou la tristesse peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé si nous ne réagissons pas de façon appropriée. » (OMS, 1993)

Le développement de ces compétences permet de renforcer l'adaptabilité du sujet au contexte de vie. Ce concept d'empowerment est abordé en éducation à la santé comme *« un processus qui confère à la personne davantage de contrôle sur sa vie » (Tones & Tilford, 1994²⁰⁸ ;*

²⁰⁸ Tones, B. K. and Tilford, S. (1994) *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chapman & Hall, London

Downie et al. 1996²⁰⁹). Le contexte social et environnemental influence la santé de chacun et nécessite des compétences pour maîtriser son devenir.

Pour le milieu scolaire, Green, Tones et Manderscheid (1996)²¹⁰ définissent cette « *autonomisation* », avec comme objectif de donner à l'élève « *les outils pour lui permettre de faire ses propres choix et de pouvoir les mettre en œuvre afin de se réaliser* ».

Pour Berger et al. (2012)²¹¹, l'empowerment se traduit « *comme une éducation à l'autonomie et au choix pour permettre à la personne de devenir acteur de sa vie, de prendre du pouvoir sur sa vie et sur son environnement* ».

4.5. L'éthique en éducation à la santé

L'éthique en éducation à la santé est un élément incontournable. Les enjeux entre la sphère privée en interaction avec la sphère publique nous amènent sur la responsabilité de l'éducation à la santé. Cette éducation est en premier la responsabilité des parents et doit être respectée. Pour San Marco et al. (2000)²¹², après les parents « *l'école est devenue le lieu de la deuxième chance* ». L'éthique impose une réflexion sur les limites des démarches qui visent l'éducation de l'homme. La nécessité de convaincre sur l'apprentissage de comportements positifs pour sa santé, Massé (2003)²¹³ nous interroge sur les limites d'empiètement des pratiques préventives. Il nous rappelle que la santé publique se positionne comme une nouvelle morale profane pour le bien d'autrui.

Lecorps et Paturet (1999)²¹⁴ nous expliquent que « *tout manquement préventif sera source de mortalité prématurée* »

Pour Fassin (1996)²¹⁵, la santé publique « *est un ensemble de normes, de valeurs et de savoirs qui concernent la gestion du corps* ». L'auteur nous alerte sur la normalisation des

²⁰⁹ Downie R. S., Tannahill, C., Tannahill, A. (1996) Health promotion Models and Values. Oxford University Press.

²¹⁰ Manderscheid, J-C. (1996) Quelles recherches pour l'éducation à la santé? In: Revue française de pédagogie, volume 114, 1996. L'éducation à la santé.

²¹¹ Cardot, J-P., Berger, D. (2012), Formateurs en éducation à la santé : un outil d'analyse des conceptions. Revue Spirale n° 50.

²¹² San Marco, J-L., Siméoni. M-C., Thirion, X., Auquier, P., Garnier, J-M., Magnan, M. (2000), De la prévention des maladies à la promotion de la santé : manifeste pour l'éducation à la santé, académie d'Aix-Marseille

²¹³ Massé, R. (2003), Ethique et santé publique, Les presses de l'université Laval.

²¹⁴ Lecorps, P. & Paturet, J-B (1999), Santé publique du biopouvoir à la démocratie, Rennes, éditions ENSP.

²¹⁵ Fassin, D. (1996) L'espace politique de la santé. Essai de généalogie, Paris, Presses universitaires de France

comportements. Comment dans ces normes sociales partagées l'individu peut-il se positionner librement ? Ainsi les messages de santé impactent sur les désirs individuels et vont se heurter à l'influence du contexte social et culturel. L'approche en éducation à la santé se focalise des différences culturelles pour ne pas amener « *au conflit de loyauté* ». Ainsi les démarches culpabilisantes vont à l'encontre des valeurs de l'éducation à la santé. En effet, les valeurs des principes démocratiques de liberté, d'égalité, de justice, de solidarité et de laïcité sont le socle des valeurs éducatives. Pour Galichet et Manderscheid (1996)²¹⁶, c'est à travers les débats passionnés et dramatisés, sur le socle de la responsabilité dans le respect de soi et d'autrui, que les élèves éprouvent leurs normes et leurs valeurs. C'est par la confrontation des opinions et des normes que l'éducation à la santé éduque aux choix.

Dans le référentiel de compétences en éducation pour la santé²¹⁷, élaboré en mars 2013 par un comité consultatif de Santé Publique France, nous trouvons les sept principes éthiques pour l'éducation à la santé : *l'approche globale et positive de la santé; l'équité; l'impartialité ; la justice sociale; l'auto-détermination ; la participation; la responsabilité partagée.*

Nous pouvons souligner le lien entre cette approche éthique et l'approche pédagogique initiée par Legardez & Simonneaux (2011)²¹⁸ au sujet des questions vives.

4.6. La Pédagogie de l'éducation à la santé

Pour mieux comprendre les dispositifs pédagogiques en lien avec les modèles de santé, nous devons en appréhender les fondements psychologiques et les différents modèles sous-jacents.

Le béhaviorisme est la théorie psychologique du comportement observable après stimuli extérieurs. Dans l'enseignement l'activité est répétée pour un renforcement positif qui atteindra un comportement. Par cette récompense aux stimuli, on amène l'élève à des apprentissages plus complexes. Cela nécessite des séquences pédagogiques avec des objectifs clairs.

Le constructivisme, fondé sur les travaux de Piaget (1996)²¹⁹ concerne l'interaction aux sollicitations et avec son environnement qui permettra l'assimilation et l'accommodation.

²¹⁶ Galichet, F. et Manderscheid, J.-C. (1996), L'éducation à la santé et la construction de l'identité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines, Revue Française de Pédagogie, n°114, janvier-février-mars 1996.

²¹⁷ Référentiel de compétences en éducation pour la santé, (2013) Santé publique France. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf> site consulté le 08/07/2015

²¹⁸ Legardez, A. & Simonneaux, L. (2011). Développement durable et autres questions d'actualités, Questions socialement vives dans l'enseignement et la formation, Dijon : Educagri

C'est par un équilibre entre ces deux dernières que l'apprentissage s'effectue. C'est donc dans l'échec d'assimilation que l'accommodation fait évoluer les schèmes du sujet.

Les cognitivistes s'intéressent à la manière dont le cerveau recueille, traite, modifie et emmagasine les données pour faire des choix. La motivation, au travers de l'engagement en lien avec les représentations et le contexte, est déterminante pour accomplir cette tâche. Tout cela dépend de la perception des compétences sur la situation d'apprentissage et du sens des objectifs (Viau, 1997).²²⁰

La psychologie sociale et le socioconstructiviste établissent que l'action d'échange avec un groupe et par la suite l'activité individuelle accommode la capacité potentielle de développement. Pour Vygotsky, ce processus est accéléré par l'intervention d'adultes. Pour Bruner (1998)²²¹, c'est le concept d'étayage qui permet à l'élève « *de lui faire voir qu'il est sur la bonne voie au contraire pour l'alerter par rapport à une procédure de réalisation inadéquate* ».

Ces fondements psychologiques sous-tendent les pratiques pédagogiques. Pour mieux analyser les relations pédagogiques, Houssaye (1993)²²² nous propose le schéma suivant :

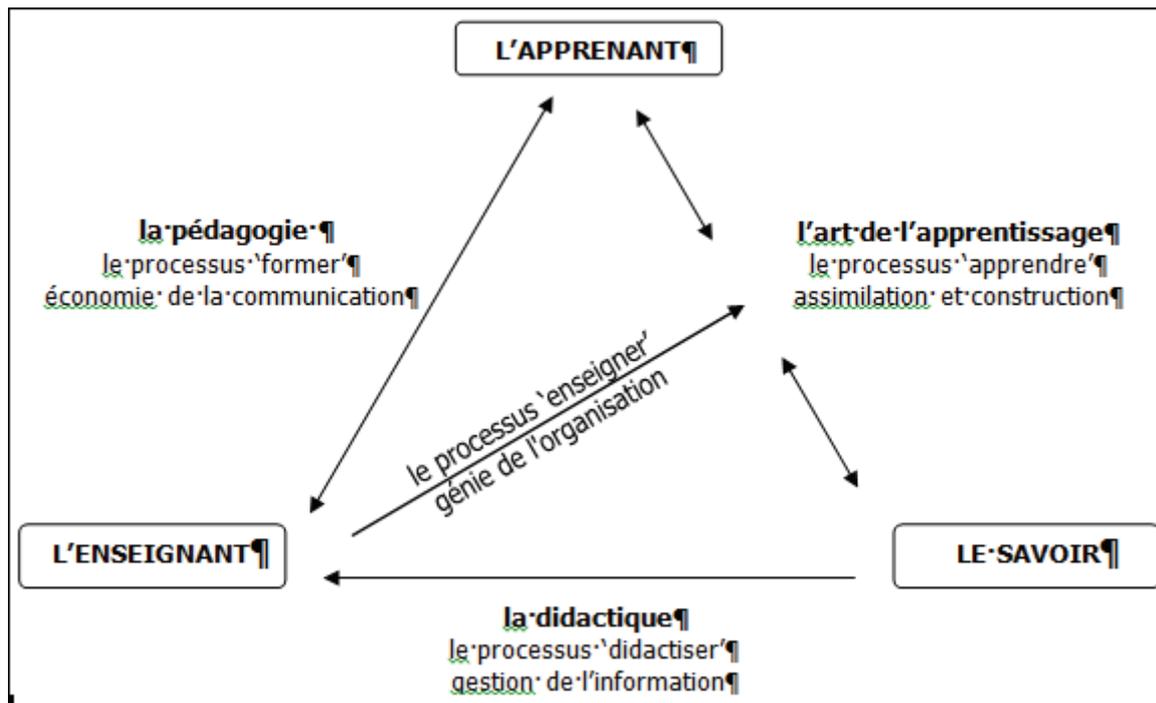
Figure 7 : le triangle pédagogique de Jean Houssaye.

²¹⁹ Piaget, J. (1996) La psychologie de l'enfant, Paris, PUF, « que sais-je ? » n°369, 17^{ème} édition.

²²⁰ Viau, R. (1997) La motivation, condition essentielle de réussite in Eduquer et former, éditions sciences humaines.

²²¹ Bruner, J. S. (1983), Le développement de l'enfant: Savoir faire, savoir dire, Paris, Puf

²²²Houssaye, J. (1993). «Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation pédagogique». in . La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui. Paris : ESF



La relation didactique renvoie au rapport qu'entretient l'enseignant avec le savoir et qui lui permet d'ENSEIGNER. Elle comprend une « gestion de l'information » par l'enseignant pour s'appropriier et vulgariser les savoirs à enseigner aux apprenants.

La relation pédagogique renvoie au rapport qu'entretient l'enseignant avec l'apprenant et qui permet le processus FORMER. Elle est axée sur une forte communication professeur-élève et reprend toutes les démarches, techniques, stratégies déployées par l'enseignant pour former les apprenants.

La relation d'apprentissage : renvoie au rapport que l'élève va construire avec le savoir dans sa démarche APPRENDRE. Elle comprend toutes les stratégies d'apprentissage dont l'élève va faire usage pour traiter l'information, construire, s'appropriier, assimiler les savoirs. A noter qu'un rapport au savoir négatif ne va pas permettre à l'élève de déployer les stratégies adéquates à son apprentissage.

À partir de cette schématisation, nous pouvons identifier les différents modèles pédagogiques: le modèle classique ou magistral, le modèle des pédagogies actives ou pédagogie de l'expérience et le modèle de l'autoformation.

Pour Bruner (1983)²²³, c'est dans *l'interaction interpersonnelle* entre l'élève et l'enseignant que la complexité de la tâche se restreint permettant ainsi à l'enfant de résoudre des

²²³ Bruner, J. S. (1983), *Le développement de l'enfant: Savoir faire, savoir dire*, Paris, Puf

problèmes qu'il ne peut accomplir seul. Bruner appelle cela « *le concept d'étayage* » par l'interaction de tutelle. Clairement, l'éducation à la santé va se situer au centre du schéma d'Houssaye. Elle comprend des apports d'informations et nécessite une réflexion didactique, un accompagnement dans la construction de compétence sous-tendu par une relation pédagogique de tutelle, et l'auto-construction de savoir et de compétence dans un apprentissage du sujet.

Après cette rapide lecture des fondements psychologiques sous-jacents à la pédagogie en éducation, nous allons approcher celle de l'éducation à la santé.

4.7. Les paradigmes des interventions en éducation à la santé:

Jacques Fortin (2004)²²⁴ nous propose quatre grands paradigmes des interventions en éducation à la santé. Le premier est le modèle rationnel. C'est une pédagogie où la connaissance et le savoir sont donnés par le maître aux élèves. C'est l'apport de connaissances qui orientent les conduites des individus. C'est parce qu'on connaît les risques que les personnes auront des comportements responsables. Cette rationalisation des conduites enlève l'influence du sujet et de ses sentiments. Le second est le modèle humaniste. C'est une pédagogie où le sujet participe à la construction des savoirs en prenant en compte ses émotions et son vécu. La personne peut modifier ses comportements par les informations et l'image de soi positive. Le risque est une motivation du fait de l'augmentation de la peur du risque. L'individu assume sa santé et ses conduites. Le troisième est le modèle de la dialectique sociale. C'est la pédagogie qui interroge ses rapports à son environnement. Sa liberté de maîtriser son existence en lien avec ses croyances de son contexte culturel permet de développer des compétences. Les médias et les stéréotypes impactent la dynamique de groupe dont l'individu doit s'extraire. Le quatrième est le modèle écologique. C'est la pédagogie où le sujet est pris dans sa globalité, ses connaissances, ses émotions et son lien social. Les interrelations dans son contexte de vie amènent la personne à se développer en lien avec toutes ses capacités pour maîtriser son existence.

Berger et Cardot (2012)²²⁵ proposent une synthèse entre les paradigmes présentés par Fortin et les trois modèles de santé d'Eymard.

²²⁴ Fortin, J. (2004) Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé in *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, Editions Universitaires du Sud.

²²⁵ Berger et Cardot (2012). *Jam. Cit.*

Tableau 3 : Le parallèle entre modèles de santé et modèles d'éducation à la santé Cardot & Berger (2012),

| Les modèles de santé | Les modèles d'éducation à la santé |
|---|--|
| <p>Le modèle linéaire</p> <p>centré sur l'absence de maladie. La personne est considérée comme la somme de ses organes. La santé des personnes est liée aux progrès de la médecine et est entre les mains de spécialistes</p> | <p>Le modèle rationnel ou biomédical</p> <p>centré sur la maladie, le risque, les connaissances. L'objectif est alors un changement de comportements qui sont considérés comme rationnels et dictés par les professionnels de santé</p> |
| <p>Le modèle global</p> <p>centré sur la personne et son bien-être en référence à la définition de l'OMS (1946).</p> <p>La personne est considérée comme acteur de sa santé qui est un idéal à atteindre où la vie est sacralisée au détriment du sujet humain, qui devient alors un objet à contrôler, à régulariser, en même temps qu'on lui crée des besoins de santé pour une santé totale</p> | <p>Le modèle humaniste</p> <p>centré sur la personne et le développement des compétences psychosociales.</p> <p>L'objectif est alors la réalisation de soi, le bien-être (en référence à la définition de l'OMS) et l'autonomie pour aboutir à des comportements choisis et adoptés par la personne en fonction de ses connaissances, d'une image positive d'elle-même et des prescriptions.</p> |
| <p>Le modèle d'un sujet autonome ouvert sur le monde</p> <p>centré sur la personne et sa santé considérée comme une construction singulière en fonction de sa propre histoire</p> <p>La personne est considérée comme un sujet autonome qui construit ses propres normes de santé. Il n'est pas seulement acteur de sa santé, il devient aussi décideur grâce à la prise en compte de ses conditions de vie et de ses savoirs expérientiels.</p> | <p>Le modèle écologique</p> <p>centré sur la personne et sur ses interrelations avec le milieu, avec le développement des compétences psychosociales</p> <p>l'objectif est le développement intégral de la personne en fonction de ses potentialités et accompagnement de celle-ci vers une évolution de l'attitude et de la motivation pour adopter (ou pas) un comportement favorable à sa santé.</p> |

D'emblée, l'éducation à la santé à l'école n'entre pas dans un cadre didactique et pédagogique univoque et clairement défini. Comme nous aide à le penser Lebeaume (2008)²²⁶, elle s'inscrit davantage dans une forme non scolaire de savoir et ne dispose pas d'une matrice disciplinaire

²²⁶ Lebeaume, J., (2008), « Les éducations à... » in Berger D. (dir.). Education à la santé : enjeux et dispositifs à l'école. Editions universitaires du sud.

claire en termes d'objet, de tâches et de savoir mais bien davantage d'une matrice curriculaire (Lebeaume, 2000)²²⁷. Les données de la recherche (Berger, 2009) montrent qu'il ne s'agit pas fondamentalement d'enseigner des savoirs complets et validés scientifiquement, reconnus par une communauté chargée de les enseigner dont on pourrait déduire la meilleure action, mais bien davantage de développer des savoir-faire et des savoir-être, de discuter des valeurs et des choix, de s'appuyer sur des connaissances parfois incomplètes et incertaines, de construire un esprit critique permettant de poser des questions pertinentes parfois sans réponse. Sur le plan pédagogique et didactique, l'ES apparaît sous la forme d'actions éducatives « *non scolaires* » qui déstabilisent la pratique traditionnelle d'enseignement.

Elle prend place au sein des « *éducations à...* » dont la liste est presque aussi longue que celle des disciplines : éducation au développement durable, au développement, aux médias, à l'environnement, à la sécurité, à la santé, à la sécurité routière, à la citoyenneté (Lebeaume, 2008)²²⁸ où lorsqu'elle est définie comme une éducation globale de la personne qui nécessite de dépasser le cadre des disciplines pour l'aborder avec une approche interdisciplinaire. Lebeaume (2007)²²⁹ parle de forme curriculaire non disciplinaire, que l'on considère comme un itinéraire que doivent suivre les élèves. Il ne s'agit pas seulement de travailler sur la construction d'un savoir mais sur la construction d'un objet complexe d'enseignement avec une visée éducative afin de permettre l'émergence du sujet et d'offrir la possibilité à l'élève de se positionner par rapport aux savoirs transmis, en interrogeant ses attitudes et ses comportements. C'est ce que développe également Martinand (2006)²³⁰ au sujet des « *éducations à...* » pour qui « *il ne s'agit pas fondamentalement d'enseigner des savoirs complets et sûrs dont on pourrait déduire la meilleure action, il s'agit de développer des habitus, de discuter des valeurs et des choix, de s'appuyer sur des connaissances incomplètes et incertaines, de construire des capacités de poser des questions pertinentes mais sans réponses univoques* ».

²²⁷ Lebeaume J., (2000), L'éducation technologique, collection Pratiques et enjeux pédagogiques, ESF éditeur, Paris.

²²⁸ Lebeaume, J.,(2008), « Les éducations à... » in Berger D. (dir.). *Education à la santé : enjeux et dispositifs à l'école*. Editions universitaires du sud.

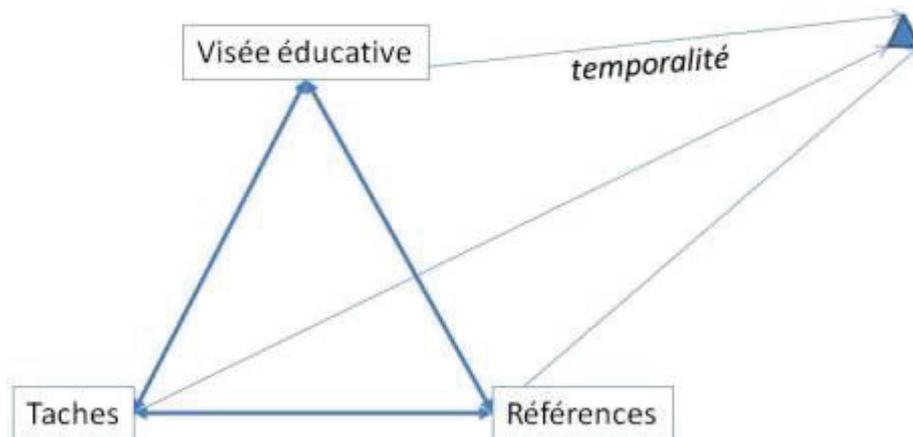
²²⁹ Lebeaume J., (2007), « Les manuels scolaires : des sources particulières pour l'étude curriculaire des sciences et des techniques à l'école », *IOSTE Congress, Critical analysis of sciences textbooks*, Hammamet, Tunisia.

²³⁰ Martinand J.L., (2006), « Didactique et didactiques » in Beillerot J. et Mosconi N. (Dir.), *Traité des sciences et pratiques de l'éducation*, Dunod, 353-367.

Lebeaume (2000)²³¹ propose le concept de « *situation d'enseignement-apprentissage prototypique* » où la cohérence d'une situation d'enseignement apprentissage est structurée par la solidarité des relations entre trois pôles, « *tâches* », « *visées éducatives* » et « *références* » : la visée des tâches assure leur légitimité, alors que les références (théoriques ou pragmatiques) maintiennent leur signification.

L'utilisation de la « *situation d'enseignement-apprentissage prototypique* » nous paraît pertinente car l'auteur l'utilise dans le champ de l'éducation technologique qui présente la particularité, comme l'éducation à la santé, de se situer dans une logique de construction de compétences plutôt que dans une logique de construction de savoirs institués. Cependant, le contexte dans lequel a lieu l'enseignement a une incidence sur les situations d'enseignement-apprentissage prototypiques car ces dernières « *sont en interaction avec la norme du milieu dans lequel elles ont lieu, car elles en dépendent mais sont aussi susceptibles de la faire évoluer* » (Lebeaume, 2000)

Figure 8: La situation d'enseignement-apprentissage prototypique (de Lebeaume, 2000)



4.8. Le modèle didactique « allostérique »

Pour Giordan (1994)²³², l'élève a des représentations initiales que les nouvelles connaissances vont modifier : « *En effet l'impact sur les représentations entraîne la modification de la structure pour en élaborer des plus adaptés. Les conceptions de l'apprenant sont remises en*

²³¹ Lebeaume J., (2000), *L'éducation technologique*, collection Pratiques et enjeux pédagogiques, ESF éditeur, Paris.

²³² Giordan, A. (1994), Le modèle allostérique et les théories contemporaines sur l'apprentissage in Conceptions et connaissances, Giordan A, Girault Y. et Clément P.(sous la direction de) Berne, Peter Lang

cause lorsque celui-ci se trouve confronté à des éléments contradictoires, de sorte qu'il soit amené à élaborer un nouveau réseau conceptuel ». C'est dans ce contexte didactique qu'émerge de sa structure mentale une envie d'apprendre est une activité élaboratrice qui donne du sens au savoir. Pour Berger et Jourdan (2005)²³³, c'est « *l'organisation de la rencontre entre les potentialités d'un sujet en prise avec son histoire personnelle et sociale, un environnement direct ou élargi et un ensemble de savoirs validés et organisés* ».

L'éducation à la santé est transdisciplinaire, en interrelations avec les contextes sociaux culturels des personnes. Il est donc nécessaire de partir des représentations de l'élève pour les faire évoluer. Pour Lange et Victor (2006)²³⁴, la responsabilisation et l'autonomisation des personnes et l'objectif éducatif des « *éducations à...* ». Ils affirment que « *le sujet acteur* » qui est « *aussi bien l'élève que l'enseignant car chacun d'eux mobilise, sur ces questions, des systèmes de représentations–connaissances, c'est-à-dire des croyances, opinions connaissances médiatiques ou savoirs plus ou moins assimilés* ». L'enseignant doit amener l'élève, en distance des pratiques sociales de référence, à se confectionner une « *opinion raisonnée* ». C'est par une approche globale et par la mise à distance de l'expérience de l'élève qu'elle se construit. Cette part une approche interdisciplinaire fondée sur l'apprentissage au débat qui va permettre aux élèves de « *s'exprimer, de s'interroger et d'analyser leurs comportements et celles des autres à distance des émotions, des pressions et stéréotypes du contexte socioculturel.* »²³⁵

« *L'identification des conceptions des élèves qu'ils se sont construites à partir des connaissances incomplètes ou erronées et des pratiques sociales issues du milieu familial* »²³⁶ est le cœur de l'éducation à la santé. « *C'est par la réflexion sur les attitudes et valeurs que les élèves, guidés par leur enseignant, pourront aller vers des choix éclairés* ».

Nous allons aborder les concepts de représentations sociales, de conceptions individuelles et collectives, afin de pouvoir établir un lien sur les pratiques.

²³³ Berger, D. et Jourdan, D. (2005), Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé in *La santé de l'homme* n°377, mai-juin 2005.

²³⁴ Lange, J-M. Victor, P. (2006), Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? *Didaskalia* n°28, juin 2006.

²³⁵ Fortin, J. (2004), Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé in *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, Editions Universitaires du Sud.

²³⁶ Cardot, J-P. Berger, D. (2012), Formateurs en éducation à la santé : un outil d'analyse des conceptions. *Revue Spirale* n° 50. pp.167-180

4.9. Le concept de représentation

Il convient de le préciser car peu usité dans le champ professionnel des infirmières scolaires.

Le concept de représentation sociale recouvre plusieurs champs de recherche et a fait l'objet de nombreuses études et constructions théoriques. Nous allons d'abord de donner quelques définitions permettant de circonscrire au mieux cette notion avant de nous pencher plus spécifiquement sur deux grands aspects intéressant notre travail.

La lecture du dictionnaire nous donne à voir par une multiplicité de définitions. La représentation n'est pas une notion simple, qu'elle comporte de multiples facettes et qu'il n'est pas aisé de la circonscrire en quelques mots. C'est « *l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe* »²³⁷, mais c'est aussi le résultat de cette action: « *image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée* »²³⁸. La représentation désigne ainsi à la fois un processus dynamique et le produit de ce processus. Elle est donc ce qui permet de s'approprier une réalité de manière en quelque sorte détournée, par la figuration, la comparaison, la symbolisation.

Pour la pensée classique, c'est ainsi « *l'instrument d'une connaissance médiate qui fait voir un objet absent en lui substituant une "image" capable de le remettre en mémoire et de le "peindre" tel qu'il est* »²³⁹. Mais définir la représentation par l'«*image*» suffit-il ? L'image, c'est « *ce qui reproduit, imite ou évoque quelqu'un, quelque chose* » ; au niveau psychologique, l'« *image mentale* » est la « *représentation psychique d'un objet absent* »²⁴⁰. Pourtant la représentation n'est ni simple reproduction, imitation, ni seulement souvenir, remémoration d'un objet absent, mais bien plus construction de l'objet qu'elle représente, qu'il soit absent ou présent. La représentation d'un arbre, cela peut être un tableau d'arbre, ou un texte, une sculpture, etc., mais cela peut aussi être des signes ou des symboles qui le signifient et lui donnent sens. Ce sens et ces symboles dépendent à la fois de la biographie et des valeurs de chaque individu pris séparément et du passé, des conceptions théoriques et morales, de l'environnement propre à la société dans laquelle ils vivent. Abric (1994)²⁴¹ le formule ainsi : « *toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite dans son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de*

²³⁷ Le Petit Larousse illustré, (1999), Paris, Larousse.

²³⁸ Le Petit Larousse (1999) Jam. Cit.

²³⁹ Chartier, R. (1998) Au Bord de la Falaise. L'Histoire entre certitudes et inquiétude, Paris, Albin Michel.

²⁴⁰ Le Petit Larousse illustré, (1999) Paris, Larousse.

²⁴¹ Abric, J.-C. (1994) ,(dir.), Pratiques sociales et représentations, PUF, 1994, p.12 cité dans Martin Shanchez, M.-O., « Concept de représentation sociale », SERPSY, www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html site consulté le 12/8/2015

son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne ». La représentation s'inscrit donc fortement dans le champ du social, tant et si bien qu'il peut même être affirmé qu'elle « *construit la réalité sociale* »²⁴².

Pour mieux comprendre la notion, il convient de s'intéresser plus particulièrement aux théories qui construisent les différentes catégories de représentations, notamment selon les champs d'études : représentations individuelles, représentations collectives, représentations mentales, représentations sociales...

4.9.1. Représentations mentales et représentations sensibles

La représentation mentale relève du domaine de la psychologie cognitive. Elle désigne « *la description cérébrale d'un objet* » ; autrement dit, elle fait appel à des mécanismes psychiques pour rendre un objet présent à l'esprit, s'opposant ainsi aux représentations sensibles telles que les représentations artistiques qui visent à rendre l'objet présent aux sens.

Toute représentation implique cependant une représentation mentale qui se constitue à partir des données intellectuelles, sensibles, affectives, symboliques, etc., emmagasinées et traitées en fonction des valeurs et des conceptions individuelles et collectives. Ainsi, « *les représentations mentales ont des relations avec la représentation sociale, pour tout ce qui touche à l'imaginaire collectif, l'organisation sociale, et la construction de systèmes symboliques* ». Les représentations mentales sont donc des représentations sociales.

4.9.2. Représentations individuelles et représentations collectives

Les représentations individuelles correspondent à l'ensemble des représentations réellement possédées par un sujet. Les représentations individuelles se rapportent à la manière dont chaque personne interprète et donc perçoit la réalité : « *nous ne voyons que ce que nos préjugés nous permettent de voir et nous ignorons nos préjugés* »²⁴³.

Elles sont en constante remaniement en fonction des stimuli extérieurs, des évolutions de valeurs de l'individu, des évolutions des représentations connexes, etc. : « *l'activité de représentation par le sujet recouvre toutes les connaissances liées à son histoire, son vécu, ses relations avec les autres mais aussi l'aspect culturel provenant de son groupe social de*

²⁴² Sanchez, M.-O. (1996) op. Cit. Voir également l'ouvrage fondateur sur ces questions de Peter Berger et Thomas Luckmann : *La Construction sociale de la réalité*, Masson/Armand Colin, Paris, 1996, Deuxième édition - (La première parution originale de cet ouvrage date de 1966)

²⁴³ Durkheim, E., « Représentations individuelles et représentations collectives », Les cahiers psychologie politique [En ligne], numéro 8, Janvier 2006.
<http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1084> site consulté le 12/2/2015

référence »²⁴⁴. Cette citation souligne également le fait que la représentation individuelle n'échappe pas à l'aspect social, c'est en quelque sorte le cadre de référence dans lequel elle se développe. Elles sont marquées par des représentations collectives, mais elles sont plus et autre chose que la simple présence dans les individus des représentations collectives. Ces représentations collectives désignent celles qui sont possédées par un groupe social plus ou moins large. Elles sont influencées par les représentations de chacune des personnes qui le constituent et en même temps et contribuent fortement, le plus souvent de manière inconsciente, à former ces représentations individuelles, auxquelles elles ne se réduisent pas²⁴⁵.

Les représentations collectives ne peuvent ainsi être considérées comme un simple agrégat des représentations individuelles, elles s'en détachent et forment un ensemble relativement autonome, dans lequel chaque représentation joue sur l'autre, et qui s'impose pour ainsi dire de l'extérieur aux individus, même si c'est par leur adhésion à ces représentations qu'ils les maintiennent et les font vivre. Les religions et les mythes sont des exemples de représentations collectives, parmi les premières à avoir été étudiées comme telles, par Durkheim²⁴⁶. Ainsi, notre recherche tend à élucider ces représentations collectives et individuelles des infirmières scolaires sur leurs pratiques et rôle en éducation à la santé

4.9.3. Les représentations sociales²⁴⁷

A travers ces différentes approches de la notion nous avons ainsi pu constater que la dimension sociale des représentations en constitue un aspect transversal : « *Selon Denise Jodelet, c'est parce que la représentation sociale est située à l'interface du psychologique et du social, qu'elle présente une valeur heuristique pour toutes les sciences humaines.* »²⁴⁸

Etudier le concept de représentation sociale est par ailleurs d'autant plus nécessaire dans le cadre de ce travail que l'éducation à la santé constitue un fait social et que sa représentation sociale joue par conséquent un rôle dans la construction des représentations individuelles.

Il existe de nombreuses définitions de la représentation sociale ; à partir de celle qui est citée par Marc Catanas²⁴⁹, nous retiendrons la formulation suivante : la représentation sociale est le

²⁴⁴ Catanas, M. (2003) « La notion de représentation sociale », 23 janvier 2003, tome VI, mai 1898, site web : www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html, site visité le 12/03/2015.

²⁴⁵ Durkheim, E. Jam. Cit.

²⁴⁶ Sanchez, M.-O. (1996). Jam. Cit.

²⁴⁷ Catanas, M. (2003). Jam. Cit.

²⁴⁸ Sanchez, M.-O. (1996). Jam. Cit.

²⁴⁹ Abric, J.-C. (1994). Jam. Cit.

processus par lequel un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique ; elle désigne également le produit de ce processus. Pour notre étude, nous nous pencherons donc sur « *la signification spécifique* » de l'éducation à la santé par le groupe « infirmière éducation nationale ».

4.9.3.1 *Caractères fondamentaux de la représentation sociale*

La représentation sociale possède selon la théorie de Jodelet (1991)²⁵⁰ cinq caractères fondamentaux :

- *« Elle est toujours représentation d'un objet (le cancer, l'infirmier scolaire sur la santé, ...).*
- *Elle a un caractère imageant et la propriété de rendre interchangeable le sensible et l'idée, le percept et le concept (la "soupe primitive" des scientifiques qui étudient les origines de la vie sur terre par exemple est une représentation d'un concept scientifique).*
- *Elle a un caractère symbolique et signifiant – elle donne un sens (la maladie par exemple n'a pas la même valeur, pas la même signification selon que nous la considérons comme châtiment divin, anormalité dangereuse et destructrice, ou élément du cours normal de la vie ; l'éducation à la santé est-elle considérée de la même manière par toutes les infirmières scolaires ?).*
- *Elle a un caractère constructif : elle construit la réalité sociale (selon qu'elle est représentée comme manifestation diabolique ou trouble neurologique, la réalité de l'épilepsie est perçue très différemment. La possession démoniaque, la schizophrénie ou les personnalités multiples sont également des constructions sociales assez différentes de la réalité que nous nous représentons aujourd'hui comme personnalité clivée. Ces représentations sociales construisent à ce point la réalité que les comportements des malades se modifient selon la représentation socialement dominante de la maladie) ; Quelles constructions sur l'éducation à la santé les infirmier(e)s scolaires ont-ils établis par leurs représentations sociales ?*
- *Elle a enfin un caractère autonome et créatif, c'est-à-dire qu' « elle a une influence sur les attitudes et les comportements »²⁵¹.*

²⁵⁰ Jodelet, D. (1991), Les Représentations sociales, Paris, PUF, 1991, p. 36 in Martin.

On peut ainsi décrire la représentation sociale comme « *une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la création d'une réalité commune à un ensemble social.* »²⁵² ; Quelle influence les représentations sociales de l'éducation à la santé des infirmières éducation nationale ont-elles sur leurs pratiques (attitudes et comportements) ? Comment les identifier ?

4.9.4. Les fonctions de la représentation sociale

Par ailleurs, les représentations sociales possèdent également plusieurs fonctions :

- Elles permettent tout d'abord « *aux individus d'intégrer des données nouvelles à leur cadre de pensée* »²⁵³ ; c'est sa fonction cognitive, fonction de compréhension et d'appropriation de nouveaux concepts, valeurs, idées. Quels concepts « *éducation à la santé* » se sont appropriés les infirmières scolaires ?
- Elles ont aussi « *des fonctions d'interprétation et de construction de la réalité* », comme cela a déjà été dit.
- De plus, par le sens et le lien qu'elles créent, « *elles engendrent des attitudes, des opinions et des comportements* », fonction qui concerne en premier lieu notre étude.
- Elles permettent également l'élaboration identitaire, dans la mesure où elles « *situent les individus et les groupes dans le champ social* »²⁵⁴. Le groupe « *infirmière scolaire* » se situe comment dans le champ de l'éducation à la santé en milieu scolaire ? Quelle identité professionnelle ont-elles construit ?
- Enfin, en lien avec les fonctions précédemment citées, elles servent à justifier les pratiques, en particulier d'un groupe social par rapport à un autre groupe social (ainsi la représentation des noirs comme n'étant pas des personnes vraiment humaines a-t-elle longtemps servi de justification à leur esclavage) Quelles représentations du groupe social « *acteur d'éducation à la santé* » permettent la construction du groupe social « *infirmières scolaires en éducation à la santé* » et avec quels enjeux et différences ?

²⁵¹ Sanchez, M.-O. (1996).. Jam. Cit. Nous soulignons l'utilisation ici du terme influence car son utilisation dans ce contexte me sera utile pour la suite de mon développement.

²⁵² Jodelet, D. (1991), Les Représentations sociales, Paris, PUF, 1991, p. 36 in Martin.

²⁵³ Jam. Cit

²⁵⁴ Mugny et Carugati. (1985) p. 183, cités par Abric, J-C. Jam. Cit.

4.9.5. L'élaboration des représentations sociales

L'élaboration des représentations sociales est un processus complexe qui a été décrit par Moscovici²⁵⁵ comme résultant de deux mécanismes : l'objectivation et l'ancrage.

- « *Objectiver, c'est résorber un excès de significations en les matérialisant* »²⁵⁶. L'objectivation comporte trois phases :

1. Le tri des informations qui dépend de critères culturels et normatifs.
2. La formation « d'un modèle ou noyau figuratif : les éléments retenus s'organisent en un noyau simple, concret, imagé et cohérent avec la culture et les normes sociales ambiantes²⁵⁷ »²⁵⁸.
3. Enfin, la naturalisation des éléments qui prennent un caractère d'évidence et deviennent la réalité même pour le groupe concerné par cette représentation sociale.

L'ancrage correspond quant à lui à « *l'enracinement social de la représentation et de son objet* »²⁵⁹. A travers l'ancrage, le groupe investit l'objet d'un sens qui correspond à son identité sociale et culturelle. La représentation ainsi élaborée contribue à constituer les rapports sociaux. C'est un système de référence qui sert de « *médiation entre l'individu et son milieu et entre les membres d'un même groupe* »²⁶⁰. Ainsi les infirmières scolaires par leur identité professionnelle vont définir leur propre « ancrage » en éducation à la santé et le sens donné décrit quelles relations ils établissent intra et extra communauté éducative (l'ancrage est également l'enracinement dans le système de pensée et les normes socialement établis).

4.9.6. L'organisation des représentations sociales

La représentation s'organise ainsi en deux éléments : le « *noyau central* »²⁶¹ qui donne sa signification à la représentation en fonction des relations qu'entretiennent entre eux ses

²⁵⁵ Moscovici, S. (1997) a dirigé notamment : Psychologie sociale, Paris, PUF,

²⁵⁶ Moscovici, S. cité par Jodelet, D (1996). in Psychologie sociale, « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie »,

²⁵⁷ Rouquette, M-L., Rateau, P. (1998) Introduction à l'étude des représentations sociales, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

²⁵⁸ Sanchez, M.-O. (1996).. Jam. Cit.

²⁵⁹ Jodelet, D. (1991), Les Représentations sociales, Paris, PUF, 1991, p. 36 in Martin.

²⁶⁰ Jodelet, D. (1991), Jam. Cit.

²⁶¹ Abric, J-C. (1994) Pratiques sociales et représentations (sous la direction de), PUF, Paris, 3^{ème} édition, 2001

éléments, et les "éléments périphériques", importants mais variables et évolutifs en fonction des expériences et histoires personnelles des individus. Le noyau central ou « *noyau dur* »²⁶², « *marqué par la mémoire collective du groupe mais aussi marqué par le système de normes auquel il se réfère* »²⁶³ n'est pas aisément modifiable, alors que les éléments périphériques « *ont pour fonction de s'adapter à la réalité concrète et protéger le noyau central* »²⁶⁴ en intégrant les éléments nouveaux. Ainsi, on comprend davantage comment influencer sur les représentations sociales d'un groupe.

La représentation constitue ainsi un vaste ensemble de constructions théoriques difficile à appréhender dans sa totalité. Nous nous attacherons plus particulièrement aux aspects saillants autant qu'il nous est possible de les mettre en exergue et qui nous semblent les plus pertinents par rapport aux infirmières de l'éducation nationale et leurs représentations sur l'éducation à la santé. Il s'agit de conceptions individuelles qui sont en grande partie déterminées, souvent de manière implicite, par des représentations collectives et sociales, dans la construction desquelles des représentations professionnelles (médicales et soins) et identificatoires (histoires personnelles, romans, films) ne sont pas absentes.

Les représentations sociales sont une reconstruction mentale de la réalité et font appel à des images qui la concrétisent et la simplifient. Elles dépendent de l'histoire, des valeurs, de la conception du monde de l'individu (la personne qui exerce le métier d'infirmière), de son groupe social et professionnel (infirmière citadin / rural, issue d'une famille ouvrière ou d'employés, exerçant en libéral ou en structure collective : nous étudierons en milieu scolaire) et de la société dans laquelle il vit (en l'occurrence la société occidentale et française en particulier). Elles influencent les attitudes et les comportements à l'égard de l'objet auquel elles se rattachent. Identifier ainsi les représentations sociales en éducation à la santé des infirmières scolaires à travers le recueil de leurs conceptions déclarées et mieux connaître leurs pratiques constituent l'objectif de cette recherche.

4.9.7. Lien entre représentations sociales et pratiques

Pour Abric²⁶⁵, une interrelation existe entre les deux. En effet, les pratiques sont liées à des intentions. Il nous explique que « *la nature des relations que le groupe développe et la*

²⁶² Expression de Mugny et Carugati. (1985) p. 183, cités par Abric, J-C. Jam. Cit.

²⁶³ Catanas, M. (2003) « La notion de représentation sociale », 23 janvier 2003, tome VI, mai 1898, site web : www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html, site visité le 12/03/2014.

²⁶⁴ Catanas, M. (2003) Jam. Cit.

²⁶⁵ Abric, J-C. (1994) Pratiques sociales et représentations (sous la direction de), PUF, Paris, 3^{ème} édition, 2001

structure de communication qu'il adopte sont déterminées par la représentation de la tâche ; le type de production du groupe et sa performance ; ainsi que le type de démarche cognitive qu'il utilise résulte de sa représentation »²⁶⁶ ; mais il rajoute : « les représentations et les pratiques s'engendrent mutuellement ».

Pour notre population cible, dans le cadre de l'éducation à la santé, les représentations vont impacter la pratique du groupe, mais les conceptions individuelles sont aussi déterminantes.

4.10. Les conceptions

Pour Giordan et de Vecchi (1987)²⁶⁷, le terme de « *conception* » est « *un ensemble d'idées d'une structure mentale* » structurées autour de notion théoriques et de pratiques de référence. Ainsi cette construction mentale se constitue des informations reçues et des relations du contexte environnemental dans laquelle le sujet se trouve. Ces conceptions déterminent implicitement le sens et les choix de chacun.

Il est nécessaire de distinguer les représentations sociales des conceptions individuelles pour comprendre les pratiques, c'est ce que nous propose Clément ²⁶⁸ (2004).

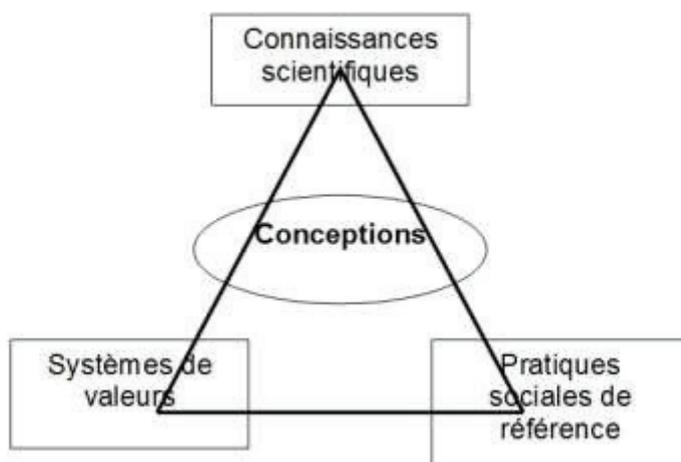
En effet le modèle « $C=f(KVP)$ » proposé nous permet de faire les liens entre les connaissances scientifiques (K) le système de valeurs (V) et les pratiques sociales de référence (P) pour définir les conceptions (C). Ainsi dans ce triangle nous notons le lien entre l'acquisition de *connaissances* conditionnées par des *pratiques sociales professionnelles et ou citoyennes* par rapport au système de *valeurs idéologiques, opinions et croyances*, de l'apprenant.

Figure 9: les conceptions du modèle "KVP" d'après Clément

²⁶⁶ Abric, J-C. (1994) Jam Cit.

²⁶⁷ Giordan, A. et de Vecchi, G. (1987) Les origines de savoir, Delachaux et Niestlé.

²⁶⁸ Clément P. (2004) Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie, Actes du colloque sciences, médias et sociétés de l'ENS Lyon.

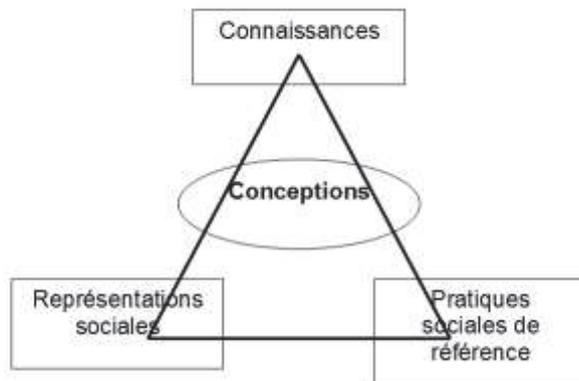


Ce schéma va nous permettre d'analyser les conceptions en santé des infirmières de l'éducation nationale. Dans ce modèle, les connaissances scientifiques de l'infirmière proviennent de son cursus scolaire et de ses autres apprentissages provenant de diverses sources (manuels, revues spécialisées, etc.). Ces connaissances, tout en étant assez proches dans leur contenu des connaissances spécialisées, s'en différencient aussi fortement. Les valeurs de l'infirmier font référence à ses opinions, son idéologie et ses croyances. Pour ce qui est des pratiques, il s'agit des pratiques personnelles et/ou sociales de l'infirmière (ses pratiques en tant que citoyen, en dehors de l'école et de ses pratiques professionnelles dans l'école y compris ses pratiques dans et hors la classe).

Pour Berger et Cardot (2012)²⁶⁹, en s'inspirant du modèle de Clément, pour comprendre les *conceptions* en santé, le système de « valeurs » est remplacé par « les représentations sociales ». Ainsi les conceptions (C) = f(K, RS, P).

Figure 10: les conceptions interaction entre connaissances, représentations sociales et les pratiques sociales de références d'après Berger & Cardot

²⁶⁹ Cardot, J-P. Berger, D. (2012), Formateurs en éducation à la santé : un outil d'analyse des conceptions. Revue Spirale n° 50. pp.167-180



En complément de cet outil, nous resterons vigilants sur l'influence du contexte professionnel qui impacte l'identité professionnelle. Pour Blin (1997)²⁷⁰, les représentations professionnelles sont des représentations sociales spécifiques au milieu professionnel auquel l'individu appartient. En fonction de leur champ professionnel de référence, des relations dans la communauté éducative avec les infirmières construisent et influent l'identité professionnelle de ces dernières. Dubar (2002)²⁷¹ nomme cela la « *socialisation relationnelle* » par l'interrelation entre professionnels dans le milieu du travail. Pour Le Boterf²⁷² (1999), une action mobilise des conceptions mais aussi des ressources inconscientes c'est « *une alchimie étrange* ».

Nous souhaitons démontrer que les conceptions individuelles des infirmières sont hétérogènes et s'articulent entre un pôle orienté vers une approche biomédicale de leur exercice professionnel et un pôle davantage centré sur des pratiques éducatives. Cette double polarité a des incidences significatives sur la conception du métier d'infirmière scolaire, sur la définition du travail et des besoins de formation.

Le rôle spécifique des éducateurs (membres de la communauté éducative) est de promouvoir la santé en milieu scolaire. Force cependant nous est de constater que l'éducation à la santé dépend en partie des représentations de la santé qu'ont les acteurs d'éducation à la santé qu'ils soient enseignants, personnels de santé ou associatifs.

²⁷⁰ Blin, J-F. (1995), Représentations, pratiques et identités professionnelles, L'Harmattan.

²⁷¹ Dubar, C. (2002), La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 3ème édition, Armand Colin.

²⁷² Le Boterf, G. (1999), L'ingénierie des compétences, éditions d'Organisation, 2ème édition

SECONDE PARTIE : Méthodologie de recherche et résultats

Chapitre 5 l'approche mixte liant approche qualitative et quantitative

La démarche retenue est une approche mixte liant approche qualitative et quantitative. Pour étayer ces hypothèses, le travail de recherche porte sur l'analyse des résultats d'une approche qualitative par des entretiens auprès d'un échantillon de la population qui aidera à l'élaboration du questionnaire pour l'approche quantitative.

Effectivement notre étude porte sur la conception et les pratiques en éducation à la santé des infirmières de l'éducation nationale. Pour notre recherche, nous serons intéressés aux facteurs propres aux infirmier(e)s : d'une part, les conceptions qu'ils ont de la santé, de l'éducation à la santé et de leur rôle par rapport à ces questions en formation et, d'autre part, leur parcours professionnel, à travers la formation qu'ils ont reçue (ou pas) pour traiter ces questions et leur sentiment de compétence

5.1. L'analyse qualitative par des entretiens semi-directifs.

L'objectif de ces entretiens semi directifs est de mieux connaître cette population afin d'être en capacité d'élaborer un questionnaire validé pour la phase quantitative.

Pour permettre d'analyser les conceptions en santé et les pratiques en éducation à la santé, l'enquête par entretien semi directif est appropriée. Par le discours nous pourrions toucher les systèmes de représentations et les actions qui en découlent. Les infirmières interviewées nous décriront leurs pratiques en éducation à la santé et en définiront le concept. Le choix des entretiens semi directifs permettra une certaine liberté d'expression des interviewés. Cette interaction entre l'enquêteur et l'enquêté permettra de rester dans le cadre de notre recherche. À travers les résultats nous obtiendrons le monde de référence des infirmières de l'éducation nationale.

La grille utilisée pour les entretiens semi directifs :

Dans notre grille d'entretien, nous avons scindé notre interview en trois parties :

Tableau 4 : éléments de connaissances de notre population cible :

Identification du public

| Questions principales | Questions complémentaires | Questions de clarification |
|--|--|---|
| <p>Age</p> <p>Sexe : M/F</p> <p>Titulaire ou contractuelle</p> <p>Ancienneté dans la fonction d’infirmier(ère) scolaire :</p> <p>Contractuelle</p> <p>Titulaire</p> <p>Résidence administrative :</p> <p>Quotité de travail :</p> <p>Distance géographique entre votre résidence administrative et lieu d’habitation (aller simple):</p> | <p>Depuis...années ou pendant ...années</p> <p>Depuis... années</p> <p>Collège, Collège + secteur, Lycée Général, Lycée professionnel, EREA</p> <p>Secteur rural, urbain, semi-urbain, ZEP</p> <p>Temps plein, Temps partiel</p> | <p>Pouvez-vous m’en dire un peu plus ?</p> <p>Pouvez-vous m’en dire davantage ?</p> <p>Pouvez-vous me donner des exemples ?</p> |

Les éléments contextuels sur leur identité professionnelle de référence :

Tableau 5 : Identité professionnelle

| Questions principales | Questions complémentaires | Questions de clarification |
|--|--|---|
| Portez-vous une blouse blanche dans votre activité professionnelle à l'éducation nationale ? ou tout autre signe distinctif au quotidien qui rend votre fonction d'infirmière « reconnaissable » ? | Stéthoscope autour du cou, trousse d'urgence à la main... Oui non, pourquoi ? | <p>Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?</p> <p>Pouvez-vous m'en dire davantage ?</p> <p>Pouvez-vous me donner des exemples ?</p> |
| Quelles ont été vos motivations pour rentrer à l'éducation nationale ? | | |
| Ces motivations sont-elles les mêmes aujourd'hui ? | Satisfactions ? Écueils ? | |
| Sur quoi repose selon vous votre identité professionnelle d'infirmière en milieu scolaire ? | Quelle est selon vous votre spécificité d'infirmière scolaire ? | |
| Classer par ordre d'importance ce qui est au quotidien attendu dans votre activité professionnelle ? | | |
| Classer par ordre d'importance ce qui est au quotidien attendu par votre hiérarchie dans votre activité professionnelle ? | | |
| Ces missions ou rôles ou actions sont-ils selon vous en accord avec vos missions prescrites par l'institution ? | Si non, qu'est ce qui selon vous pourrait les mettre en adéquation ? | |

Leurs conceptions de l'éducation à la santé, leurs pratiques et formations dans ce domaine :

Tableau 6 : Représentations et pratiques en ES

| | | |
|--|--|--|
| Comment définiriez-vous l'éducation à la santé ? | | Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? Pouvez-vous m'en dire davantage ? Pouvez-vous me donner des exemples ? |
| Comment déclinez-vous votre rôle d'éducatrice de santé dans votre pratique professionnelle ? | Action individuelle lors des passages à l'infirmierie Action collective devant un groupe d'élèves (classe ou club santé) Les deux Autre | |
| Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en éducation à la santé ? | | |
| Quelles satisfactions avez-vous dans l'exercice de votre profession ? | | |
| Quelles insatisfactions avez-vous dans l'exercice de votre profession ? | | |
| Selon vous, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ? | | |

Cette grille d'entretien nous a permis d'être au plus proche du contexte professionnel des infirmières de l'éducation nationale. De même, nous avons approché leurs représentations, leurs conceptions et leurs pratiques en éducation à la santé. Ces résultats nous ont permis d'élaborer avec plus de précision le questionnaire pour l'analyse quantitative de notre recherche. Il était nécessaire d'affiner l'outil quantitatif pour pouvoir mieux prendre en compte l'hétérogénéité des conceptions des infirmières de l'éducation nationale.

5.2 L'analyse quantitative par questionnaire.

Cette partie a été élaborée sur les écrits non publiés des chercheurs du centre Hygée²⁷³ et du professeur D. Berger.

Le développement du questionnaire que nous avons construit pour ce projet de thèse vise à établir une « topographie » des systèmes de conceptions individuelles des infirmier-e-s de l'Education nationale permettant d'accéder aux différentes représentations sociales de leur métier et ambitionne la modification de ces représentations sociales identifiées comme agissantes dans leur exercice professionnel. Il s'agit d'en évaluer l'impact avant d'organiser des dispositifs de formation initiale et continue de ces personnes. L'objectif du questionnaire est donc double :

- (i) Evaluer l'impact des représentations sociales sur les pratiques professionnelles déclarées. Un questionnaire valide, compréhensible et fiable est un outil essentiel pour s'assurer de l'efficacité d'une telle évaluation.
- (ii) Vérifier si les représentations sont diversifiées. Dans notre contexte, le questionnaire va permettre de repérer les différences de conceptions individuelles et leur organisation au sein de systèmes de représentations sociales.

5.2.1. Propriétés psychométriques d'un questionnaire

Pour atteindre nos objectifs, il nous a fallu entreprendre une démarche complexe de validation de l'outil (questionnaire) permettant de les atteindre. La validation d'un questionnaire a pour but de préciser deux aspects fondamentaux : (i) ce que le test mesure (la validité) et (ii) avec quel degré de précision il le mesure (la fiabilité).

5.2.1.1. La validité (*validity*)

De façon générale, la validité d'un instrument de mesure est sa capacité à bien mesurer ce qu'il est censé mesurer. "*Validity refers to the extent to which a test measured what it is purported to measure*" (Kline 1993)²⁷⁴. Il n'y a pas de définition absolue de la validité d'un test, puisque cette validité dépend du contexte d'utilisation de ce test, des fins pour lesquelles il est utilisé et des questions auxquelles il tente de répondre. Différents types ou catégories de validité sont donc nécessaires pour différents types d'instruments. Un test n'est jamais valide en soi, mais c'est son utilisation spécifique qui est valide ou invalide. Il existe des divergences de typologie de validation selon les auteurs. Néanmoins, on distingue classiquement trois

²⁷³ Centre Hygée - Centre Régional de Prévention des cancers <http://wp.centre-hygee.eu/> site consulté le 12/2/2016

²⁷⁴ Kline, P. (1993), *The handbook of psychological testing*. 1993. Routledge.

grandes méthodes pour établir la validité d'un test dans un contexte donné : la validité de contenu, et la validation critériée et la validité de construit (Siméoni, Auquier, Gentile, 1999)²⁷⁵.

La validité de contenu est évaluée pendant l'étape de la construction du questionnaire, tandis que la validité critériée et de construit sont évaluées après la passation du questionnaire.

5.2.1.1.1. La validité de contenu et la validité apparence

La validité de contenu (Content Validity) consiste à vérifier si les questions du questionnaire sont en rapport avec ce que nous voulons expertiser et qui est censé être mesuré, c'est-à-dire qu'elle consiste à s'assurer de la représentativité des éléments qui composent l'instrument de mesure par rapport au concept mesuré, ici les connaissances, conception et attitudes des infirmières face à leur rôle et à leurs pratiques professionnelles déclarées. "*Content (or representative) validity exists when the test provides systematic coverage of the universe of tasks the instrument is designed to measure*". La validité de contenu permet donc de répondre aux questions suivantes : le phénomène exploré par le questionnaire correspond-il bien à ce que l'on cherche ? Tous les domaines composant le phénomène étudié sont-ils bien pris en compte dans ce questionnaire ?

²⁷⁵ Siméoni, M., Auquier, P., Gentile, S., (1999) Conceptualisation et validation d'instruments de qualité de vie à la santé. Enseignements d'une revue critique de la littérature. Journal d'économie médicale, 1999, 17-28

Tableau 7 : Structure du questionnaire

| | |
|--|--|
| <u>1/ QUI ETES-VOUS ?</u> | |
| 1.1. | Sexe / âge |
| 1.2. | Ancienneté de l'éducation nationale |
| 1.3. | Département du lieu de travail |
| 1.4. | Année d'obtention du diplôme d'infirmier (DE) |
| 1.5. | Autre diplôme |
| 1.6. | Poste : |
| 1.7. | Quotité de travail |
| 1.8. | Type d'établissement |
| 1.9. | Secteur de travail : |
| 1.10. | Établissement en ZEP/RRS/Eclair/Ambition réussite ? : |
| 1.11. | Nombre total d'élèves dans vos établissements : et /ou de secteur |
| <u>2/ VOS PRATIQUES EN EDUCATION A LA SANTÉ ?</u> | |
| 2.1. | Mise en place de l'éducation à la santé (de façon collective) dans votre travail sur année 2014 |
| Si non, passez à la Q 2.1.m | |
| ☞ Si oui, | |
| 2.1.a | Niveaux de Classe(s) : _____ Nombre d'élèves : _____ Nombre de séances : _____ |
| IDE seul(e) <input type="checkbox"/> IDE + partenaire <input type="checkbox"/> | |
| 2.1.b | Thématiques abordées : |
| 2.1.c | Vous animez des séances en |
| 2.1.d | De quelle manière Vous avez travaillé : |
| 2.1.e | Travaillez-vous en équipe au sein de votre établissement ou secteur ? |
| 2.1.f | Vous sentez-vous inclus(e) dans l'équipe pédagogique de l'établissement ? |
| 2.1.g | Parvenez-vous à travailler en équipe au sein du CESC ? |
| 2.1.h | Qualité de la relation : Comment estimez-vous vos relations professionnelles |
| 2.1.i | Comment votre travail a-t-il démarré ? |
| 2.1.j | Quels contenus avez-vous abordé en matière d'éducation à la santé ? |
| 2.1.k | Comment jugeriez-vous l'efficacité de ce travail ? |
| 2.1.l | Pensez-vous recommencer ? |
| ☞ Si vous avez répondu non à la question 2.1., | |
| 2.1.m | Si vous n'avez pas pu mettre en place d'actions en éducation à la santé, quelles en sont les raisons ? |
| 2.2. | Sur les 2 pôles de modèles d'éducation à la santé comment situez-vous votre pratique |
| 2.3. | Vous sentez-vous professionnellement ? |
| 2.4. | Comment concevez-vous votre rôle : |
| <u>3-QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR L'EDUCATION A LA SANTE ?</u> | |
| 3.1. | Votre définition de l'éducation à la santé : |
| 3.2. | Vos avis sur ces affirmations ? |
| <u>4/ QUEL TRAVAIL AVEC LES PARTENAIRES ?</u> | |
| 4.1. | Qui considérez-vous comme partenaires ? |
| 4.2. | Avez-vous des attentes vis-à-vis des partenaires dans le domaine de l'éducation à la santé |
| 4.3. | Selon vous, quels partenaires seraient susceptibles de vous aider le plus efficacement ? |
| <u>5/ QUELLE FORMATION EN EDUCATION A LA SANTÉ ?</u> | |
| 5.1. | Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en éducation à la santé ? |
| 5.2. | Avez-vous eu une formation dans ce domaine : |
| 5.3. | Actuellement, ressentez-vous, pour vous même, la nécessité d'une formation |
| Si oui, quels contenus vous semblent appropriés ? | |

La validité de contenu est généralement examinée lors de la construction du questionnaire (choix des items ou comportements représentatifs). Cette validité de contenu n'est pas basée sur les réponses des sujets au questionnaire. Elle fait généralement appel aux jugements d'experts. "*An objective evaluation by content specialist of the depth, breadth, and relevancy of the test items to the content domain is conducted to measure content validity*", ce que nous vérifierons plus loin.

5.2.1.2. Construction du questionnaire

5.2.1.2.1. Source des items

La première étape de construction du questionnaire a consisté à établir une première liste d'items (i), certains formulés par les experts du groupe de travail (brainstorming) (ii), d'autres extraits de questionnaires préexistants publiés dans la littérature, de manuels scientifiques, dépliants et autres documents (iii), d'interview ou de focus groups (iv) (Loewentahl, 2001)²⁷⁶.

- *Constitution du groupe de travail*

Le groupe de travail est composé de chercheurs en sciences humaines du laboratoire spécialisés en sciences de l'éducation, d'infirmier-e-s conseillers techniques et de formateurs de l'ESPE de Lyon spécialisés en éducation à la santé.

- *Focus groups*

Dans notre contexte d'étude, il est important est de s'assurer que les items sont compréhensibles par le public cible et avec un minimum d'ambiguïté quant aux questions. La réalisation de focus-group avec un petit groupe d'infirmier-e-s a été constitué et a permis de développer les 4 thèmes suivant :

- Connaissances et représentations générales concernant la prévention, l'éducation à la santé et la promotion de la santé ;
- Conceptions individuelles concernant la prévention, la protection et l'éducation (Downie & Tannahill) ;
- Analyse des pratiques professionnelles et des fonctionnements institutionnels sur ce sujet y compris la question de la formation ;
- Proximité par rapport au thème de recherche.

- *Revue de la littérature*

²⁷⁶ Loewentahl. K. M. (2001), An introduction to psychological tests and scales. 2nd edition Psychology Press. 2001

Dans un premier temps, nous avons mené une recherche bibliographique sur le sujet. L'objectif est d'inclure le plus grand nombre d'items afin que la liste soit la plus représentative possible de l'ensemble du domaine que l'on cherche à mesurer dans le but de maximiser la validité de contenu du questionnaire. En pratique, nous avons effectué la recherche bibliographique avec Medline et Pubmed. En complément, une recherche bibliographique a été réalisée avec le moteur de recherche de Google Shoolar. Les résultats de cette recherche sont décrits dans le tableau suivant :

Tableau 8. Résultats de la recherche bibliographique de questionnaires

1. Batt, A. & al. *Santé ressentie et implication au travail des infirmier(e)s de l'Education nationale*. Santé Publique, 1999, Volume 11, N° 4, pp. 493-501
2. Berger, D. & al. *Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé*, Santé Publique, 2009, Volume 21, N°6, pp. 641-657
3. Robin S., *Repérage des élèves en difficultés en milieu scolaire. Evaluation comparative des pratiques professionnelles de deux systèmes d'accueil et d'orientation*, Santé Publique, N°2, Volume 18, pp. 311-321, DOI : 10.3917/spub.062.0311
4. Arbois-Callas F. & al., *Education nutritionnelle en milieu scolaire : les ressources potentielles d'un partenariat enseignant/infirmier*, Santé Publique, 2016, N° 2 Volume 28, pp. 145-156
5. Niedhammer I. & al., *Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job content questionnaire » de Karasech : résultats de l'enquête nationale SUMER*, Santé Publique, 2006, N°3, Vol 18, pp.413-427, DOI : 10.3917/spub.063.0413
6. Li-Chun C. & al., *The mediating role of psychological empowerment on job satisfaction and organisational commitment for school health nurses: a cross sectional questionnaire survey*. International journal of nursing studies, Vol. 27, Issue 4, 2010, pp. 427-433
7. Polivka B. J., Valedes Chaudry R., Jones A., *Congruence Between Position Descriptions for Public Health Nursing Directors and Supervisors With National Professional Standards and Competencies*, Journal of Public Health Management and Practice, 2014, 20, 2, 224
8. Morberg S., Lagerström M., Dellve L., *The school nursing profession in relation to Bourdieu's concepts of capital, habitus and field*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2012,
9. Reuterswärd M., Lagerström M., *The aspects school health nurses find important for successful health promotion*, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2010, 24, 1, 156
10. Morberg S., Lagerström M., Dellve L., *The perceived perceptions of head school nurses in developing school nursing roles within schools*, *Journal of Nursing Management*, 2009, 17,
11. Whitehead D., *The health-promoting school: what role for nursing?*, Journal of Clinical Nursing, 2006, 15, 3, 264
12. Croghan E., Johnson C. and Aveyard P., *School nurses: policies, working practices, roles and value perceptions*, Version of Record online: 19 July 2004, pp.377-385 | DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03115.x

13. Bullock L., Libbus M.K., Lewis S. and Gayer D., *Continuing Education: Improving Perceived Competence in School Nurses*, The Journal of School Nursing December 2002 18: 360-363, doi:10.1177/10598405020180060901
14. Haddad M., Butler G.S. & Tylee A., *School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: a UK-wide cross-sectional study*. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66(11), 2471–2480.
15. Tossavainen K., Turunen, H., Jakonen, S. and Vertio, H. (2004), *Health promotional education: differences between school nurses' health counselling and teachers' health instruction in the Finnish ENHPS*. *Children & Society*, 18: 371–382. doi:10.1002/chi.805
16. Daehlen M., *Job satisfaction and job values among beginning nurses: A questionnaire survey*, *International Journal of Nursing Studies*, 2008, Volume 45, Issue 12, pp. 1789-1799
17. Adams S., *Use of Evidence-Based Practice in School Nursing: Survey of School Nurses at a National Conference*, *The Journal of School Nursing* August 2009 25: 302-313, first published on April 10, 2009, doi:10.1177/1059840509335008
18. Oude Rengerink K. & al., *Tools to assess Evidence-Based Practice behaviour among healthcare professionals*, *Evid Based Med* 2013;18:4 129-138 Published Online First: 24 January 2013, doi:10.1136/eb-2012-100969

Search strategy for pre existing Knowledge, attitude, and practice instruments. We conducted a literature review of published survey which uses questionnaires method to find out the knowledge, attitudes and practises of school nurses. Publications that met the inclusion criteria were identified through PubMed. The searches were repeated in Google Scholar. All publications including the words “School nurses Health knowledge, attitudes, practice”, and “questionnaire” or “tool” or “instrument” in the title, key-word and/or abstract were eligible. Only articles published in English or French language journals were used.

5.2.1.2.2. Format des questions

Les questions ont des formats de réponses simples : réponses en oui/non et questions à choix, multi-choix ou échelles de Lickert. Ces dernières présentent plusieurs avantages par rapport aux réponses en oui/non (Kline 1986)²⁷⁷. D'une part, le nombre de réponses obtenues par le seul fait du hasard (1/nombre de choix proposé) est diminué comparativement à un questionnaire en oui/non dont la probabilité de réponse juste par le fait hasard est de 50% et peut grandement affecter le score total, à moins que le questionnaire ne soit suffisamment long. D'autre part, en dehors des connaissances fondamentales et formelles (mathématique, grammaire, logique), il est difficile de proposer des items qui soient juste ou faux sans équivoque. La grande majorité des « vérités » sont incertaines, hypothétiques ou soumises aux circonstances, ce qui correspond mieux à la complexité des représentations sociales. De plus, l'item vrai/faux suscite davantage d'ambiguïtés. Une seule erreur dans l'emploi d'un terme, dans la construction de la phrase ou dans la présentation de l'énoncé et le répondant est conduit à hésiter. Dans un item à choix multiple, le répondant peut se servir des réponses suggérées pour éliminer son hésitation ; dans un item vrai/faux, il ne peut compter que sur l'énoncé qui doit se suffire à lui-même. C'est pour cette raison qu'il est recommandé d'éviter certaines formulations pour écarter toute ambiguïté, d'autant plus qu'il existe une tendance naturelle à l'acquiescement (*yea-saying*).

5.2.1.3. Formulation des items

Le premier critère pour sélectionner les items lors de la construction du questionnaire a été d'éliminer ceux qui étaient ambigus ou incompréhensibles, soit parce trop difficiles, soit parce utilisant un jargon utilisé par les professionnels de santé ou de la formation, ou bien parce qu'à double-sens (Streiner and Norman, 1989)²⁷⁸.

- *Longueur des items*

Les items ont été écrits aussi courts que possible. La validité des items décroît lorsque la longueur des items augmente.

- *Redondances*

Les répétitions ont été identifiées et supprimées.

- *Niveau de lecture*

Nous avons également pré-testé le questionnaire sur un groupe de personnes comparable à la population cible (voir le paragraphe plus loin sur la validité faciale). Nous avons demandé à

²⁷⁷ Kline, P. (1986) A Handbook of test construction. Methuen and Co. 1986

²⁷⁸ Streiner and Norman, (1989), Health Measurement scale. A practical guide to their development and use. Oxford medical publication.

des personnes (infirmier-e-s volontaires) non pas de répondre réellement aux questions mais de lire chaque item et d'indiquer s'ils les comprenaient afin d'éviter l'erreur souvent commise de demander à des collègues ou à un échantillon de convenance ne ressemblant pas à la population finale.

- Questions à double sens

Nous avons également été très vigilants quant aux questions posant deux ou plusieurs interrogations en même temps, chacune pouvant être interprétée différemment. Le pré-test sur un échantillon a permis de diminuer ce risque.

- Non ambiguïté du vocabulaire

La même méthode de pré-test a été utilisée pour déterminer si les items étaient ambigus ou mal écrits.

5.2.1.4. Estimation de la validité de contenu

La première version du questionnaire réalisée, la validité de contenu a été estimée par la méthode des "juges experts" sélectionnés qui ont confirmé, complété ou réduit cette première sélection. La sélection des membres du jury s'est faite sur la base de l'expérience, des connaissances (ils doivent être représentatifs de l'état actuel des connaissances) et de la disponibilité en face à face, par téléphone ou par courrier. L'avis de 5 experts a été nécessaire afin de pouvoir vérifier la concordance des jugements. Chaque membre a reçu par fichier électronique la liste des items, une lettre d'introduction décrivant les objectifs de l'étude et des instructions pour évaluer les items et les caractéristiques du questionnaire (clarté, pertinence, formulation des items etc.)²⁷⁹

Une réunion a été ensuite programmée avec les experts pendant laquelle tous les items ont été considérés, discutés et revus un à un. Les experts ont été invités à commenter le langage, le format de réponse et à suggérer/supprimer des items. Leurs jugements ont été formulés de manière indépendante puis comparés dans un second temps. Le questionnaire a été modifié suite aux recommandations de ces jugements.

²⁷⁹ Pour plus de détails, se référer à James F., Mc Kenzie, Martin L., Wood, Jerome E Kotecki, Jeffrey K Clark, Rebecca A Brey.(1999) Establishing Content Validity: Using Qualitative and Quantitative Steps. Am J Health Behav, 1999, 311-318. http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic181818.files/McKenzie_et_al.pdf site consulté le 14/09/2016

L'analyse de contenu s'est parfois avérée difficile quand la construction était trop abstraite ; l'appréciation qualitative des membres du jury a dû être complétée par une évaluation quantitative dans laquelle nous avons demandé aux juges d'attribuer pour chaque item une cote de pertinence à l'aide d'échelles de Likert. Cette évaluation a été réalisée sur l'instrument révisé prenant en compte les changements issus de l'évaluation qualitative.

Les techniques statistiques utilisées portent sur l'analyse des cotations des juges en regard des items du test.

Nous avons produit un index ou ratio de validité de contenu. Une première méthode a consisté à demander aux experts de noter les items sur une échelle de 3 points : 0 pour item non nécessaire, 1 pour « item utile », et 3 pour « item essentiel » (Laswhe (1975)²⁸⁰, Veneziano Hooper²⁸¹). Un CVR (Content Validity Ratio) est calculé ensuite pour chaque item de la façon

suivante :
$$CVR = \frac{n_e - (N/2)}{N/2}$$
 où n représente le nombre de juges indiquant « item essentiel »

tandis que N est égal au nombre total de juges. Le minimum nécessaire du CVR pour atteindre la signification statistique dépend du nombre de juges. Le score pour l'instrument entier est appelé CVI (Content Validity Index) et il correspond à la moyenne des CVR pour tous les items retenus. Le CVI pour chaque item est la proportion d'experts qui ont noté un item en 2 ou 3 sur l'ensemble des experts. L'item est supprimé s'il n'atteint pas le niveau requis de signification ($CVR > 12$ dépendant du nombre de juges). Le CVI pour l'ensemble de l'outil est la proportion du nombre d'items retenus sur l'ensemble des items.

5.2.1.5. Estimation de la validité apparente ou d'apparence (Face Validity)

Nous avons ensuite étudié la validité *apparente qui est différente* de la validité *de contenu (définie plus haut)*. En effet, il ne suffit pas que la validité soit acceptable ; il faut aussi que cette validité soit claire et évidente pour tous les acteurs concernés ; la validité apparente (face validity) correspond à la compréhension de l'item par l'utilisateur et donc à une perception plutôt qu'à un fait objectif. La validité apparente correspond à ce que le test semble mesurer, c'est-à-dire est-ce que le test « semble valide » aux yeux des examinés ? ²⁸² *“Face validity implies that a test appears practical, pertinent, and related to the purpose of the test. A measurement of face validity is obtained by asking people representative of the intended audience to rate the validity of the test as it appears to them.”*

²⁸⁰ Lashe, A., (1975) quantitative approach to content validity. Personnel Psychology Vol 28, issue 4, 563-575.

²⁸¹ Veneziano Hooper. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. Am J Health Behav 1997, 21 (1): 67-70

²⁸² Anastassi, A. (1994). Introduction à la psychométrie. Montréal : Guérin éditeur.

Elle est donc distincte de la question de ce que le test mesure de fait et elle ne correspond que rarement à la validité réelle ; en effet, il est tout à fait possible de prendre au sérieux un test dont les résultats ne veulent rien dire, et à l'inverse de se méfier d'un test dont les résultats sont systématiquement confirmés par des études théoriques. La validité apparente reste néanmoins importante à considérer car elle peut avoir un impact sur le climat de passation et indirectement sur les qualités psychométriques du test. La meilleure source d'information pour juger la validité apparente d'un questionnaire est souvent fournie par la population cible elle-même. La validité apparente n'est donc absolument pas un substitut à la validité objective d'un test.

A la fin du processus de validité de contenu, la compréhension et la validité faciale ont été testées sur le terrain par l'intermédiaire d'entretiens cognitifs réalisés auprès d'un échantillon de commodité ("*convenience sample*") composé de 15 infirmières par groupe de 4 ou 5. Cette étape a eu pour objectifs de tester la durée de remplissage du questionnaire, d'alerter les investigateurs sur les problèmes potentiels de compréhension et de vocabulaire et de fournir une opportunité d'améliorer le questionnaire. Chaque entretien a fait l'objet de notes précises. Les éventuelles mauvaises interprétations ont été relevées et analysées par le groupe de travail et un consensus trouvé pour améliorer la clarté des items.

5.2.1.6. Conclusion sur la validité de contenu et sur la nécessité de réalisation de l'étude pilote pour évaluer les autres types de validité

La validité de contenu est une étape préalable essentielle dans l'établissement de la validité, mais elle n'est pas suffisante à elle seule. La validité de construit ou de critère doit également être démontrée. Bien qu'on retrouve dans la littérature un grand nombre de termes utilisés, la situation se réduit finalement à deux situations (Streiner and Norman, 1989)²⁸³. Si l'on dispose de mesures similaires de référence, on emploie alors la validité de critère. Lorsqu'il n'existe pas de mesure adéquate du même type qui pourrait permettre de valider directement l'instrument, on recherche comment notre mesure pourrait théoriquement être reliée à d'autres variables et on emploie alors la validité de construit ce qui est le cas de cette étude. Le type de validité à privilégier dans notre contexte a donc été la validité de construit.

L'étape finale du développement du questionnaire a nécessité de conduire une étude pilote pour tester la validité de construit et la fiabilité du questionnaire. Un nouvel échantillon de 40 infirmier-e-s, dont aucun n'a participé au pré-test, a été recruté pour compléter la version

²⁸³ Streiner and Norman, (1989) Health measurement Scale. A practical guide to their development and use. Oxford medical publication.

finale du questionnaire. Nous avons attribué des scores à chaque item. Le pourcentage de réponses correctes pour chaque item et domaine a été calculé et avons procédé à une combinaison linéaire pondérée des items. La pondération a été décidée à posteriori après une analyse factorielle (cf. partie validité de structure interne).

5.2.2. La validité de critère

La validité de critère (*criterion-related validity*) est « la propriété d'une méthode qui mesure correctement le phénomène en référence à un critère pris comme référence »²⁸⁴. "*Criterion validity is the assurance that the test measures what it purports to measure because it is correlated with another meaningful variable*". Elle permet d'évaluer avec quel degré d'efficacité le test prédit le comportement ou la performance des individus dans des activités spécifiques. "*Criterion validity indicates the effectiveness of a questionnaire in measuring what it purports to measure. The responses on the questionnaire being developed are checked against an external criterion, or a gold standard*". Les résultats au test sont donc comparés ou mis en relation avec une variable externe, que l'on nomme le critère ("*criterion-related validity*") qui est une mesure directe et indépendante, puisée dans le domaine de comportement que le test a pour objectif de prédire. Par définition, le critère « doit être une mesure supérieure et fidèle du phénomène étudié »²⁸⁵, une référence indiscutable par l'ensemble de la communauté scientifique appelée « *gold standard* » dans la littérature anglo-saxonne.

La référence « peut être une étude qui a été utilisée dans le même domaine et qui a été validée à cette occasion »²⁸⁶ ou bien un critère externe en lien avec le test (par exemple, les réponses à un questionnaire sur l'hygiène de vie peuvent être validées par la corrélation avec des mesures biologiques, comme le niveau de lipides, la consommation d'oxygène ou des mesures biométriques). On applique « les deux méthodes de façon simultanée sur la même population et les résultats doivent présenter une forte corrélation pour que l'on puisse déduire de la validité de l'instrument de référence la validité du nouvel outil ». La corrélation entre le score au test et le critère constitue ainsi un coefficient de validité. Nous n'avons pu trouver d'étude préalable à la nôtre permettant de tester cette validité de critère. Nous avons donc tenté de rechercher du côté de la validité convergente et discriminante.

²⁸⁴ Midy, F. (1996), LATEC (UMR 5601 - CNRS, Université de Bourgogne)

http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/2304/LATEC-DT_96-12.pdf?sequence=1 site consulté le 12/03/2014

²⁸⁵ Midy, F. (1996), Jam. Cit.

²⁸⁶ Midy, F. (1996), Jam. Cit.

Validité convergente (convergent validity) et validité discriminante (discriminant validity)

Dans la validité convergente, on cherche à montrer que « la mesure d'un concept est indépendante du processus de mesure qui a été suivi »²⁸⁷. Autrement dit, deux mesures différentes d'un même concept doivent aboutir au même résultat. *“Convergent validity is a correspondence or a convergence between constructs that are theoretically similar”*; *“Convergence validity is inferred when theoretically related constructs are significantly correlated”*. *“A researcher could conclude convergent validity of a tool if similar results are achieved with other validated tools used”*. Par exemple, différents tests de connaissances sur la nutrition doivent être fortement corrélés s'ils mesurent le même construit. Nous avons ainsi au sein du questionnaire abordé plusieurs concepts à travers différentes questions et considéré que les réponses à ces questions devaient être convergentes pour établir leur validité.

Dans la validité discriminante, en santé publique, on cherche à montrer l'absence de corrélation entre le test et d'autres études valides qui sont supposés mesurer des construits théoriquement indépendants. *“Discriminant validity is the instrument's capability to differentiate or discriminate between constructs that are theoretically different”*. Par exemple, on peut montrer qu'un test de raisonnement numérique est peu (ou même, pas) corrélé avec un test de compréhension de texte. *“Discriminant validity would be supported if correlations are low between the pain tool and a measure of comfort and well being”*.

Une façon courante d'examiner la validité discriminante reliée à un critère consiste à comparer les performances au test X obtenues auprès de deux ou plusieurs groupes qui se distinguent de façon marquée par rapport à un critère (par exemple conception biomédicale vs approche globale ; rôle conseiller technique vs animateur; inclusion de l'équipe pédagogique vs non inclusion...). Lorsque l'étude « a un objectif de discrimination, c'est-à-dire de classification des individus en fonction d'un critère donné, on se sert d'une population de référence, composée de deux groupes : le groupe A qui possède le critère discriminatif et le groupe B qui ne le possède pas. »²⁸⁸ La validation consiste à évaluer la sensibilité de l'instrument en testant son aptitude à révéler le critère dans la population A ainsi que sa spécificité en testant son aptitude à ne pas révéler le critère dans la population B. Le critère est défini comme l'appartenance à un groupe spécifique. On parle aussi de méthode des groupes-contrastés. Dans ce cas, pour se prononcer sur la validité, il est possible de comparer les moyennes qu'ont obtenues au test les deux groupes ou plusieurs groupes à l'aide de l'analyse

²⁸⁷ Midy, F. (1996), Jam. Cit.

²⁸⁸ Midy, F. (1996), Jam. Cit.

de la variance. Cette analyse donne une preuve que le questionnaire permet de distinguer des groupes contrastés.

« *If the populations are normal with identical covariance matrices, discriminant analysis estimators are preferred to logistic regression estimators for the discriminant analysis problem. In most discriminant analysis applications, however, at least one variable is qualitative (ruling out multivariate normality)* » (St-James & Wilson, 1978²⁸⁹ ; Huberty, 1994²⁹⁰)

5.2.3. La validité de construit

La validité de construit est aussi appelée validité conceptuelle ou validité théorique (construct validity). Elle est liée à la cohérence du test avec la théorie entourant le construit. La validation de construit d'un test consiste à s'interroger sur notre degré de certitude lorsqu'on affirme que celui-ci mesure un trait ou construit théorique. *“Construct validity refers to the extent to which the new questionnaire conforms to existing ideas or hypotheses concerning the concepts (constructs) that are being measure”* (Anastasi, 1985²⁹¹; *“Construct validity relates to how well the items in the questionnaire represent the underlying conceptual structure.* La validation de construit recourt à plusieurs méthodes différentes dans le but de cumuler diverses preuves montrant jusqu'à quel point le test fournit une mesure adéquate du construit théorique qu'on prétend qu'il mesure. De fait, la validation de construit englobe pratiquement tous les autres types de validité (c'est-à-dire la validité de contenu et validité de critère). Le résultat de cette démarche de validation n'aboutit pas à un indice statistique unique mais à plusieurs résultats qui ont été interprétés en relation avec les éléments théoriques sur lesquels s'appuie le test. Avec cette perspective, on fait l'hypothèse d'une réalité quantitative sous-jacente au test. La validité de construit d'un test est plus facilement réalisable si la théorie sous-jacente est bien définie et bien explicite. *“Construct validity refers to the extent to which the new questionnaire conforms to existing ideas or hypotheses concerning the concept”* (Anastasi, 1985)²⁹².

La structure du questionnaire a donc été validée de deux façons :

²⁸⁹ S. James Press and Sandra Wilson, (1978), Choosing between Logistic Regression and Discriminant Analysis, , Journal of the American Statistical Association, Vol. 73 , Iss. 364

²⁹⁰ Huberty, C.J.(1994), Applied discriminant analysis. CIMMYT. New York (USA), John Wiley and Sons., 466 p

²⁹¹ Anastasi. A. (1985), psychological testing, 4th ed,Macmillan, New York for assessing healtg indices. J Chronic Dis: 38: 27-36

²⁹² Anastasi. A. (1985), Jam.cit.

- en utilisant des mesures du même phénomène, provenant d'autres sources que celles du questionnaire (validité de structure externe) ;
- en utilisant les mesures même du questionnaire (validité de structure interne).

5.2.4. La validité de structure externe

Faute de « *gold standard* » dans notre étude, on peut comparer les données du questionnaire avec celles provenant d'autres mesures et vérifier le degré de convergence et de divergence de deux sources en calculant des corrélations »²⁹³. "*Construct validity evaluation includes the degree to which a measure correlates with other measures to which it is similar (convergent validity) and does not correlate with (diverges from) measures that are dissimilar (discriminant validity)*" (Anastasi, 1985)²⁹⁴. On retrouve les mêmes définitions énoncées précédemment pour la validité de critère (cf. partie précédente)

- *validité convergente (convergent validity)*: « corrélation avec les résultats d'une autre méthode mesurant le même phénomène ».²⁹⁵ Par exemple, lorsqu'on évalue la dégradation physique dans le cas de l'arthrose, les items associés à la marche doivent être positivement corrélés à la durée de marche pour faire 50 mètres. Ce dernier item n'étant pas inclut dans l'échelle.
- *Validité discriminante (discriminant validity)*: « absence de corrélation avec les résultats d'une autre méthode connue pour être sans relation avec la structure évaluée ou mesure par rapport à une ou plusieurs variables explicatives »²⁹⁶. Lorsqu'un construit est théoriquement et explicitement relié à une ou plusieurs caractéristiques évidentes de l'individu, la mesure de ce construit devrait rendre compte de cette relation attendue. Dans la validité discriminante, on retrouve la méthode des groupes différents a priori ou méthode des groupes contrastés (*known groups* ou *constrained grouped-approached*). Pour certains auteurs, cette méthode est un sous-type de la validité de critère. On constitue deux groupes de sujets a priori nettement différents pour le concept étudié. Les moyennes des scores obtenus dans chacun de ces deux groupes doivent alors être significativement différentes. "*Discriminant validity is inferred when a measurement of a construct is successful at differentiating between*

²⁹³ Midy, F. (1996), LATEC, F. (UMR 5601 - CNRS), Université de Bourgogne

http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1730/INRS_178.pdf?sequence=1 site consulté le 14/3/2014

²⁹⁴ Anastasi. A. (1985), *psychological testing*, 4th ed, Macmillan, New York for assessing health indices. *J Chronic Dis* 1985: 38: 27-36

²⁹⁵ Midy, F. (1996), LATEC, F. (UMR 5601 - CNRS), Université de Bourgogne

http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1730/INRS_178.pdf?sequence=1 site consulté le 17/4/2014

²⁹⁶ Midy, F. (1996), *Jam. Cit*

people with different amounts of the trait being represented by the construct (Sapp and Jensen, 1997)²⁹⁷ “Known groups method is a typical method to support construct validity and is provided when a test can discriminate between a group of individuals known to have a particular trait and a group who do not have the trait. Similarly, known groups may be studied using groups of individuals with differing levels/severities of a trait. Again the known groups methods will evaluate the test's ability to discriminate between the groups based on the groups demonstrating different mean scores on the test. For example, a group of individuals known to be not depressed should have lower scores on a depression scale than the group known to be depressed”.²⁹⁸ “In the contrasted grouped-approach, two groups known to be high and low in the construct being measured are sampled. The mean scores of the two groups should differ significantly in the expected direction if the instrument is valid”. (De Von et al. 2007).²⁹⁹

En pratique, la validité de construit de notre questionnaire a été vérifiée en étudiant si le score total permet de distinguer de façon significative des groupes d’infirmier-e-s connus pour avoir différents niveaux de connaissance et des pratiques professionnelles différentes. Les scores moyens des groupes diffèrent dans le sens attendu. Par exemple, les infirmier-e-s déclarant s’inscrire dans une approche biomédicale vs approche globale de l’éducation à la santé selon les critères définis par les auteurs (Cardot, Jourdan, Eymard) ont un score significativement plus faible au questionnaire.

5.2.5. La Validité de structure interne

« La validité de structure interne doit confirmer par les données, la structure postulée du questionnaire. Le lien existant entre deux items appartenant à un même domaine, donc explorant sur le plan théorique le même concept, doit être plus fort que le lien pouvant exister

²⁹⁷ Sapp and Jensen, (1997). *The reliability and validity of nutrition knowledge and diet-health awareness tests developed from 1989 ± 1991 diet and knowledge surveys*. J. Nutr. Educ. 29, 63 ± 72”. <http://strokengine.ca/assess/definitions-en.html>: site consulté le 11/12/2014

²⁹⁸ Portney LG, Watkins M, (2008), *Foundations of Clinical Research: applications to practice*, 3rd ed. Prentice-Hall.

²⁹⁹ De Von et al. (2007) “*A psychometric toolbox for testing validity and reliability.*” In J Nurs Scholarsh. 2007;39(2):155-64

entre deux items de domaines différents. Cette validité s'explore classiquement par les analyses factorielles, exploratoires ou confirmatoires et la cohérence interne »³⁰⁰.

L'analyse factorielle

L'analyse factorielle est un moyen de tester la validité de construit en vérifiant si les réponses aux items se regroupent comme elles le devraient théoriquement, selon les dimensions postulées au départ Anastasi (1994)³⁰¹. *“Factor analysis is one statistical tool which is useful in establishing the construct validity of an attitude measuring instrument because this technique can identify the basic dimensions underlying a domain of responses (Sims, 1981)”*. *“Factor analysis is one statistical technique that can be used to determine the constructs or domains within the developing measure. This approach can, therefore, contribute to establishing construct validity”*.

L'analyse factorielle permet de simplifier l'interprétation d'un grand nombre de corrélations entre les variables. Grâce à cette méthode, le nombre de variables est ramené à un nombre relativement petit de dimensions ou facteurs représentatifs de traits communs sous-jacents. Les facteurs résultants sont définis par leur corrélation avec les variables originales. Par exemple, 2 ou 3 facteurs peuvent suffire à rendre compte des corrélations entre 20 items. On pourrait par conséquent décrire la performance des sujets à l'aide de 2 ou 3 scores factoriels, plutôt qu'en utilisant leurs scores aux 20 items. L'un des objectifs principaux de l'analyse factorielle est donc de simplifier la description des comportements en réduisant une multitude de variables, chacune correspondant à un test individuel à quelques facteurs ou traits communs. Par exemple, nous avons à mesurer les connaissances des infirmier-e-s sur un large éventail de domaines en éducation. Un premier facteur a été l'approche biomédicale. Un second facteur, l'inclusion dans l'équipe pédagogique. Un autre, la capacité du sujet à se projeter sur la fonction de conseiller technique, le sentiment d'isolement...

Une fois ces facteurs identifiés, ils servent à décrire la composition factorielle d'un test. On peut caractériser chaque item en faisant appel aux principaux facteurs qui rendent compte de ses scores, en précisant la proportion de la variance totale des scores « expliquée » par chaque facteur, de même que les saturations, les corrélations entre le test et chacun des facteurs.

“Factorial validity is the property of a measurement method with which items intended to measure the same attribute correlate better with one another than with items measuring other attributes (in particular, item measuring the same attribute tend to constitute a ‘factor’ when

³⁰⁰ Midy, F. (1996), LATEC, F. (UMR 5601 - CNRS), Université de Bourgogne http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1730/INRS_178.pdf?sequence=1 site consulté le 12/9/2014

³⁰¹ Anastasi (1994). Introduction à la psychométrie. Guérin éditeur.

multivariate descriptive analysis such as exploratory factor analysis or principal component analysis are performed).

On distingue l'analyse factorielle exploratoire, décrite ci-dessus, qui permet de simplifier un grand nombre de données et de cartographier les variables importantes, de l'analyse factorielle confirmatoire qui, comme son nom l'indique, est utilisée pour confirmer ou tester des hypothèses. Elle nécessite que l'on précise a priori notamment le nombre de facteurs ou variables latentes, leur orthogonalité ou non, les items correspondant à chacun d'entre eux. En pratique, cette méthode est utilisée lorsqu'on a une certaine confiance fondée sur plusieurs résultats antérieurs fiables dans la structure factorielle postulée a priori. La démarche pratique est donc bien souvent plus exploratoire que confirmatoire.

L'analyse factorielle est utile lorsque l'on est face à un questionnaire complexe, composé d'une grande variété d'items qui veulent explorer plusieurs champs et par conséquent ne sont parfois pas bien liés entre eux, alors que l'on ne connaît pas les facteurs sous-jacents. C'est le cas dans notre approche exploratoire de systèmes de représentations qui sont très complexes et parfois contradictoires. En revanche, lorsque l'on connaît les différents facteurs, on peut écrire pour chacun une sous-échelle et examiner alors la validité de chaque sous-échelle (Fermanian, 1996)³⁰². *“Principal component analysis explores the inter-relationship of variables. It provides a basis for the removal of redundant or unnecessary items in developing measure and can identify the associated underlying concepts, domains or subscales of a questionnaire.”*

5.2.6. Conclusion sur la validité

La validité est une condition nécessaire mais non suffisante. Après s'être assuré que l'on vise la bonne cible, on doit pouvoir l'atteindre de façon régulière. La fiabilité du questionnaire final a du donc être également évaluée.³⁰³

5.2.7. La fiabilité (*reliability*)

Un instrument est dit fiable si le résultat qu'il fournit est stable et reproductible au cours d'une administration répétée du test. En psychométrie, la fiabilité a deux significations. Un questionnaire est dit fiable s'il a une cohérence interne mais aussi s'il donne les mêmes scores pour chacun des sujets au cours d'une ré-administration du questionnaire (Kline, 1986).

³⁰² Fermanian,(1996) *Evaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter*. Rev Epidem. et Santé Publique, 1996, 44 : 278-286

³⁰³ Fermanian,(1996), Jam. Cit.

5.2.8. La stabilité des réponses dans le temps

La fiabilité des réponses dans le temps est évaluée avec une procédure de test-retest qui implique l'administration du questionnaire aux mêmes individus dans les mêmes conditions après une période de temps. La fiabilité dans le test est essentielle. Si un test ne réussit pas à fournir le même score pour un sujet à différentes occasions, c'est que cela ne fonctionne pas bien. Lorsqu'on inclut ce type de fidélité, il faut spécifier l'intervalle de temps entre les deux passations. Cette durée étant suffisamment longue pour minimiser les effets de mémoire éventuels entre le test-retest, et suffisamment courte pour qu'il n'y ait pas de changements trop important du niveau de connaissance et des comportements. « *Le coefficient de fiabilité est égal simplement à la corrélation entre les deux mesures réalisées à des temps différents* ». Plus précisément, la stabilité test-retest de la version finale de l'outil sera déterminée en calculant le coefficient de corrélation (*Spearman's correlation*) des scores au temps 1 et les mêmes scores au temps 2 pour (1) le score total (2) les scores de chacune des variables d'attitudes (échelles de Likert). Les scores obtenus se situent tous entre 0,75 et 0,9.

5.2.9. La cohérence interne

Une autre approche souvent utilisée pour tester la fiabilité d'un questionnaire est de tester la cohérence interne des items (le degré selon lequel les personnes répondent à des questions similaires de la même façon). En effet, pour qu'un test soit valide, il est nécessaire qu'il soit cohérent. La cohérence interne (*internal consistency*) des items doit être testée par section avec le coefficient alpha de Cronbach pour les variables continues (Cronbach, 1951).

Notre questionnaire utilise des items à scores multiples dans lesquels l'examiné reçoit un score différent selon qu'il répond « habituellement », « parfois », « rarement » ou « jamais ». Le coefficient alpha est le suivant : Le coefficient alpha de Cronbach se définit comme suit ³⁰⁴.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$
 où k est le nombre d'items du test, s_i^2 la variance du i^{ème} item, et s_T^2 la

variance du score total créée en additionnant tous les items. La technique consiste à calculer pour chacun des items la variance des scores de tous les sujets puis d'additionner ces variances pour tous les items. Nous obtenons 0,78 pour notre étude. Les coefficients de fiabilité pour notre étude varient entre 0,65 et 0,78. Plus le score est élevé et tend vers 1 et plus le questionnaire est fiable. Nunnally (1978) a indiqué 0,7 comme limite acceptable du coefficient de fiabilité (que ce soit stabilité ou cohérence) mais on peut trouver un niveau

³⁰⁴ Bland, Altman.(1997), *Cronbach's alpha*. BMJ vol 314, page 572.

minimum acceptable pour un coefficient de cohérence interne plus bas dans la littérature, entre 0,5 et 0,7 (Bowling, 2002).

5.3. Validations de questionnaires similaires publiées dans la littérature médicale

La méthodologie employée dans la littérature médicale pour tester les qualités psychométriques de questionnaires sur les connaissances et attitudes en santé a été analysée sur la base d'un peu moins de vingt articles identifiés par Medline et accessibles sur le Portail d'information scientifique des unités CNRS en Sciences humaines et sociales - biblioSHS ou en accès libre, principalement dans les champs de la nutrition, des maladies sexuellement transmissibles et des maladies respiratoires. Les propriétés psychométriques testées et les méthodologies employées sont indiquées dans le tableau 2 ; les références des articles sont indiquées dans le tableau 3. Enfin, des citations de ces articles sont évoquées dans le texte précédant.

Tableau 9 : propriétés psychométriques testées et méthodologie employée dans la littérature médicale pour des questionnaires similaires

| Référence | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | Thèse | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|---|
| <i>Validité de contenu</i> | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Analyse d'item | X | | X | | | X | | X | | X | | X | | X | X | | X | | | X |
| <i>Validité de construit ou de critère</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analyse factorielle | X | | | | | | X | | X | | | | | | X | | X | | | X |
| Méthode des groupes contrastés | X | X | X | X | | | | X | X | X | X | X | | X | | X | X | X | | X |
| Changement suite à une intervention | X | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | |
| Corrélation avec un critère | | | | | | | | | | | | | | | X | | | X | | X |
| <i>Fiabilité</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cohérence interne | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | | X |
| Test-retest | X | | | | X | | | X | X | | | | X | | X | | | X | | X |

Tableau 10 : Validation des qualités psychométriques dans la littérature médicale

- [A] MP. Carey, D. Morrison-Beedy and BT. Johnson. The HIV-Knowledge Questionnaire: Development and Evaluation of a Reliable, Valid, and Practical Self-Administered Questionnaire *AIDS and Behavior Vol. 1, No. 1, 1997*
- [B] M. Al-Motlaq and K. Sellick. Development and validation of an asthma knowledge test for children 8–10 years of age. *Child: care, health and development* 37,1, 123–128, 2011
- [C] Rees C., Abed R., Sheard C. Development of a reliable and valid questionnaire to test the prostate cancer knowledge of men with the disease. *Patient Education and Counseling*. 51. 2003. 285-292.
- [D] M. Dickson-Spillmann, Michael Siegrist, Carmen Keller. Development and validation of a short, consumer-oriented nutrition knowledge questionnaire. *Appetite*. 56 (2011) 617-620
- [E] P. Maples, A. Franks, Shaunta' Ray, A.B. Stevens, L.S. Wallace Development and validation of a low-literacy Chronic Obstructive Pulmonary Disease knowledge Questionnaire (COPD-Q) *Patient Education and Counseling* 81(2010) 19-22
- [E] K. Mc Cance, K. Mooney, K. Smith, R. Field Validity and reliability of a breast cancer knowledge test *American Journal of preventive medicine*, 6(1990) 93-98
- [G] Siti Sabariah B, Zailiah MS, Norlijah O, Normah H, Maznah 1, Laily P, Zubaidah J, Sham MK & Zabidi Azhar MH Reliability and Validity of the Instrument Used in the HELIC (Healthy Lifestyle in Children) Study of Primary School Children's Nutrition Knowledge, *Attitude and Practice Ma1 J Nutr* 12(1): 33-44, 2006
- [H] K. Parmenter and J Wardle Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults *European Journal of Clinical Nutrition* (1999) 53, 298±308
- [I] H. John, G. J. Treharne, E. D. Hale, V.F. Panoulas, D. Carroll, G.D. Kitas Development and initial validation of a heart disease knowledge questionnaire for people with rheumatoid arthritis *Patient Education and Counseling* 77 (2009) 136-143
- [G] Venter I Construction of a valid and reliable test to determine knowledge on dietary fat of higher-educated young adults *S Afr J Clin Nutr* 2008;21(3) 133-139
- [K] S. G. Sapp, H. Jensen. Reliability and Validity of Nutrition Knowledge and Diet-Health Awareness Tests Developed from the 1989-1991 Diet and Health Knowledge Surveys, *Journal of Nutrition Education* 1997, Vol 29, Number 2, 63-72
- [L] J Venter Development of a Valid and Reliable Test for Higher-Educated Young Adults. *Measuring Dietary Fibre Food Source and Health-Disease Association Knowledge Tydskrif vir Gesinsekologie en Verbruikerswetenskappe*, Vol 34, 2006
- [M] NB. Zite, L S. Wallace Development and validation of a Medicaid Postpartum Tubal Sterilization Knowledge Questionnaire. *Contraception* 76 (2007) 287–291
- [N] L. H. Whati, M. Senekal, N. P. Steyn, Nel, C. Lombard, S Norris Development of a reliable and valid nutritional knowledge questionnaire for urban South African adolescents *Nutrition* 21 (2005) 76-85
- [O] B C. Jaworski, M P. Carey Development and Psychometric Evaluation of a Self-administered Questionnaire to Measure Knowledge of Sexually Transmitted Diseases *AIDS Behav* (2007) 11:557–574
- [P] G.M. Humphris, M. Duncaif, D. Holt, E.A. Field The experimental evaluation of an oral cancer information leaflet *Oral Oncology* 35 (1999) 575±582
- [Q] J Erbllich, K Brown, YKimec, HB. Valdinarsdotir. Development and validation of a breast cancer genetic counselling knowledge questionnaire. *Erblich, Brown, Youngmee, Kim. Patient Education and Counseling* 56 (2005) 182–191
- [R] Allen R M., Abdulwadud, O.A. Jones, M.P. Abramson, M Walters H. A reliable and valid asthma general knowledge questionnaire useful in the training of asthma educators *Patient Education and Counseling* 39 (2000) 237–242

Dans le cadre de la méthode mixte :

Le cadre méthodologique est celui d'une méthode mixte qui associe approches qualitative et quantitative (Creswell, 2009)³⁰⁵. Sa singularité est de penser les apports issus de différentes méthodologies dans une logique d'articulation et non de juxtaposition. Ce cadre théorique constitue une posture de recherche spécifique, mais n'enlève rien à la consistance épistémologique propre des différentes méthodologies utilisées.

L'objectif des entretiens semi-directifs est de mieux connaître la population afin d'être en capacité d'élaborer un questionnaire pour la phase quantitative dans le cadre de la méthode mixte décidée pour cette recherche.

³⁰⁵ Creswell, J-W. (2009). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3e édition). Thousand Oaks, California : Sage publications.

Chapitre 6 - Résultats et analyse

6.1. Analyse qualitative

6.1.1. Protocole de passation

La grille d'entretien (Annexe 1) a été élaborée puis testé et re-testé en amont auprès d'un groupe d'infirmières scolaires dans la Loire³⁰⁶. Avec l'aide de l'infirmière conseillère technique du rectorat de Bordeaux, un tirage au sort aléatoire a permis de sélectionner huit infirmières parmi les 170 personnels en poste dans le département de la Gironde. Toutes ont accepté l'entretien qui s'est déroulé entre le 12 avril 2013 et le 1^{er} mai 2013,

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, en face à face, dans le lieu choisi par les interlocuteurs, leur bureau au sein de leur établissement. Ils ont été enregistrés sur deux supports (ordinateur et iPhone) et ont fait l'objet d'une pré-analyse par codage anonyme de « E1 » à « E8 » et d'une retranscription écrite sous Word (Annexe 2). Au niveau de l'analyse des entretiens semi-directifs, nous utiliserons la méthode de Bardin :

- la pré-analyse ;
- l'exploitation du corpus du discours ;
- l'inférence et l'interprétation.

Après une première relecture de chaque entretien, un tableau d'analyse a été élaboré selon une méthode ascendante, à partir des *verbatim* des infirmières. Ainsi, des catégories ont été définies avec les mots clés. Une lecture flottante nous a permis d'élaborer une grille d'analyse de ces entretiens par identification de cinq thèmes :

Thème 1 : Analyse de la population et secteur d'activité

- Age
- Ancienneté dans la fonction
- Quotité de travail
- Expérience professionnelle

³⁰⁶ Hors de la population testée

- Secteur d'activité
- Situation géographique et distance résidence personnelle/résidence administrative

Thème 2 : Image d'une profession

- Eléments constitutifs de cette identité
- Image de l'infirmière scolaire dans la société
- Piste d'action pour évolution

Thème 3 : Attentes et missions

- Attentes de la communauté éducative vis-à-vis de l'infirmière
- Lien entre attentes et missions

Thème 4 : Aspects valorisants et difficultés du métier d'infirmier(ère) scolaire

- Motivation à l'entrée dans la fonction d'infirmière d'infirmière scolaire
- Insatisfactions professionnelles
- Evolution de ses motivations jusqu'à ce jour
- Satisfactions professionnelles

Thème 5 : Rôle d'éducatrice de santé

- Définition de l'éducation à la santé
- Evaluation de compétences
- Evolution, besoins et perspectives

Nous analyserons aussi le corpus texte avec le programme « IRaMuTeQ »³⁰⁷ (outil de statistiques textuelles) qui nous permet de montrer le poids relatif des items relevés et leurs intrications.

³⁰⁷ IRaMuTeQ : Logiciel libre développé par Ratinaud, P.

6.1.2. Analyse des biais

Une première limite concerne l'aspect déclaratif des propos. Il s'agit de déclarations et non des traces permettant d'établir la preuve de l'activité. La méthodologie choisie tend à réduire ce biais en essayant d'analyser les déclarations à l'aide d'une grille établie préalablement.

Les indicateurs que nous avons choisis sont les fréquences d'apparition des thèmes principaux liés au sujet de recherche. Une fois les entretiens codés, nous avons intégré codes et extraits d'entretiens dans un tableur Excel afin de présenter les tableaux d'analyses présentés en annexe.

Un second biais est relatif au tirage au sort. Le hasard a sélectionné huit femmes, avec du recul, il aurait semblé opportun d'interroger également des infirmiers du département pour mettre en perspective une éventuelle vision « masculine » de cette profession à forte prédominance féminine. Il pourrait être intéressant sur un prolongement de travail de recherche d'analyser les différences de genre dans la construction de l'identité professionnelle de ce corps des infirmiers scolaires.

6.1.3. Thème 1 : Analyse de la population et secteur d'activité

Ce premier thème est nécessaire pour mieux connaître notre population : qui sont-elles ? Leur âge ? Leur cursus professionnel ? Où travaillent-elles ?

Les infirmiers(ères) scolaires interviewées sont rattachés administrativement à un établissement scolaire de second degré. Les personnels infirmiers en lycée exercent tout leur temps d'activité sur le lycée alors que les infirmiers de collège partagent leur temps d'activité entre le collège et les écoles maternelles et primaires rattachées à cet établissement (jusqu'à 50% de leur temps d'activité).

Les tableaux 1 et 2 montrent les résultats relatifs au thème 1.

Tableau 11 : Statuts et situation professionnelle

| Infirmières interrogées par entretien | Quotité de travail ETP (Equivalent Temps Plein) | Secteur d'activité | Situation géographique | Distance résidence personnelle/ résidence administrative |
|--|--|---------------------------|-------------------------------|---|
| E1 | 1 | LGT | Urbain | 40 |
| E2 | 0,9 | LP | Urbain | 20 |
| E3 | 1 | Collège | Urbain | 5 |
| E4 | 1 | Collège | Rural | 40 |
| E5 | 0,9 | Collège | Urbain | 2 |
| E6 | 1 | Collège | Rural | 3 |
| E7 | 0,9 | Collège | Urbain | 1 |
| E8 | 0,8 | Collège | Urbain | 12 |
| Moyenne | 0,9375 | | | 15,375 |

Les infirmières scolaires interrogées lors des entretiens travaillent à 75% au sein d'un collège avec bassin de recrutement du premier degré (contre 25% en lycée exclusivement) dans un secteur de zone urbaine proche de leur résidence personnelle.

Tableau 12 : Age, ancienneté, statut et expérience

| Infirmières interrogées par entretien | Age | Ancienneté à l'Education Nationale | Statut | Expérience hospitalière |
|--|------------|---|---------------|--------------------------------|
| E1 | 52 | 15 | Titulaire | Oui |
| E2 | 40 | 5 | Titulaire | Oui |
| E3 | 44 | 5 | Titulaire | Oui |
| E4 | 29 | 1 | Stagiaire | Oui |
| E5 | 49 | 13 | Titulaire | Oui |
| E6 | 55 | 17 | Titulaire | Oui |
| E7 | 50 | 12 | Titulaire | Oui |
| E8 | 52 | 14 | Titulaire | Oui |
| Moyenne | 46,375 | 10,25 | | |

Les infirmières interrogées sont pour la plupart titulaires. Elles exercent leur activité à l'éducation nationale depuis plus de 5 ans. Leur moyenne d'âge est de 46 ans. Une seule, stagiaire issue du concours de l'année en cours, est âgée de moins de 30 ans. Elles ont toute une expérience d'infirmière hospitalière avant d'avoir intégré le milieu scolaire.

6.1.4. Thème 2 : Image d'une profession

Ce thème suivant nous permet de mettre en exergue les principaux éléments grâce auxquels elles définissent leur profession. Elles émettent ainsi leur avis sur l'image qu'elles pensent renvoyer permettant de les reconnaître comme telles.

Le tableau 3 représente les réponses à la question « Portez-vous un signe extérieur d'identification ».

Tableau 13 : signe extérieur

| | Signe extérieur visible d'identification professionnelle |
|-----------|---|
| E1 | Non |
| E2 | Non |
| E3 | Non |
| E4 | Non |
| E5 | Non |
| E6 | Non |
| E7 | Non |
| E8 | Non |

Aucune des infirmières interrogées ne porte au quotidien de signe extérieur visible de reconnaissance de sa fonction (type blouse, stéthoscope, trousse d'urgence...), ce qui constitue pourtant un élément fort en milieu hospitalier.

Tableau 14 : Raisons de l'absence de signe visible

| Raisons évoquées justifiant l'absence de signe extérieur visible de reconnaissance | E 1 | E 2 | E 3 | E 4 | E 5 | E 6 | E 7 | E 8 | Total |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| a-La blouse blanche enferme l'infirmière dans une représentation bio médicale | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | 4 |
| b-Frein à l'intégration dans la communauté éducative | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | 5 |
| c-La blouse symbole de soin et l'école n'est pas un lieu de soin | | | | 1 | | | | | 1 |
| d-Besoin d'identification par l'apparence non ressenti | | 1 | | | | | 1 | | 2 |

L'analyse du tableau 4 montre que 50% des infirmières ont donné deux raisons justifiant l'absence de signes visibles dont deux de même nature (a et b). Les autres ont chacune avancé une seule raison (3b et 1d). Les signes extérieurs, stéréotypes de la fonction infirmière en milieu hospitalier, sont avancés comme des freins à leur intégration dans la communauté éducative et les enfermeraient dans le seul rôle de soignant.

Tableau 15 : éléments de l'identité professionnelle

| Éléments constitutifs de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| L'infirmière elle-même | | 1 | | 1 | | | | | 2 |
| Les missions : accueil, écoute, dépistage, relai, relation bienveillante à l'élève | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | 6 |
| Le regard de la communauté éducative sur l'infirmière | 1 | | | 1 | | | | | 2 |
| La reconnaissance | 1 | 1 | | | 1 | | | | 3 |
| Rôle d'éducatrice de santé | | | | | | 1 | | | 1 |

L'analyse du tableau 5 montre qu'un quart des infirmières donnent 3 éléments constitutifs de leur identité professionnelle (b, c, d, et a, b, d) et un autre quart en avance 2 (a, c et b, e). Chacune de l'autre moitié des répondants n'annonce qu'un seul élément (3b et 1d). Nous constatons qu'en tout premier lieu le principal élément, pour 75% des infirmières, est représenté par « leurs missions au sein de l'éducation nationale ». Vient dans un second temps la reconnaissance comme élément fondateur d'identité professionnelle (37,5%).

Tableau 16 : Image de l'infirmière dans la société

| Image de l'infirmière scolaire dans la société | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| a-Travail tranquille et planqué | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 7 |
| b-Bobologie | | 1 | | 1 | | | | | 2 |
| c-Distributeur de médicaments | | 1 | | | | | | | 1 |
| d-Les gens ne connaissent pas le rôle de l'infirmière scolaire | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 5 |
| e-Manque de dynamisme, de professionnalisme | | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |

L'analyse du tableau 6 nous montre que la moitié des répondants nous donne 3 éléments constitutifs de leur image dans la société (2(a, b, e) ; (a, b, c) ;(a, b, d)). 3 infirmières ont avancé chacune deux éléments (a et d ; a et e ; d et e). Une seule infirmière donne une réponse (a).

Nous constatons ainsi que l'image véhiculée dans la société, du métier d'infirmière en milieu scolaire, est perçue comme « un travail tranquille et protégé ». Les personnes selon les répondants « ne connaissent pas la réalité de leur quotidien professionnel » (62,5%). La moitié des interviewées se sent perçue comme des professionnelles « manquant de dynamisme et de compétences ». Elles évoquent pour 25% se sentir réduites à faire de la « bobologie » et à « distribuer des médicaments » dans (12,5%).

Tableau 17 : Piste pour évolution de leur image

| Piste d'action pour évolution de cette image | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| a-Communiquer, faire mieux connaître nos missions | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| b-Faire évoluer les infirmières elles-mêmes, leur rôle et missions | | 1 | | | | | | | 1 |
| c-Obliger à une formation continue qui maintienne à jour les compétences | | 1 | | | | | | | 1 |
| d-Sortir de la représentation biomédicale pour aller vers éducatrice de santé | | | | | | 1 | | 1 | 2 |

L'analyse du tableau 7 montre que 3 interviewées donnent deux pistes d'actions pour faire évoluer leur image (b, c et 2(a, d)). La plupart des infirmières interrogées propose comme

pistes à actionner pour améliorer cette image : - « la communication et l'amélioration des connaissances des missions du grand public » (a) (87,5%) - sortir de la représentation biomédicale de leur métier leur semble une piste d'évolution (d) (25%) - la formation continue (c) et l'évolution de leur rôle et de leur métier (b) (12,5%).

6.1.5. Attentes et missions

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés au lien fait entre les attentes de la communauté éducative et leurs ressentis à ce sujet.

Tableau 18 : Attentes vis-à-vis de l'infirmière scolaire

| Attentes de la communauté éducative vis-à-vis de l'infirmière scolaire | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| a-Présence : gestion du passage (bobologie) et des urgences | 1 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| b-Aucune | | 1 | | | | | | | 1 |
| c-Aide et conseil technique | | | | 1 | | | | | 1 |
| d-Actions de prévention | | | | | 1 | | | | 1 |

Selon 75% des infirmières interrogées, la communauté éducative demande leur présence pour gérer les passages à l'infirmerie, « la bobologie » et les urgences (a). Seule une infirmière parle des actions de prévention. L'aide et le conseil technique (c), les actions de prévention (d) sont deux attentes, chacune citée par une infirmière. Une répondante a le sentiment que l'on n'attend rien d'elle (b).

Tableau 19 : Attentes et missions

| Liens entre attentes et missions | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Sentiment que l'on attend l'infirmière "pompier" par méconnaissance de l'étendue de leurs activités | 1 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 6 |
| Les attentes n'utilisent pas l'étendue des compétences infirmières | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 6 |

Les infirmières expriment le sentiment que les attentes de la communauté éducative ne concordent pas avec l'étendue de leurs compétences. Elles se sentent ainsi plus sollicitées sur des missions de soignante urgentiste.

Aspects valorisants et difficultés du métier d'infirmier(ère) scolaire

Pour cette partie, nous avons voulu connaître les insatisfactions et l'évolution des motivations entre l'entrée dans leur profession et actuellement.

Tableau 20 : *Insatisfactions professionnelles*

| Insatisfactions professionnelles | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| a-Manque de reconnaissance | 1 | | | | | 1 | 1 | | 3 |
| b-Isolement | 1 | | | 1 | | | | 1 | 3 |
| c-Absence de travail d'équipe | | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | 4 |
| d-Manque d'identification aux pairs car pas de hiérarchie dans le corps | 1 | 1 | | 1 | | | | | 3 |
| e-Trop de missions qui ne peuvent être accomplies | | | | | 1 | 1 | | | 2 |
| f-Difficultés relationnelles avec les enseignants | | | | | | | | 1 | 1 |
| | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | |

L'absence du travail d'équipe est l'insatisfaction professionnelle la plus citée par les infirmières lors des entretiens (50%). Viennent ensuite, à fréquence égale, le manque de reconnaissance, l'isolement professionnel et le manque d'identification aux pairs par absence de hiérarchie professionnelle dans le corps des infirmières comme c'est le cas en milieu hospitalier. La multitude des missions est citée dans 25% des cas et les difficultés relationnelles avec les enseignants dans 12,5%.

L'analyse du tableau 10 montre que deux infirmières donnent trois types d'insatisfaction (a, b, d et b, c, f). La moitié des répondantes avance deux causes d'insatisfaction (c, d ; b, d ; a, e et a, c). L'absence de travail en équipe comme dans le milieu hospitalier et le nombre important de missions non accomplies sont deux insatisfactions chacune citée par une infirmière.

Tableau 21 : Leviers pour améliorer le travail des infirmières

| Leviers à actionner pour améliorer les insatisfactions professionnelles | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Travailler en équipe | 1 | | | 1 | | | | | 2 |
| Information et sensibilisation des chefs d'établissements et enseignants sur les missions des infirmières et les compétences qui sont les leurs | | 1 | | 1 | | | | 1 | 3 |
| Supprimer la hiérarchie chef d'établissement | | | | | 1 | 1 | | | 2 |

Les trois leviers identifiés par les infirmières interrogées pour améliorer leurs insatisfactions professionnelles sont en premier lieu l'information et la sensibilisation des chefs d'établissements et des enseignants (sur leurs missions et leur cadre de compétences) (37,5%), puis viennent ensuite le besoin de favoriser le travail en équipe (25%) et le changement de hiérarchie professionnelle (25%).

Tableau 22 : Satisfactions professionnelles

| Satisfactions professionnelles | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Totaux |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| a-Se sentir efficace face aux demandes des élèves | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 7 |
| b-Collaboration et travail d'équipe | 1 | | | 1 | | | | | 2 |
| c-Reconnaissance du travail de l'infirmière par les élèves | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 4 |
| d-Création d'outils spécifiques à la fonction | 1 | | | | | | | | 1 |
| e-Sentiment de pertinence dans les actions éducatives | | | 1 | | 1 | | 1 | | 3 |

Nous relevons que « le sentiment d'efficacité face aux demandes des élèves » revient dans le discours de toutes les infirmières qui se sont exprimées sur la question (87,50%). 50% des

répondantes sont satisfaites de la reconnaissance de leur travail par les élèves. Trois d'entre elles sont satisfaites de la pertinence de leurs actions éducatives.

L'analyse du tableau 12 montre que la moitié des infirmières donnent trois types de satisfaction (a, b, d ; a, b, c et 2(a, c,e)). Deux infirmières citent deux satisfactions (a, c et a, e). Une seule n'en a exprimé aucune.

Tableau 23 : Motivations pour passer le concours

| Motivations à passer le concours | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Totaux |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| a-Désir de quitter le poste occupé précédemment | 1 | 1 | 1 | | | | | | 3 |
| b-S'orienter vers le public adolescent | | 1 | 1 | | | 1 | | | 3 |
| c-Rythme de travail compatible avec vie de familles (bénéfice des vacances scolaires) | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | 4 |
| d-Rôle éducatif | | | | 1 | | 1 | 1 | | 3 |
| e-Mission d'écoute | | | | 1 | | | | | 1 |

L'analyse du tableau 13 montre qu'une moitié des interviewées ont passé le concours pour deux à trois raisons ((a, b ; b, d) et (a, b, c et c, d, e)). L'autre moitié ne l'a passé que pour une seule motivation (a ; 2c ; d).

A travers ces résultats nous pouvons affirmer qu'en premier lieu « la recherche d'un rythme de travail plus favorable et compatible avec leur vie de famille » constitue la principale motivation des infirmières scolaires à passer le concours de l'éducation nationale. Viennent ensuite à égalité « le désir de rompre avec leur cadre professionnel précédent », « s'orienter vers un public adolescent » et « développer le rôle éducatif ».

Tableau 24 : évolution des motivations à ce jour

| Evolution des motivations à ce jour | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Tot aux | Pourcentage |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|--------------------|
| Epanouissement professionnel | 1 | | | | | | | | 1 | 12,50% |
| Enrichissement par l'expérience et connaissances acquises | | 1 | 1 | 1 | | | | | 3 | 37,50% |
| Travail riche et diversifié | | | 1 | | | | | | 1 | 12,50% |
| Motivations identiques à celles du premier jour | | | | | 1 | | | | 1 | 12,50% |
| Motivations entachées par les difficultés à faire valoir son rôle d'éducatrice de santé (infirmière prisonnière de son rôle de soignante) | | | | | | 1 | 1 | | 2 | 25,00% |
| Item non évoqué | | | | | | | | 1 | 1 | 12,50% |

L'analyse de ce tableau montre en comparaison des motivations initiales une évolution positive pour chaque interviewé puisque ces motivations en question se sont vues enrichies au fil du temps par l'expérience en milieu scolaire et les connaissances acquises. Malgré quelques difficultés à faire valoir leur rôle d'éducatrices en santé, certaines infirmières (E6 et E7) réaffirment leurs motivations.

6.1.6. Le rôle d'éducatrice de santé

Dans cette dernière partie nous nous sommes attachés aux conceptions et pratiques de nos interviewées sur éducation à la santé.

Tableau 25 : Définition de l'éducation à la santé

| Définition de l'éducation à la santé | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total | % |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|----------|
| Contribuer au bien-être des adolescents | 1 | | | | | 1 | | 1 | 3 | 37,5% |
| Approfondir ou développer les connaissances des adolescents en vue de les interroger sur leurs comportements | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | 5 | 62,5% |
| Donner les moyens de faire des choix responsables pour eux-mêmes et les autres | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 4 | 50% |

Trois types de définitions ont été proposés par les interviewées. Nous les retrouvons entièrement chez une interviewée (E6), partiellement chez deux infirmières (E4, E5) et une seule partie chez les cinq autres. L'éducation à la santé est définie principalement comme un « approfondissement de connaissances visant à transformer le comportement des adolescents » (62,5%), arrive ensuite « donner le moyen de faire des choix responsables pour eux-mêmes et pour les autres » (50%) et en dernier lieu « contribuer à leur bien-être » (37,5%).

Tableau 26 : Posture en ES

| Posture en éducation à la santé | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | TOTAL |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| Education à la santé en individuel | 1 | | | | | | | | 1 |
| Education à la santé en collectif | | 1 | | | 1 | 1 | | | 3 |
| Education à la santé en individuel et en collectif | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 4 |

Les infirmières déclinent cette éducation aussi bien en collectif qu'en individuel (50%) alors que certaines ne la conçoivent qu'en collectif (37,5%) ou qu'en individuel (12,5%).

Tableau 27 : Auto-évaluation du niveau de compétence en ES

| Auto-évaluation de compétences en éducation à la santé de 0 à 10 | |
|---|--------------|
| E1 | 6 |
| E2 | 6 |
| E3 | 5 |
| E4 | 5 |
| E5 | 6 |
| E6 | 8 |
| E7 | 5 |
| E8 | 6 |
| Moyenne | 5,875 |

Les infirmières auto évaluent leurs compétences d'éducatrice de santé entre 5 et 8 avec une moyenne de 5,8/10.

Tableau 28 : Besoins en ES

| Besoins en Education à la santé | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 | Total |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| Sentiment d'avoir plein de progrès à faire | | | 1 | 1 | | | | | 2 |
| Regret d'absence de formation initiale et continue | | | 1 | | 1 | | | 1 | 3 |
| Absence de formations diplômantes valorisantes | | | | | | 1 | | | 1 |
| Nécessité d'un travail d'équipe | | | | | | 1 | 1 | | 2 |

L'analyse du tableau montre que deux interviewées (E1, E2) n'ont exprimé aucun besoin. Par ailleurs, la moitié des répondants (E3, E5, E6, E8) regrette l'absence de formation en ES. Certains expriment un besoin de faire des progrès dans ce domaine (E3, E4). La nécessité d'un travail en équipe représente un besoin pour deux infirmières (E6, E7).

6.1.7. Analyse des entretiens par l'outil de statistique IRaMuTeQ

L'analysons de ce corpus texte avec le programme « IRaMuTeQ »³⁰⁸ (outil de statistiques textuelles) nous permet de montrer le poids relatif des items relevés et leurs intrications.

Le corpus est constitué de 8 textes, 552 segments de textes et 19297 occurrences (mots dans ce cas). La forme active la plus utilisée est, pour ce corpus, le mot « infirmier » (133 fois), devant les mots « aller » (113 fois), « penser » (86 fois). Le nuage IRaMuTeQ (outil de statistiques textuelles) que nous présentons ci-dessous montre le poids relatif des mots.

Figure 11 : Nuage de mot

³⁰⁸ IRaMuTeQ : Logiciel libre développé par Pierre Ratinaud <http://www.iramuteq.org/telechargement> site consulté le 15/03/2016

Pour analyser plus finement ce corpus, notre outil d'analyse statistique textuel par classification de Reinert permet de regrouper les segments qui ont le même profil en différentes classes plus pertinentes. IRAMUTEQ analyse des segments (cotextes) et pas des mots isolés et propose un arbre des classes :

Figure 12 : dendrogramme du corpus des 8 entretiens



85,39% des segments analysés ont été classés et nous avons obtenu une classification en 4 groupes. Ceci démontre une bonne qualité d'analyse³⁰⁹ (le seuil minimum de taux de classement est de 60%). La classe 4 a été déterminée en premier, puis un autre sous-ensemble a été découpé en classe 3 et ensuite deux dernières classes 1 et 2.

³⁰⁹ Pélissier. Daniel Initiation à la lexicométrie, Iramuteq, Mars 2017, V6, <https://presnumorg.hypotheses.org/187> site consulté le 16/03/2016

Sur ce dendrogramme, nous visualisons la liste des mots les plus associés pour chaque classe. Les données sont classées par un classement décroissant par valeur du « Chi2 » et le 'p' de significativité.

Nous notons que 31,3% du corpus classé en groupe 4 parlent « d'éducation » pour un chi2 de 83,85 avec $p < 0,0001$ et de « santé » avec $p < 0,0001$. Nous retrouvons dans ce groupe notre question concernant le rôle d'éducatrice à la santé qui s'exprime à travers les mots de « connaissances, question, comportement, intervention ».

Pour la classification 3 (12,7%) c'est le mot « soin » qui est le plus exprimé dans 80% de ce groupe pour un chi2 de 115,14 avec $p < 0,0001$. Nous observons un champ lexical axé autour du soin pour ce groupe qui se rapproche de la question des éléments constitutifs de l'identité professionnelle.

Pour la classification 2 (31,7%) c'est l'expression « prendre place » pour un chi2 de 32 avec un $p < 0,0001$ qui est le plus exprimée. Cette classification reprend la question sur les attentes de la communauté éducative vis-à-vis de l'infirmière et donc la place qu'elle officie dans son établissement.

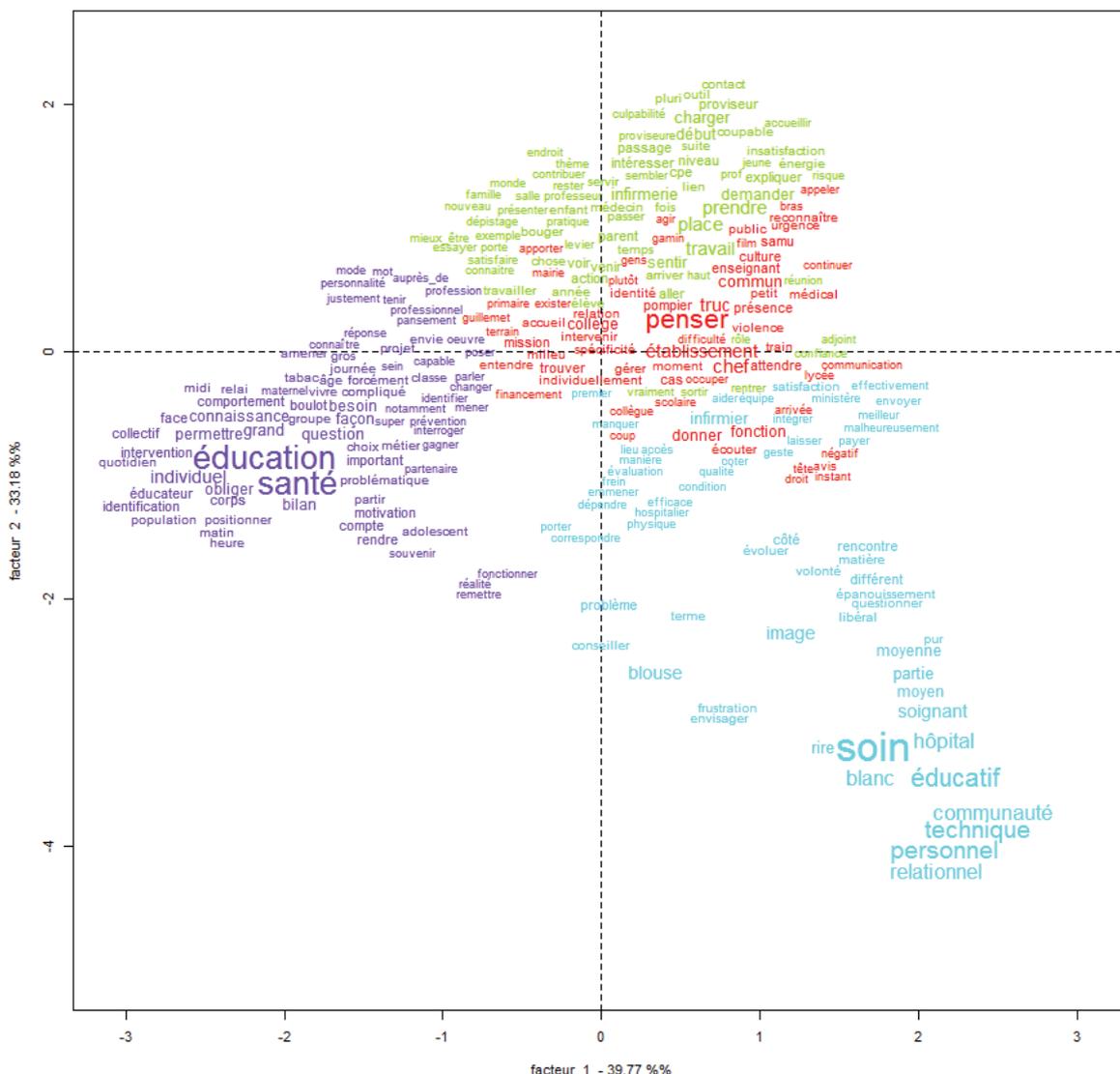
Pour la classe 1 (24,3%) ce sont le verbe « penser » pour un chi2 de 57,87 avec $p < 0,0001$ et l'expression « chef d'établissement » avec la même significativité. Ce groupe recouvre les questions sur le lien entre « missions et attentes du chef d'établissement » et « satisfactions professionnelles », ce qui démontre le lien entre la posture et la hiérarchie.

Pour mieux saisir ces classifications de Reinert, le logiciel Iramuteq nous établit une analyse factorielle de correspondance. Pour savoir si tous les items d'une échelle soumis à une analyse mesurent le même construit, il importe donc que le premier facteur explique une part importante de leur variance globale (typiquement au moins 30 %) ³¹⁰.

La variance totale expliquée est de 72,94% sur les composantes 1 et 2 dont 39,77% pour la première composante. Nous observons davantage cette imbrication entre les 2 premiers groupes et l'opposition des classes 3 et 4 sur le graphique suivant.

³¹⁰ http://www.ulb.ac.be/psycho/psysoc/ressources/Fiche_ACP.htm site consulté le 16/03/2017

Figure 13 : analyse factorielle de correspondance du corpus des entretiens avec classification



Nous retrouvons logiquement la classe 1 « penser sa fonction en commun avec le chef d'établissement » très proche de la classe 2 « prendre sa place au travail, en charge de l'infirmier ». Ces deux classes sont fortement liées et montrent l'importance du chef d'établissement. La classification 3 « le soin technique et éducatif en lien avec les personnel et soignants » est en opposition au regard de l'axe 1 (axe horizontal) avec les classes 1 et 2. La classification 4 « l'éducation à la santé » est en opposition au regard de l'axe 2 (axe vertical) avec la classe 3 « le soin technique et éducatif en lien avec les personnel et soignants ».

Pour mieux comprendre ces positionnements, nous pouvons observer le graphique suivant avec les nuages de mots qui les caractérisent. Un schéma qui reflète bien la difficulté de posture des infirmières sur le soignant et l'éducation à la santé entre prendre la place et les attentes du chef.

Figure 14 : dendrogramme du corpus des 8 entretiens avec nuage de mot



6.2. Synthèse de l'analyse qualitative

Notre population interviewée travaille principalement en tant qu'infirmière titulaire, de 46 ans en moyenne avec 10 ans d'ancienneté, dans un collège (75%) et en zone urbaine (75%). Les infirmières sont issues du milieu hospitalier mais, en rentrant à l'éducation nationale, elles ne portent pas de signes distinctifs afin d'obtenir une meilleure intégration dans la communauté scolaire. Elles ont rejoint l'éducation nationale pour une meilleure qualité de vie (rythme de travail) et développent un rôle éducatif auprès des jeunes. Pour cette population, l'identité professionnelle est représentée par les missions qui leur sont dévolues et par la reconnaissance de la communauté éducative. Elles ne se sentent pas reconnues par le manque de connaissance de leurs rôles et par cette image de travail « tranquille ». Pour faire évoluer cette image, il leur paraît nécessaire de communiquer davantage sur leurs compétences et leurs tâches, principalement sur le rôle d'éducatrice de santé. Elles affirment que la communauté éducative demande spécialement leur présence afin de gérer les soins et les urgences par méconnaissance de l'étendue de leurs compétences qui restent non exploitées. Elles expriment l'absence de travail en équipe et un nombre important de missions non accomplies qui engendrent un manque de reconnaissance et un sentiment d'isolement. Pour y remédier, elles préconisent une meilleure information et sensibilisation sur leurs missions auprès des chefs d'établissements et des enseignants pour favoriser le travail en équipe. A l'inverse, elles se sentent efficaces et reconnues par les élèves. Elles se disent toujours aussi motivées malgré les obstacles pour faire valoir leur rôle d'éducatrice de santé. Elles déclinent cette tâche aussi bien de manière individuelle auprès des élèves que collectivement, avec une compétence qu'elles évaluent en moyenne à 5,8 (sur 10) pour leur permettre d'atteindre l'objectif « d'un approfondissement de connaissances interrogeant le comportement des adolescents, en vue de leur donner le moyen de faire des choix responsables pour eux-mêmes et pour les autres ». Par contre, elles regrettent l'absence de formation dans ce domaine alors qu'elles expriment le besoin de faire des progrès et de le travailler en équipe. Dans ces entretiens ressortent quatre groupes dont deux qui s'imbriquent entre « penser sa place au travail » et « les missions et attentes du chef d'établissement », alors que le groupe « soin » s'oppose au groupe « éducation santé ». Nous reprendrons ces postures de groupe dans la discussion en lien avec les autres résultats de la recherche.

Cette analyse qualitative, par le biais des entretiens semi-directifs, nous a permis de mieux connaître notre population cible et nous a permis d'élaborer le questionnaire.

Nous allons passer à l'analyse quantitative des questionnaires distribués pour affiner notre recherche sur les conceptions, pratiques et représentations en éducation à la santé des infirmiers scolaires.

6.3. L'analyse quantitative

Nous allons présenter les résultats obtenus après traitement des questionnaires (Annexe 3). Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse descriptive afin de caractériser les infirmières qui, dans leurs pratiques, répondent aux caractéristiques de la variable dépendante. Dans un second temps, c'est une analyse univariée qui a été réalisée sur l'ensemble des variables. Les tests statistiques employés sont : test du χ^2 , test exact de Fisher et test de Wilcoxon. Dans un troisième temps, une série d'analyses en composantes principales, une série d'analyses discriminantes et une régression logistique ont été effectuées. Le modèle initial de l'analyse multivariée a été construit à partir des variables issues de l'analyse univariée ayant une *p-value* inférieure à 0,20. Ensuite, la sélection du meilleur modèle a été effectuée grâce à une procédure descendante non automatique. Le seuil de signification a été fixé à 5 %. Ces différentes analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels R® 3.3.1, IRAMUTEQ® et IBM SPSS Statistics 21®. Ce plan d'analyse a été effectué sur l'ensemble des questionnaires.

6.3.1. Protocole de passation

Après avis favorable des Recteurs des académies concernées, les questionnaires ont été adressés aux infirmières de l'éducation nationale par l'intermédiaire des Infirmières Conseiller-e-s Techniques (ICT) de chaque département sur l'ensemble du territoire français sauf pour les départements de la Loire, du Rhône et de l'Ain en raison des fonctions administratives du chercheur dans ce rectorat pour éviter un biais de sélection.

La consigne donnée était de distribuer un exemplaire du questionnaire à chaque infirmier de l'Education nationale lors des regroupements territoriaux entre le 1^{er} janvier 2016 et le 1^{er} avril 2016 et de demander de le renseigner. La participation reposait sur le volontariat. Chaque questionnaire était accompagné d'une enveloppe permettant l'anonymisation de la réponse. Ces enveloppes étaient ensuite rassemblées à la fin de la réunion et envoyées à l'attention du chercheur à l'Université.

6.3.2. Description de la population

1159 questionnaires nous ont été retournés ce qui représente 16,11 % de la totalité des infirmières de l'Education nationale (IEN) réparties dans les différents établissements de France et départements d'Outre-Mer (7 192 IEN en janvier 2015³¹¹).

Seuls 28 départements ont pu distribuer les questionnaires lors des regroupements.

Tableau 29 : Analyse de la répartition des répondants par département

³¹¹ Ministère de l'Education nationale (2016), Repères et références statistiques:
<http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html> site-consulté le 15/2/2017

| Département | NB répondants | Pourcentage |
|--------------------|--------------------------|--------------------|
| 33 | 96 | 8,30% |
| 51 | 80 | 6,90% |
| 95 | 79 | 6,80% |
| 35 | 79 | 6,80% |
| 74 | 66 | 5,70% |
| 83 | 60 | 5,20% |
| 57 | 55 | 4,70% |
| 26 | 51 | 4,40% |
| 6 | 47 | 4,10% |
| 87 | 45 | 3,90% |
| 37 | 44 | 3,80% |
| 80 | 44 | 3,80% |
| 73 | 41 | 3,50% |
| 40 | 40 | 3,50% |
| 19 | 35 | 3% |
| 972 | 31 | 2,70% |
| 7 | 31 | 2,70% |
| 17 | 30 | 2,60% |
| 973 | 27 | 2,30% |
| 43 | 21 | 1,80% |
| 34 | 20 | 1,70% |
| 23 | 18 | 1,60% |
| 63 | 17 | 1,50% |
| 3 | 16 | 1,40% |
| 14 | 16 | 1,40% |
| 79 | 16 | 1,40% |
| 16 | 12 | 1% |
| 44 | 6 | 0,50% |

Tableau 30 : La répartition régionale des répondants

| Région | NB de réponses |
|----------------------------|----------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 249 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 4 |
| Bretagne | 80 |
| Centre-Val de Loire | 47 |
| Grand Est | 140 |
| Guyane | 27 |
| Hauts de France | 44 |
| île de France | 80 |
| Martinique | 31 |
| Normandie | 20 |
| Nouvelle Aquitaine | 295 |
| Occitanie | 26 |
| Pays de la Loire | 6 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 110 |
| Total | 1159 |

14 régions sont représentées dont deux ultramarines sur les 18 régions du territoire national. Il manque les régions Grand-Est, la Corse, la Guadeloupe, la Réunion et Mayotte.

La répartition régionale est très inégale du fait à la fois du nombre et des formes de réunions organisées. En effet, tous les départements ne réunissent pas régulièrement leurs personnels infirmiers et les dates contraignantes ont constitué un obstacle complémentaire.

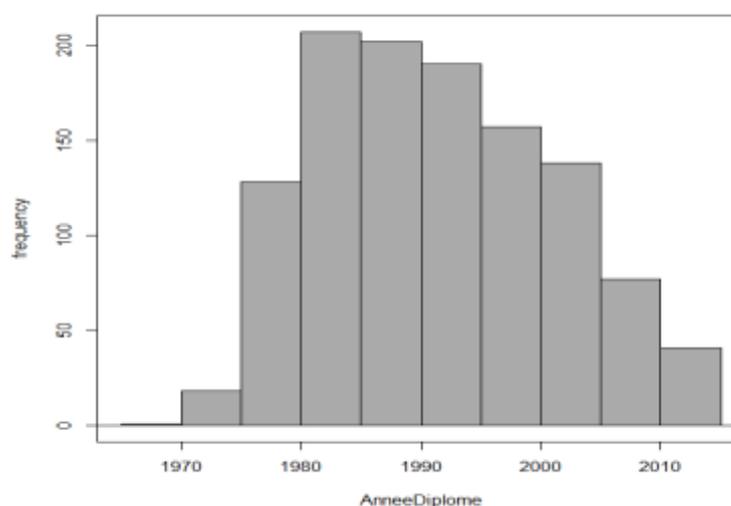
Tableau 31 : Comparaison entre la population de référence et les répondants

| | Population de référence | Répondants |
|---|-------------------------|------------|
| Pourcentage de femmes | 95,7 % | 95,9 % |
| Age moyen | 48 ans | 47,5 ans |
| Temps plein | 66 % | 71 % |
| Réseau d'éducation prioritaire ³¹² | 19,8 % | 18,6 % |

(*p non significatif*)

L'échantillon ainsi obtenu présente une typologie similaire à celle de la population de référence.

Figure 15 : La répartition par années de diplôme



50% des répondants sont infirmières diplômées de 1984 à 1999, 25% entre 1968-1984 et 25% entre 1999-2015.

³¹² Source : MEN (2015), Repères pour l'analyse de gestion, Education prioritaire, [https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=DGESCO+\(2015\).+%C3%89ducation+prioritaire.+Tableau+de+bord+national%2C+Donn%C3%A9es+2014-2015](https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=DGESCO+(2015).+%C3%89ducation+prioritaire.+Tableau+de+bord+national%2C+Donn%C3%A9es+2014-2015). Consulté le 27 octobre 2016.

Tableau 32 : Le niveau de diplôme

| Niveau de diplôme | Nombre de réponses | Pourcentage |
|-------------------|--------------------|-------------|
| Diplôme d'Etat | 970 | 83,8 |
| DE + DU | 78 | 6,7 |
| DE + LICENCE | 62 | 5,3 |
| DE + MASTER | 49 | 4,2 |
| Total | 1159 | 100,0 |

Concernant le niveau de formation universitaire, nous remarquons que seuls 16,2 % des infirmières ont un diplôme universitaire supplémentaire : DU (diplôme universitaire), Licence (Sciences de l'éducation, sociologie), Master. La très grande majorité ne dispose que du Diplôme d'Etat. Nous évaluerons l'impact des formations universitaires sur les conceptions et pratiques en ES.

Pour notre échantillon, la répartition est de 86,5% sur poste définitif contre 13,5% sur poste provisoire.

93,6% des répondants de notre échantillon déclarent une ancienneté sur poste en moyenne de 12 années et demie ce qui constitue un indicateur de l'expérience professionnelle.

Les répondants travaillent en collège et/ou secteur (61,9%), en lycée ou cité scolaire (30%), dans l'enseignement supérieur (0,7%). Le faible taux de réponses des collègues exerçant dans les universités s'explique par le fait de leur gestion par les facultés et une organisation différente du primaire et du secondaire. De même, nous n'avons que 1% (n=12) de notre population totale qui exerce en Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté (soit 15% des 80 EREA sur le territoire national dont 75 (6 dans nos répondants) avec internat³¹³). Nous avons 2,15% (n=35) des infirmières qui exercent en internat (en 2015, le nombre d'internats publics s'élève à 1634)³¹⁴. Nous notons ici une sous-représentation significative des répondants.

³¹³ source : MEN (2016), <http://eduscol.education.fr/cid46766/les-etablissements-regionaux-d-enseignement-adapte.html>, consulté le 27 octobre 2016

³¹⁴ source : MEN (2016), source <http://www.education.gouv.fr/cid1114/les-internats-au-college-et-au-lycee.html>, consulté le 27 octobre 2016

Les répondants occupent des postes en secteur rural (28,6%), en secteur urbain (43,5%) et semi-urbain (25,6%). De plus 18,6% des infirmières déclarent exercer en Réseau Education Prioritaire.

Tableau 33 : Calcul du nombre moyen d'élèves par secteur

| Région | Elèves /établissement | Elèves par secteur |
|----------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 738.85 | 1029,97 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 406.66 | 233,33 |
| Bretagne | 729.02 | 1396,1 |
| Centre-Val de Loire | 766.82 | 944,54 |
| Grand Est | 757.22 | 748,88 |
| Guyane | 850.68 | 805,36 |
| Hauts de France | 736.82 | 958,61 |
| ile de France | 882.76 | 1291,33 |
| Martinique | 724.90 | 1008,4 |
| Normandie | 596.36 | 695,75 |
| Nouvelle Aquitaine | 681.64 | 825,93 |
| Occitanie | 700.42 | 463,07 |
| Pays de la Loire | 840.33 | 937 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 819.72 | 989,82 |
| Moyenne | 742,06 | 944,79 |

(Le calcul des moyennes est effectué par région)

Nous constatons une moyenne de 742 élèves pour ceux qui travaillent en établissement (collège, lycée, cité scolaire) et une moyenne de 944 élèves pour ceux qui complètent leur service en secteur (regroupement de plusieurs écoles élémentaires du secteur de recrutement d'un collège).

La situation paraît contrastée entre les régions et traduit une inégalité dans les conditions de travail des IEN.

6.3.3. Présentation des résultats bruts

6.3.3.1 Analyse des pratiques déclarées

6.3.3.1.1. Le travail en Education à la santé

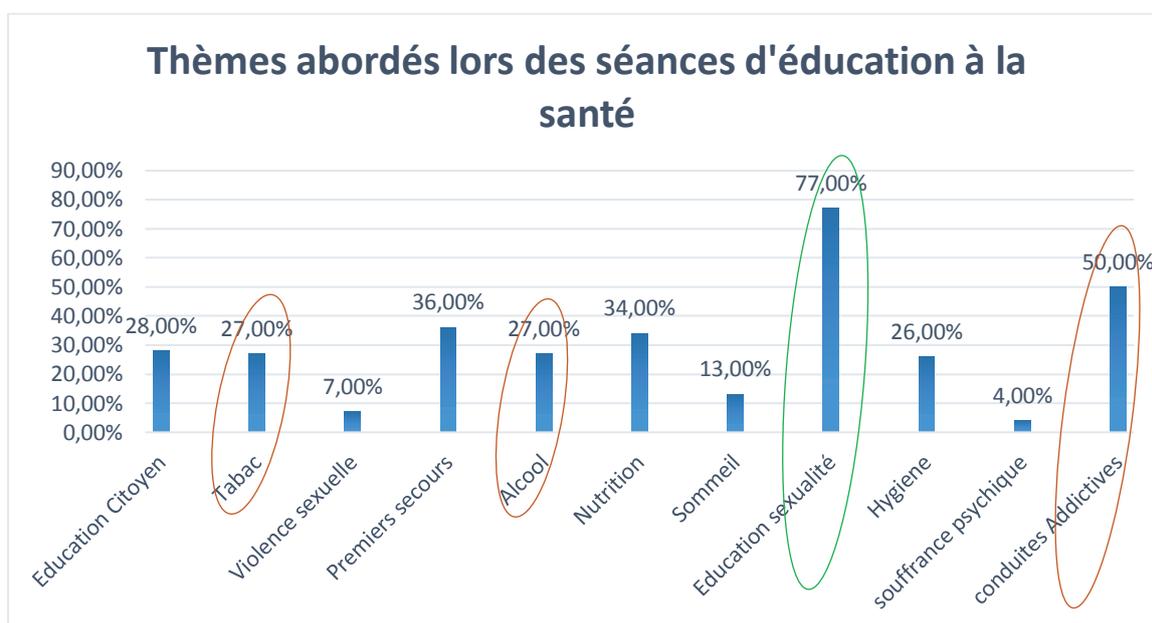
A la question posée sur la mise en place de séances d'éducation à la santé pour l'année 2014 /2015, la plupart des infirmier(e)s ayant renvoyé le questionnaire a déclaré mener des actions en ES (86,3 %). Parmi celles-ci, un peu plus d'un quart a indiqué avoir travaillé seul tandis qu'une majorité (74%) a collaboré avec un partenaire (interne ou externe). Ce groupe d'infirmières a précisé ensuite que ce travail a principalement été effectué en collège (51,3%) plus particulièrement en 6^{ème} et 3^{ème}, en lycée (29,1%) en 2^{nde} et 1^{ère} et dans les 3 cycles du primaire (8,5%). Le point de départ de ce travail a été constitué par une décision personnelle de l'infirmière (69%), à la suite d'une réflexion collective à l'échelle de l'établissement (40%), par une sollicitation institutionnelle (27%) ou un événement extérieur (10%).

Les interventions en ES touchent en moyenne des groupes de 20 élèves sur 7 séances pédagogiques par année. Durant ces séances, 25,5 % ont travaillé seules, 25,7 % avec des collègues de l'équipe médicale /sociale, 44% avec les enseignants et 65 % avec des partenaires externes.

Signalons que les infirmières déclarant ne pas mettre en œuvre de l'éducation à la santé (n=78 soit 6,7% des répondants) ont déclaré comme obstacles le manque de temps (n=55), le manque de formation en ES (n=49), la difficulté de trouver des personnes à contacter (n=41), les réactions de la hiérarchie (n=29), les réactions des collègues (n=14), et le fait de ne pas savoir comment faire (n=32). 63 sur 72 (87%) sont des nouveaux arrivants dans l'éducation nationale.

Nous avons proposé aux infirmières qui ont mis en place de l'éducation à la santé une liste de thèmes susceptibles d'être abordés lors des séances en ES. Nous leur avons demandé d'indiquer par ordre d'importance ceux traités avec leurs élèves. Les réponses obtenues sont représentées dans le graphique ci-dessous:

Figure 16 : Les thèmes abordés lors des séances d'Éducation à la Santé



Les thèmes les plus abordés lors des séances sont l'éducation à la sexualité (77%) et les conduites addictives (50%).

Nous avons proposé une liste de contenus et de compétences. Nous avons demandé d'indiquer ceux qu'elles ont développés dans les thèmes abordés lors des séances. Les résultats sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 34 : Les contenus et compétences abordés

| | |
|---------------------|--------------|
| Aspects biologiques | 68.4% |
| Savoirs | 69.7% |
| Informations | 78.6% |
| Relation à l'autre | 71.2% |
| Estime de soi | 77.9% |
| Violences | 64.2% |
| Environnement | 38.4% |
| Santé et médias | 58.4% |
| Rapport à la Loi | 71.1% |

Les contenus abordés sont principalement l'information et les compétences psychosociales « d'estime de soi » et « de relation à l'autre ». Cela signifie que lors des séances en éducation à la sexualité ou sur les conduites addictives ce sont donc l'information sur le produit mais aussi les compétences psychosociales des individus face aux produits qui sont prioritaires.

-Les différentes formes de travail en ES

Nous avons cherché à savoir sous quelles formes les répondantes pratiquant l'éducation à la santé travaillent-elles. Les résultats sont dans le tableau ci-dessous :

| | | Très souvent | Souvent | Peu souvent | Jamais |
|-----------------------------------|-------------|---------------|---------|---------------|--------|
| De façon ponctuelle | nombre | 129 | 238 | 327 | 51 |
| | pourcentage | 11,10% | 20,50% | 28,20% | 4,40% |
| Dans le cadre d'une programmation | nombre | 332 | 309 | 77 | 31 |
| | pourcentage | 28,60% | 26,70% | 6,60% | 2,70% |
| Dans le cadre d'un projet | nombre | 337 | 295 | 97 | 32 |
| | pourcentage | 29,10% | 25,50% | 8,40% | 2,80% |
| Dans le cadre d'un projet CESC | nombre | 532 | 256 | 85 | 35 |
| | pourcentage | 45,90% | 22,10% | 7,30% | 3,00% |

Tableau 35 : Les différentes formes de travail en ES

L'examen du tableau montre que parmi les personnes déclarant pratiquer l'ES, 31,6 % ont « très souvent à souvent » travaillé de façon ponctuelle. Alors que 54 % l'ont effectué dans le cadre d'un projet ou d'une programmation. Elles sont 68% à l'avoir inclus dans un projet du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté.

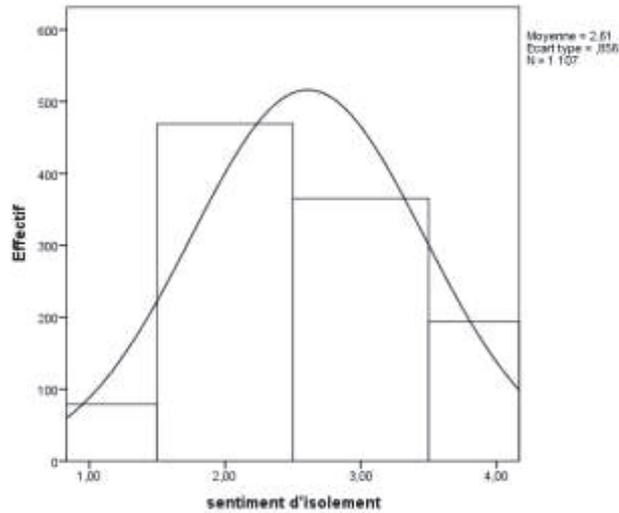
Après la question sur la façon de travailler en ES, nous leur avons demandé comment ils travaillaient avec les différentes équipes c'est-à-dire comment travailler avec les conseillers principaux d'éducation, chefs et adjoints d'établissements, avec les enseignants et avec les différents partenaires.

Tableau 36 : Le travail en équipe

| Forme | | Très souvent | Souvent | Peu souvent | Jamais |
|--------------------------------------|-------------|--------------|---------|-------------|--------|
| Travail avec équipe établissement | nombre | 381 | 415 | 191 | 12 |
| | pourcentage | 32,90% | 35,80% | 16,50% | 1,00% |
| Inclusion équipe Pédagogique | nombre | 561 | 303 | 122 | 24 |
| | pourcentage | 48,40% | 26,10% | 10,50% | 2,10% |
| Parvenez-vous à travailler en CESC ? | nombre | 241 | 339 | 315 | 88 |
| | pourcentage | 20,80% | 29,20% | 27,20% | 7,60% |

L'analyse du tableau indique que 68,7 % des répondants déclarent travailler « souvent » à « très souvent » en équipe au sein de leur établissement. Ceux qui se perçoivent comme inclus dans les équipes pédagogiques représentent 74,5 % de notre échantillon. Par contre, le travail en CESC ne concerne que la moitié de nos répondants et près de 35% y parviennent « peu souvent » à « jamais ». Nous avons voulu connaître le degré d'isolement professionnel des infirmières qui apparemment et majoritairement travaillent en équipe.

Figure 17 : Le sentiment d'isolement



A l'analyse de ce graphique, nous observons que 47,2% expriment effectivement un sentiment d'isolement professionnel (cotation 3 et 4 sur le graphique suivant) avec une moyenne à 2,61. Par la suite nous allons étudier le lien entre le travail en CESC et ce sentiment d'isolement (figure n°27).

Malgré ce sentiment d'isolement exprimé par une moitié de nos répondants, nous avons estimé pertinent de les interroger sur la qualité de leur relation avec la communauté éducative.

Les réponses à la question en rapport avec la relation montrent que les infirmières de notre échantillon estiment avoir de bons rapports avec les élèves (87%), des relations satisfaisantes avec les médecins et assistantes sociales (87%), des relations positives avec les parents (87%), avec leur hiérarchie (78,3%), avec la vie scolaire (81%) et avec les enseignants (77,8%).

-Efficacité du travail accompli

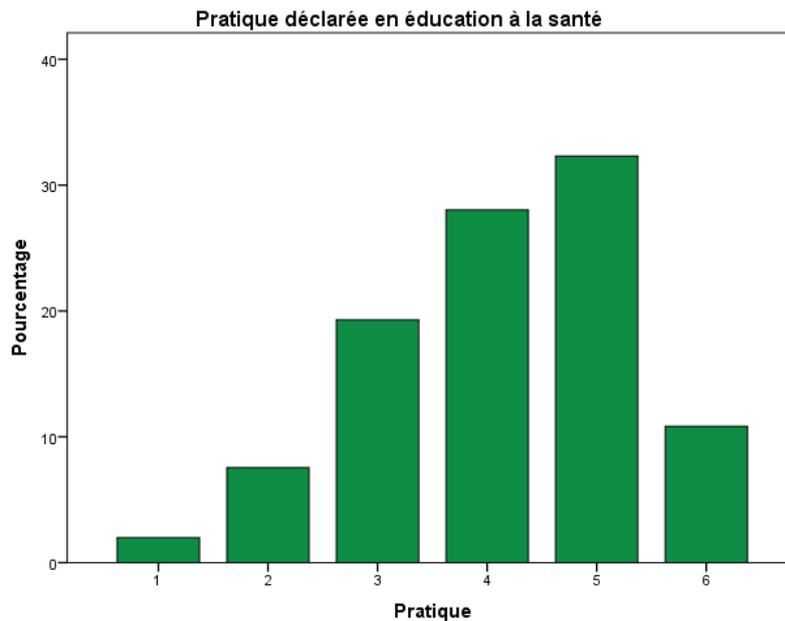
A la question de juger l'efficacité du travail accompli en ES, seule une minorité (4,5 %) est « tout à fait satisfaite ». La plupart des infirmières paraît « partiellement satisfaite » de leur travail (81,6%), et seulement 0,9 % ne sont pas satisfaites. Malgré ces résultats, elles sont néanmoins 82,8% à souhaiter continuer leur travail en ES. Celles déclarant ne pas vouloir « recommencer de travailler en éducation à la santé » (n=41 soit 3,5 % des répondants) évoquent l'usure et le découragement (n=27), le changement de poste (n=12), les difficultés de financement (n=2).

- Le rôle et les pratiques

Ces deux variables nous paraissent déterminantes dans la compréhension des systèmes de conceptions et de représentation des infirmières.

À la question sur la « pratique en éducation à la santé », le répondant devait se situer sur une échelle cotée entre 1 et 6, avec un pôle intitulé « information et approche biomédicale » et à l'opposé « éducation et approche globale », à l'image d'une échelle de douleur, avec la consigne « plus votre croix est proche d'un pôle plus votre pratique se définit ainsi ». La plupart des enquêtés (86,8%, n=992) comme le montre le graphique ci-après, a positionné sa pratique. La moyenne est à 4,14 et la médiane à 4. Notre échantillon semble majoritairement plus proche du « pôle éducation avec une approche globale » (réponses 4, 5, 6 = 60%) que du « pôle biomédical » (réponses 1, 2, 3 = 25%).

Figure 18 : La répartition des réponses concernant l'approche globale VS biomédicale

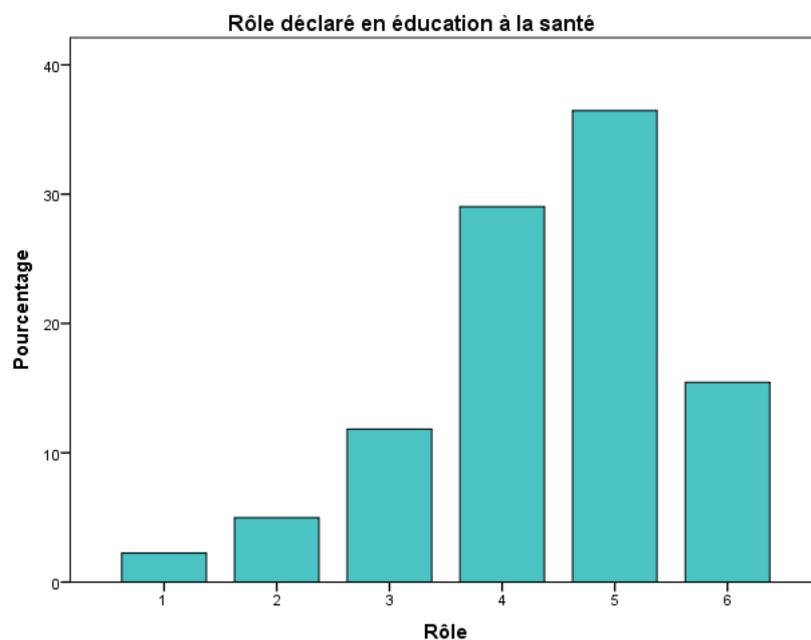


PRATIQUE 1, 2, 3 = BIOMEDICALE - PRATIQUE 4, 5, 6 =
GLOBALE

À la deuxième question sur son « rôle en éducation à la santé », le répondant devait se situer sur une échelle cotée entre 1 et 6, avec un pôle intitulé « conseiller technique pour les projets mis en œuvre par les enseignants » et à l'opposé « animateur auprès des élèves », à l'image

d'une échelle de douleur avec la consigne « plus votre croix est proche d'un pôle plus votre pratique se définit ainsi ». 88,3% (n=1023) de notre effectif est pris en compte. La moyenne des réponses est à 4,39 et la médiane 5. Ces indications nous permettent de définir notre échantillon plus proche du pôle « animateur auprès des élèves » à 71,4 % contre 16,8% proche du pôle « conseiller technique pour projet » (voir graphique ci-après).

Figure 19 : La répartition des réponses concernant le rôle des infirmières



ROLE 1, 2, 3= CT ROLE 4, 5, 6= ANIMATEUR

6.3.4. Regards sur l'éducation à la santé

6.3.4.1. Conception de la définition de l'éducation à la santé

Pour traiter la question ouverte sur les définitions de l'éducation à la santé, nous avons procédé à une analyse de contenu selon les règles fixées par Bardin³¹⁵. Le premier argument évoqué par les répondants synthétise la caractéristique principale de la représentation de l'émetteur, le second la nuance ou l'accentue. Dans la méthodologie de l'analyse de contenu, la fréquence est une règle déterminante. Elle répond au postulat suivant : « *L'importance d'une unité d'enregistrement croît avec sa fréquence d'apparition* ».

L'analyse des propositions des répondants montre que les mots issus du champ sémantique de l'information (information, savoir, connaître, instruction) sont les plus fréquemment cités dans les 726 définitions prises en compte (62,6% de notre population a répondu). Le nuage IRaMuTeQ³¹⁶ (outil de statistiques textuelles) que nous présentons ci-après montre le poids relatif des items relevés et leurs intrications. Dans ce nuage, les mots « santé » et « élève » sont évidemment les plus cités, les mots « information », « permettre », « connaissance », « apporter » et « choix » sont aussi très largement présents.

Figure 20 : nuage de mot des définitions du questionnaire

³¹⁵ Bardin, L. (2001) : « L'analyse du contenu ». PUF.

³¹⁶ IRaMuTeQ : Logiciel libre développé par Pierre Ratinaud

| | Effectifs | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Non-réponses | 427 | 36,8 |
| le paradigme écologique | 0 | 0 |
| Le paradigme de la dialectique sociale | 33 | 2,8 |
| Le paradigme humaniste | 329 | 28,4 |
| Le paradigme rationnel | 370 | 31,9 |
| Total | 1159 | 100,0 |

L'examen du tableau nous montre que le paradigme écologique n'est pas présent et que celui de la dialectique sociale est très largement sous-représenté. L'écrasante majorité se scinde en fait entre le paradigme rationnel (31,9% des répondants) et le paradigme humaniste (28,4). Il faut également souligner l'importance du nombre de non-réponses (36,8%)

6.3.4.2. Conception de l'éducation à la santé

L'ensemble des questions suivantes portait sur l'analyse des systèmes de conceptions des infirmières. Les réponses sont synthétisées dans le tableau suivant :

Tableau 38 : Les réponses sur les conceptions en ES (illustré en vert selon le taux de réponse)

| | Tout à fait d'accord | D'accord | Peu d'accord | Pas du tout d'accord |
|---|----------------------|----------|--------------|----------------------|
| Q1 -C'est l'un des rôles de l'infirmière scolaire que de contribuer à l'épanouissement de l'élève. (Non Réponse : 1,5%) | 75,40% | 21,80% | 1,30% | 0% |
| Q2 -L'éducation à la santé concerne autant les infirmières scolaires que les parents. (NR : 1,3%) | 51,90% | 40,30% | 6,10% | 0,40% |
| Q3 -L'éducation à la santé relève principalement de l'éducation familiale. (NR : 3,9%) | 4% | 32% | 48,70% | 11,40% |
| Q4 -Un(e) infirmière scolaire n'a pas le droit de donner des directives dans le domaine de la santé. (NR : 5,2%) | 6% | 19,80% | 33,60% | 35,40% |
| Q5 -Les convictions religieuses des élèves doivent être absolument respectées dans l'éducation à la santé. (NR : 5,5%) | 28,60% | 40,90% | 18,40% | 6,60% |
| Q6 -L'éducation à la santé vise principalement à donner des informations scientifiques : sur la biologie, l'alimentation, les IST (Infections Sexuellement Transmissibles), les méfaits des drogues... (NR : 3%) | 4,70% | 17,20% | 53,40% | 21,70% |
| Q7 -L'éducation à la santé, c'est l'apprentissage de comportements favorables au « vivre ensemble ». (NR : 2,5%) | 39,40% | 47,30% | 9,30% | 1,50% |
| Q8 -Eduquer à la santé, c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement. (NR : 2,5%) | 50% | 43,70% | 3,40% | 0,40% |
| Q9 -Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables pour leur santé et celles des autres. (NR : 1,7%) | 79,90% | 17,40% | 0,80% | 0,20% |
| Q10 -Les convictions religieuses et/ou politiques sont souvent un obstacle à l'éducation à la santé (NR : 4,7%) | 6% | 28,50% | 48,80% | 12% |
| Q11 -Pour être efficace, une action en éducation à la santé doit durer tout au long de la scolarité. (NR : 3,6%) | 37,40% | 40,50% | 16,20% | 2,30% |
| Q12 -Il faut partir des conceptions et des connaissances des élèves pour travailler sur les questions relatives à la santé (NR : 3,1%) | 43,10% | 46,40% | 6,80% | 0,60% |
| Q13 -On ne peut pas aborder certains sujets (sexualité par exemple) si tous les élèves et les familles ne sont pas d'accord. (NR : 4,9%) | 4,40% | 11,50% | 43,10% | 36,10% |
| Q14 -L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les infirmiers(e) s scolaires. (NR : 3,2%) | 32,30% | 47,90% | 15% | 1,60% |
| Q15 -Le travail avec les partenaires extérieurs à l'école améliore l'efficacité des actions en éducation à la santé. (NR : 2,9%) | 40,30% | 48,20% | 7,70% | 0,90% |
| Q16 -C'est important d'associer les élèves comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation. (NR : 2,7%) | 48,10% | 41,40% | 7,20% | 0,60% |
| Q17 -Ce serait bien que l'éducation à la santé face partie des enseignements comme les mathématiques, le français... (NR : 3,2%) | 43% | 37,40% | 13,50% | 2,90% |
| Q18 -L'éducation à la santé est inutile car peu efficace. (NR : 2,8%) | 0,70% | 2,20% | 16,90% | 77,40% |

| | | | | |
|---|--------|---------------|---------------|---------------|
| Q19 -L'éducation à l'ES n'est pas l'affaire de l'infirmière car il n'est pas compétent pédagogiquement. (NR : 2,6%) | 1,60% | 2,10% | 21,70% | 72% |
| Q20 -L'éducation à la santé à l'école est d'abord l'affaire des médecins, assistants sociaux et infirmières scolaires. (NR : 4,5%) | 3,80% | 16,70% | 46,50% | 28,50% |
| Q21 -L'éducation à la santé sert à favoriser l'égalité entre filles et garçons. (NR : 4,8%) | 28,60% | 49,70% | 14,10% | 2,80% |
| Q22 -L'Education à la santé est d'abord une approche sur les thématiques de santé (alimentation, sexualité, drogue, suicide...). NR : (3,5%) | 10,40% | 48,50% | 32,80% | 4,80% |
| Q23 -L'âge et la maturité des élèves peuvent être un frein à l'éducation à la santé. (NR : 2,3%) | 4,60% | 21% | 35,60% | 36,50% |
| Q24 -Les compétences psycho-sociales sont la priorité en éducation à la santé. (NR : 7,5%) | 21,10% | 42,20% | 25,30% | 3,90% |
| Q25 - projets en éducation à la santé doivent s'étendre sur le quartier, la commune. (NR : 5,3%) | 18,60% | 53,70% | 19,50% | 2,90% |

Les non réponses ne sont pas comptabilisées ni prises en compte dans les calculs.

Nous relevons d'emblée la quasi-unanimité dans les réponses aux questions suivantes :

Q 1 - (97,20 % avis favorables)

Q 2 - (92,20 % avis favorables)

Q 7 - (86,7 % avis favorables)

Q 8- (93,70 % avis favorables)

Q 9 - (97,30 % avis favorables)

Q 12 -(89,50 % avis favorables)

Q 14 - (80,2% avis favorables)

Q 15 - (80,20 % avis favorables)

Q 16 - (89,30 % avis favorables)

Q 17 - (80,40 % avis favorables)

Deux questions soulèvent une opposition quasi unanime :

Q 18 - (94,30% somme des avis défavorables)

Q 19 - (93,7% somme des avis défavorables)

D'autres questions se détachent également avec des réponses plus nuancées :

Q 3- (36 % avis favorables vs 60,10 % avis défavorables)

Q 4- (25,9 % avis favorables vs 69 % avis défavorables)

Q 5- (69 % avis favorables vs 25 % avis défavorables)

Q 6- (21,9 % avis favorables vs 75,10 % avis défavorables)
Q 10 - (34,50 % avis favorables vs 60,80 % avis défavorables)
Q 11- (77,9 % avis favorables vs 18,50 % avis défavorables)
Q 13- (15,9 % avis favorables vs 79,20 % avis défavorables)
Q 20- (20,5 % avis favorables vs 75 % avis défavorables)
Q 21- (78,3 % avis favorables vs 16,90 % avis défavorables)
Q 22 - (58,90 % avis favorables vs 37,60 % avis défavorables)
Q 23 - (25,60 % avis favorables vs 72,10 % avis défavorables)
Q 24 - (63,30 % avis favorables vs 29,20 % avis défavorables)
Q 25- (72,3 % avis favorables vs 22,40 % avis défavorables)

Cette partie du questionnaire (3.2) a été conçue pour permettre une classification des questions en 2 groupes :

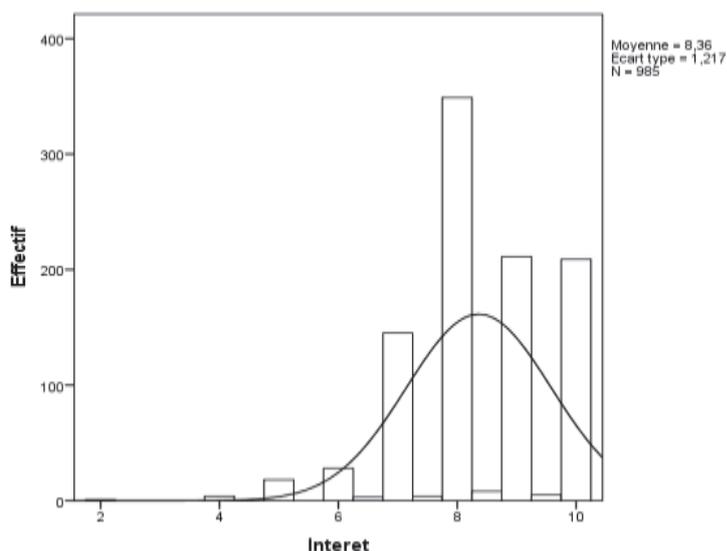
- Les affirmations qui se rapprochent de la définition biomédicale de l'éducation à la santé se retrouvent dans les questions : 3, 6, 10, 13, 17, 20, 22, 23.
- Les autres affirmations définissent l'approche globale de l'éducation à la santé dans les questions : 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 21, 24, 25.

La question 18 « l'éducation à la santé est inutile car peu efficace » n'est incluse dans aucun groupe.

En utilisant cette classification, nous remarquons que les affirmations définissant une approche globale appellent des réponses quasi unanimes alors que les affirmations définissant une approche biomédicale appellent des réponses plus partagées. Les infirmières déclarent un ensemble de conceptions appartenant à une approche globale de l'éducation à la santé en milieu scolaire et sont plus hésitantes pour les affirmations relevant d'une approche biomédicale.

Le questionnaire invitait les infirmières à évaluer, par une note sur 10, l'intensité de leur motivation pour l'ES. La moyenne se situe à 8,3/10.

Figure 21 : L'intérêt pour l'éducation à la santé, répartition des réponses



6.3.5. Les partenaires

79 % de notre échantillon déclarent travailler en partenariat. Les intervenants extérieurs apparaissent comme les principaux collaborateurs (92,1%) pour les projets en Education à la Santé, suivis par les enseignants (87%), les médecins (75%), la vie scolaire (74%), les élèves (72%) et enfin les parents (68,7%).

Tableau 39 : Les partenaires déclarés

| | |
|-------------------------|---------------------------------|
| Intervenants extérieurs | 92,1% (n=1068) |
| Médecin | 75% (n=870) |
| Enseignants | 87% (n=1010) |
| Vie scolaire | 74% (n= 862) |
| Élèves | 72% (n= 839) |
| Parents | 68,7% (n= 797) |

Seuls 153 répondants (13% de notre population) ont cité en complément au moins un partenaire extérieur à l'Education nationale. Pour les intervenants extérieurs cités nous pouvons les classer en trois groupes :

- Les services de l'Etat (n=99 citations) : la police, la gendarmerie, les pompiers, justice, hôpital, Agence Régionale de la Santé (ARS).
- Les associations d'éducation à la santé (n=15 citations): IREPS, CODES. CRIPS. CRAES,
- Les associations thématiques (n=39) : centres de Planning Familial, l'ANPAA, Ligue contre le Cancer, Maison des Adolescents (MDA).

1.3.3.1. Les attentes vis à vis des partenaires

A la question sur le travail en partenariat, les attentes sont multiples et reprises dans le tableau suivant :

Tableau 40 : Les attentes vis à vis des partenaires

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Aide à l'élaboration projet | 52,2% (n=593) |
| Aide méthodologique | 42,2% (n=670) |
| Documentation élèves | 53,6% (n=621) |
| Matériels | 40,4% (n=468) |
| Documentation vous | 42,8% (n=496) |
| Apport d'autres expériences | 60,6% (n=702) |
| Intervention en classe | 44,6% (n=517) |

La grande majorité (83,6%) des infirmières exprime des attentes vis-à-vis des partenaires de l'école dans le domaine de la santé. Leur principale demande concerne l'aide à l'élaboration de projets (52,2%). Plus précisément, 42% souhaiteraient recevoir une aide méthodologique, 42,8 % des documents pour elles-mêmes et 53,6 % des documents pour les élèves. 60,6 % sont intéressées par l'apport d'autres expériences et 40,4 % par du matériel. D'autre part, 44,6 % des infirmières sont intéressées par des interventions en classe.

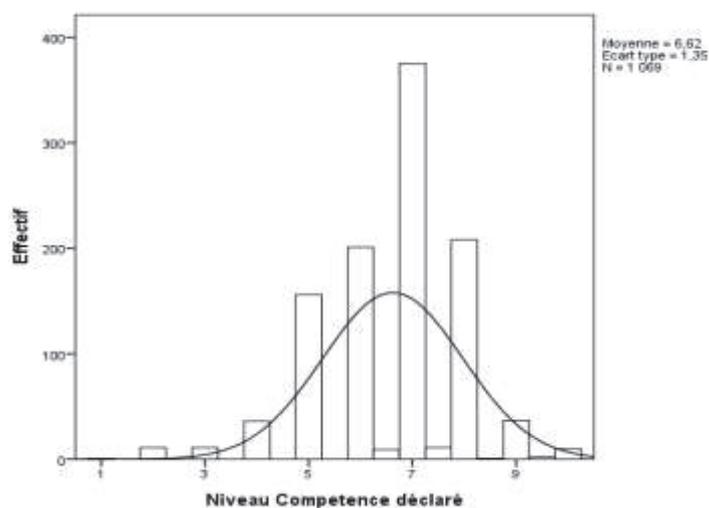
6.3.6. La formation en ES

68,2% des infirmières déclarent avoir eu une formation en ES. Elles estiment à 35% l'avoir faite en formation initiale contre 43% en formation continue. Dans ce dernier cas, elles citent

avoir été formées par le plan de formation académique à 65,4%, par un partenaire externe à 26%, à l'occasion d'un stage d'établissement à 10% et par un autre moyen à 8% (universitaire, colloques, CNED).

Le questionnaire invitait les infirmières à évaluer, par une note sur 10, leur niveau de compétence en ES. En moyenne, il est de 6,6/10.

Figure 22 : Le niveau de compétence déclaré



Malgré le nombre important d'infirmiers questionnés ayant eu une formation en ES et un sentiment de compétence assez favorable, le besoin d'une formation dans le domaine est ressenti par 72,5 %. Ces besoins sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 41 : Les besoins de formation

| Nécessité de formation | |
|-----------------------------------|--------------|
| ES aujourd'hui et éthique | 40,8% |
| Travail en partenariat | 39,6% |
| Prise en charges des actions | 47,9% |
| Savoir, savoir-faire, savoir être | 53,4% |
| Psychologie et CPS | 61,6% |
| Démarches pédagogiques | 54,1% |
| Témoignages d'actions | 52,1% |
| Apports scientifiques | 49,7% |

La demande principale en formation concerne le domaine de la psychologie et des compétences psychosociales (61,6%), les méthodes et démarches pédagogiques en ES (54,1%), les liens entre savoirs, savoir-faire et savoir-être en ES (53,4%) et les témoignages d'actions réalisées dans d'autres établissements (52,1%).

6.4. Les analyses bi variées

On réalise une analyse uni/bivariée lorsqu'on cherche à quantifier l'association brute entre une variable à expliquer (réponse) et une variable explicative (facteur), sans prendre en compte d'autres facteurs³¹⁸.

Nous étudierons d'abord les variables indépendantes invoquées qui impactent les pratiques déclarées 1.1 à 1.11 : (question 1.1 à 2.1 : question 2.1.d : « Travailler de façon ponctuelle, dans le cadre d'une programmation, d'un projet » ; la question la question 1.11 « nombre d'élèves dans l'établissement ou le secteur » ; question 5.2 « formation oui/non et type de formation » ; question 5.1 « niveau de compétences » ; question 2.1.g « parvenez-vous à travailler en équipe au sein du CESC » puis les variables indépendantes contrôlées : 2.1 (mise en place de séances d'ES), 2.1.b (les thématiques), 2.2.c (animation avec quels partenaires), 2.1.e (travail en équipe), 2.1.i (travail initié de quelle façon) et 5.2. (niveau de compétences).

³¹⁸ Le site LEPCAM est un site de e-Learning permettant aux étudiants et professionnels de santé d'acquérir des compétences statistiques en recherche médicale. <http://lepcam.fr/index.php/les-etapes/stat/> site consulté le 15/03/2015

Dans un second temps, nous avons classé les questions selon les trois paradigmes de Fortin : le paradigme rationnel, le paradigme humaniste et le paradigme de la dialectique sociale pour permettre des comparaisons bi-variées et des analyses à composantes principales ou discriminantes.

- le modèle biomédical ou rationnel dans les questions : 3, 6, 10, 13, 17, 20, 22, 23
- le modèle humaniste dans les questions : 1, 2, 4, 7, 8, 11, 14, 19, 24,
- le modèle de la dialectique sociale : 5, 9, 12, 15, 16, 21, 25.

Est exclue la Q18 (« L'éducation à la santé est inutile car peu efficace ») car ne relevant d'aucun modèle.

Puis nous avons étudié l'impact des conceptions des infirmières sur les pratiques en nous intéressant aux questions suivantes :

- Question 2.2 : Conceptions de l'éducation à la santé (Pratiques déclarées)
- Question 3.1 : Conception de l'éducation à la santé (Définitions données en ES)
- Question 2.4 : Conception du rôle de l'infirmière scolaire (Rôles déclarés)

6.4.1. L'impact des variables indépendantes sur les pratiques déclarées

Nous allons observer les variables indépendantes qui impactent ou pas les pratiques déclarées de notre population.

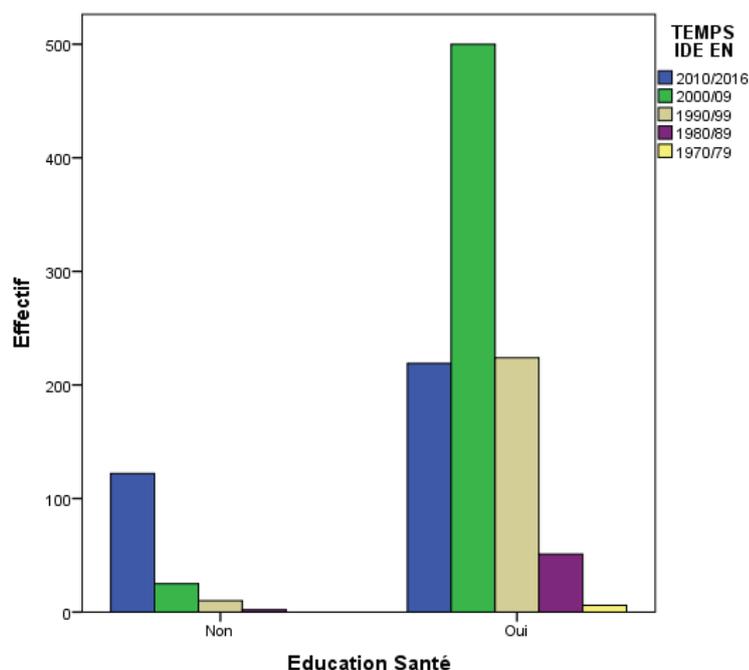
6.4.1.1. L'incidence du sexe

Nous avons croisé le sexe avec la mise en place d'action d'éducation à la santé ($p=0,672$), avec la définition donnée de l'ES, avec le rôle ($p=0,184$) et la pratique ($p=0,430$) déclarés et aucun lien significatif n'est ressorti.

6.4.1.2. L'âge et de l'ancienneté de service

Une analyse croisée de l'âge et la mise en place de séquences d'éducation à la santé montre un résultat significatif ($p < 0,000$). Il en est de même avec l'ancienneté de service (à l'aide d'un regroupement) :

Figure 23 : L'ancienneté de service et mise en place de l'Education à la santé



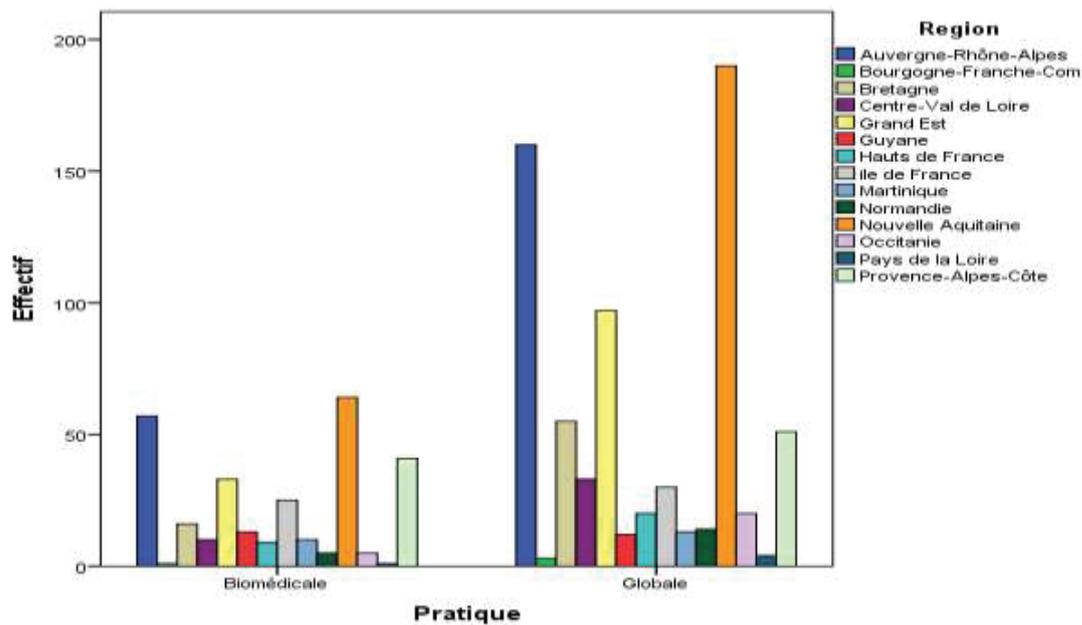
L'analyse croisée entre l'âge et le fait de travailler en équipe au sein du CESC est significative ($p=0,001$). Plus, les personnels sont âgés plus ils travaillent en CESC. Nous avons un résultat identique lorsque nous croisons l'ancienneté à l'éducation nationale et le travail au sein du CESC, mais également avec la nécessité de formation en ES ($p=0,001$).

Par contre, l'âge n'impacte pas les pratiques ($p= 0,174$) et n'influe pas sur la conception des rôles déclarés en éducation à la santé ($p= 0,75$), ni sur la définition donnée ($p=0,187$). D'autre part, il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et le fait d'avoir eu une formation en éducation à la santé ($p=0,138$), ni sur le sentiment d'isolement ($p=0,444$), le sentiment d'inclusion dans l'équipe pédagogique ($p=0,878$), le fait de travailler de façon ponctuelle ($p=0,712$) ou encore dans le cadre d'un projet ($p=0,129$).

6.4.1.3. Le lieu de travail

Il n'y a pas de différence géographique significative dans la mise en place des séances d'éducation à la santé ($p=0,857$) ni dans le travail au sein du CESC ($p=0,064$), travailler de façon ponctuelle ($p=0,093$), dans le cadre de projet ($p=0,764$) ni dans la conception des rôles déclarés ($p=0,068$) ou le fait d'avoir eu une formation ($p=0,192$). Par contre, il apparaît un lien significatif en croisant avec les pratiques déclarées ($p=0,001$) : trois régions (Pays de la Loire, Grand Est et Nouvelle Aquitaine) développent des approches globales significativement plus importantes.

Figure 24 : Répartition régionale et pratique en ES

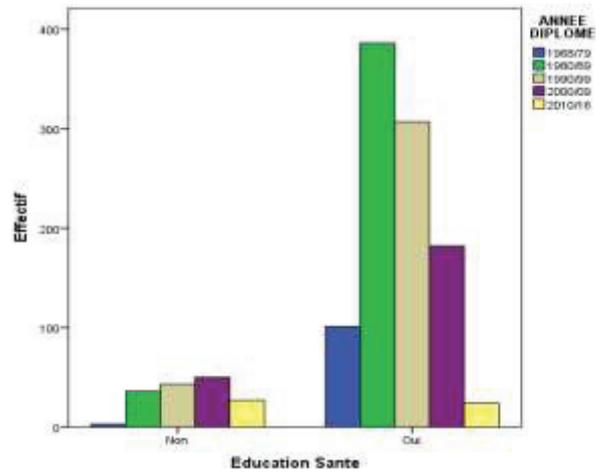


6.4.1.4. L'année du diplôme et le niveau du diplôme

Nous avons effectué un regroupement des années. Il n'apparaît aucun lien entre année d'obtention du diplôme avec les variables suivantes : « travail au sein du CESC » ($p=0,064$), « travailler de façon ponctuelle » ($p=0,358$), « dans le cadre de projet » ($p=0,633$), sur la conception des rôles déclarés ($p=0,100$), sur les pratiques déclarées ($p=0,167$) ni pour ce qui est de la définition de l'ES ($p=0,168$).

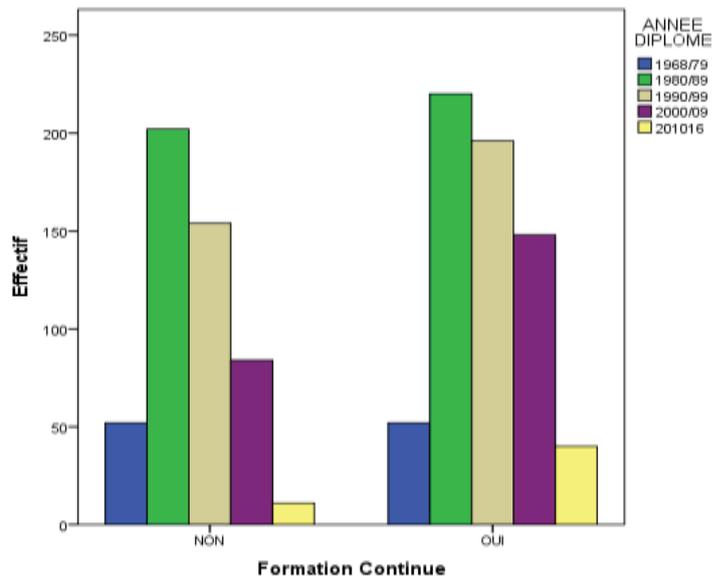
Il existe un lien significatif entre l'année de diplôme et la mise en place de séquence en ES ($p < 0,001$) :

Figure 25 : L'année d'obtention du diplôme et mise en œuvre d'actions en ES



Nous observons un lien entre l'année de diplôme et le fait d'avoir ou pas une formation en ES ($p=0,031$). Ce lien est encore plus fort avec le fait d'avoir suivi des actions de formation continue ($p=0,000$) :

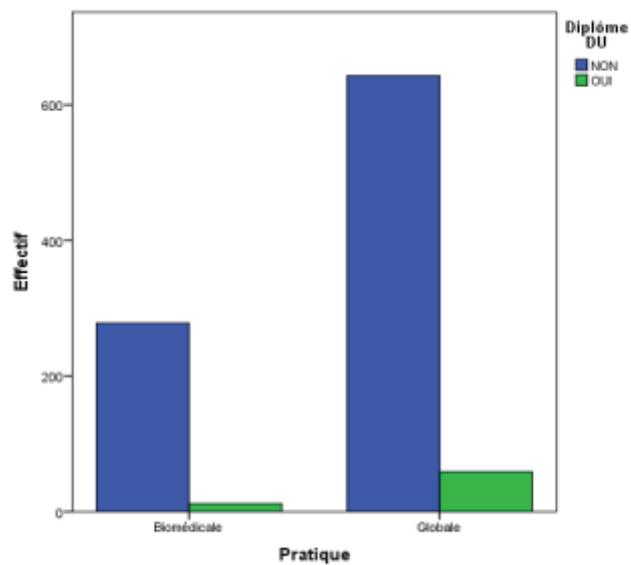
Figure 26 : L'année d'obtention du diplôme et formation continue



Le lien avec les formations suivies dans le cadre du plan académique de formation est encore plus significatif ($p < 0,001$).

L'analyse croisée avec les différents diplômes obtenus (Diplôme Universitaire, Licence, Master) fait apparaître un lien significatif pour le Diplôme Universitaire.

Figure 27 : Diplôme Universitaire et pratique en ES

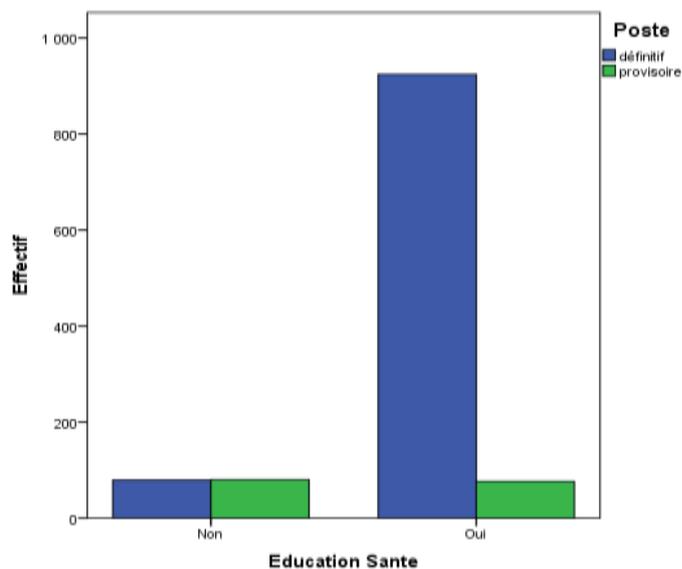


6.4.1.5. Le type de poste et la quotité de travail

Le lien entre le type de poste (poste définitif ou provisoire) et le « sentiment d'être inclus dans l'équipe pédagogique », apparaît significatif ($p < 0,001$). Ce lien se retrouve aussi entre le type de poste et le sentiment de parvenir à travailler au sein du CESC ($p < 0,001$).

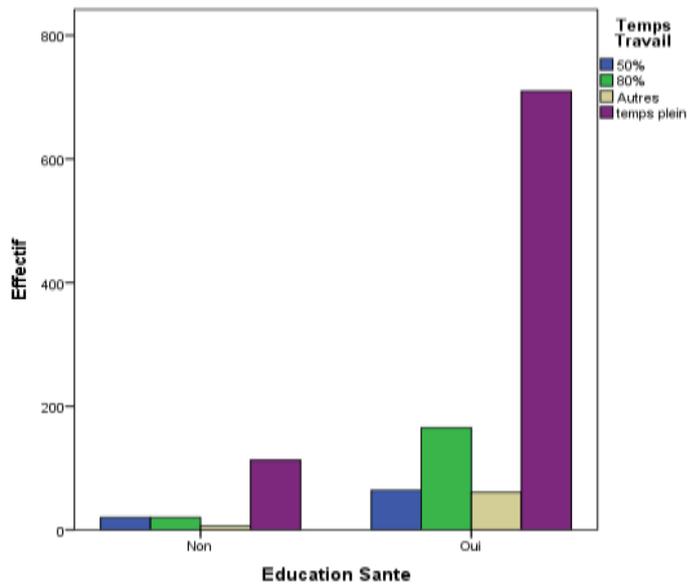
Le fait d'être affecté sur un poste à titre définitif ou à titre provisoire a une influence ($p < 0,001$) sur la pratique déclarée de l'ES. Il en est de même pour tout ce qui en découle comme la définition et la nécessité de formation dans ce domaine ($p < 0,001$).

Figure 28 : nature du poste occupé et Education à la santé



Nous observons des résultats similaires avec la quotité de temps de travail (80%, 50%...) de notre population. En effet, le lien existe entre la quotité de travail et la mise en place de séances en ES ($p = 0,02$), mais également à parvenir à travailler au sein du CESC ($p = 0,005$), dans la conception du rôle déclaré ($p = 0,037$), dans le fait d'avoir une formation en ES ($p < 0,001$) et de la nécessité de formation ($p = 0,025$)

Figure 29 : la variable « Temps de travail » et la pratique en Education à la santé



6.4.1.6. Le type d'établissement, effectif d'élèves et secteur géographique

« Le type d'établissement » et « les secteurs géographiques » n'ont pas de lien avec les autres variables. Seul le fait de travailler en collège a un lien avec la conception du « rôle » de l'infirmière en éducation à la santé ($p=0,02$) et le sentiment d'isolement. Nous constatons que le sentiment d'isolement est moindre ($p=0,012$) lorsque la personne travaille dans un collège et en zone urbaine ($p=0,043$).

Figure 30 : la variable « Travail en collège » et le sentiment d'isolement exprimé

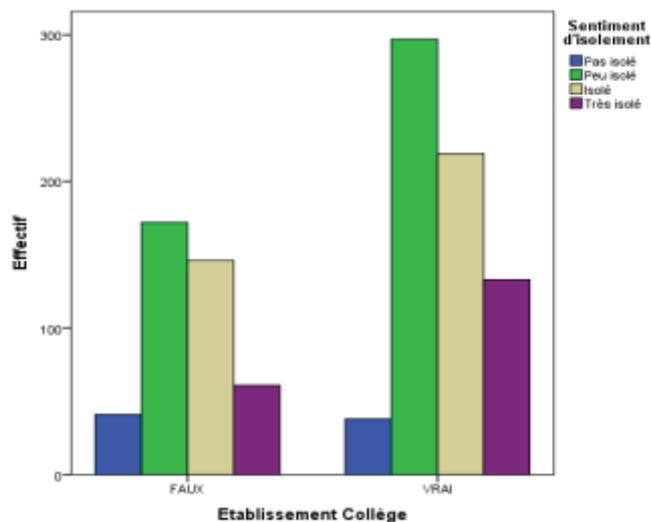
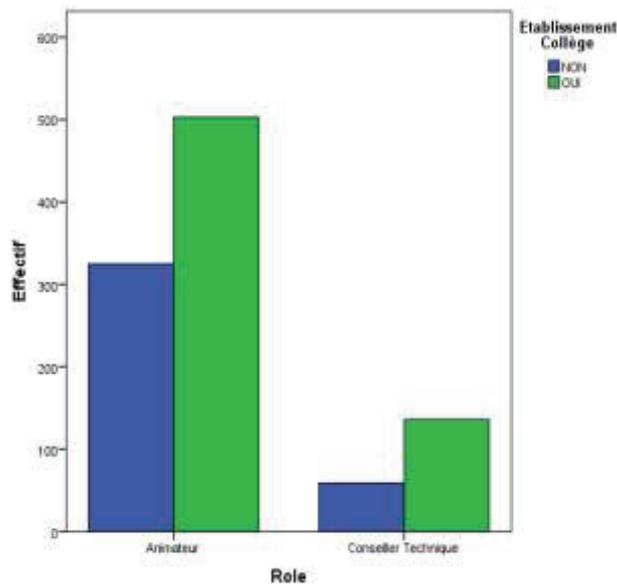


Figure 21 : la variable « travail en Collège » et la définition du rôle en éducation santé



Le nombre d'élèves par établissement a un lien significatif avec la mise en place de séances en éducation à la santé ($p=0,016$) : plus il y a d'élèves moins il y a de séances d'éducation à la santé, moins il y a de travail dans un projet ($p=0,022$), moins il y a de travail en CESC ($p<0,001$). Plus il y a d'élèves moins il y a de formation en ES ($p=0,023$) ; cela a également une incidence sur le type de pratique en éducation à la santé ($p=0,003$).

Figure 22 : le nombre d'élèves par établissement et les pratiques en éducation santé

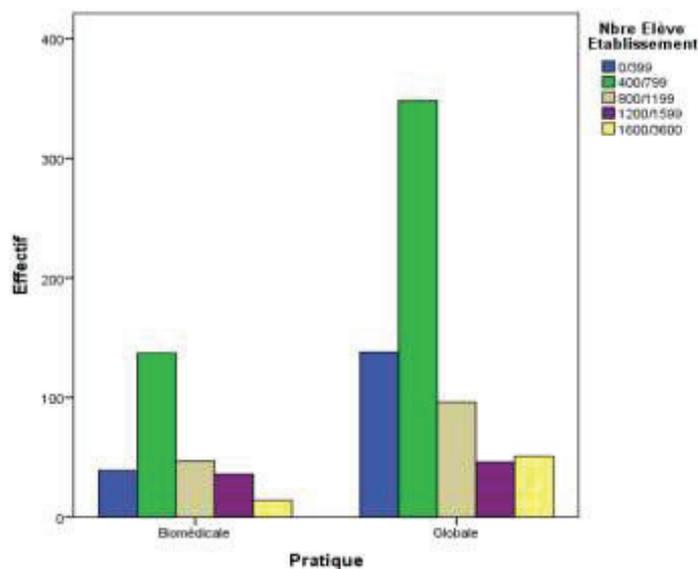
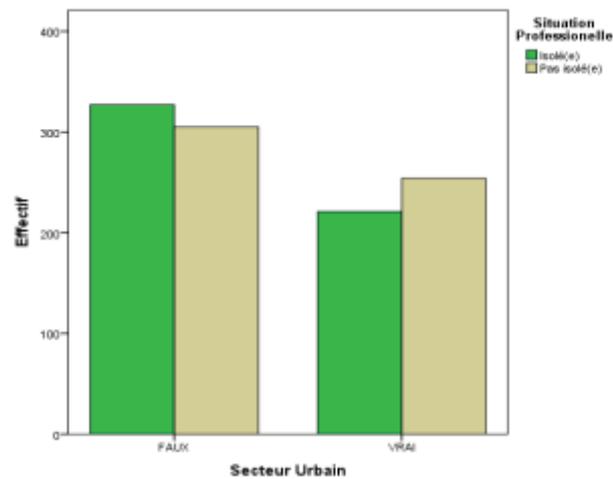


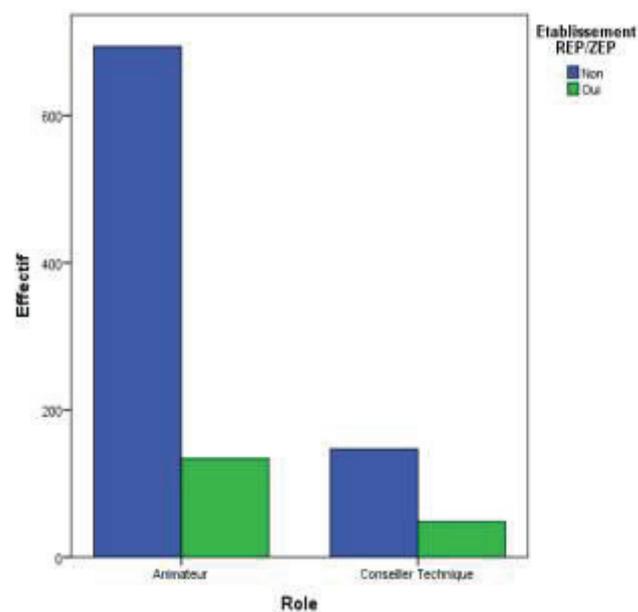
Figure 31 : le fait de travailler en secteur urbain et le sentiment d'isolement exprimé



6.4.1.7. L'éducation prioritaire

Nous observons un lien entre le fait que l'établissement soit en Réseau d'Education Prioritaire et le rôle déclaré en ES ($p=0,005$). Les infirmières ont davantage un rôle de conseiller lorsqu'elles travaillent en REP.

Figure 32 : le fait de travailler en établissement en REP/ZEP et le rôle en éducation santé



6.4.1.8. La mise en place de l'éducation à la santé et l'animation des séances

Le fait de mettre en œuvre des « séances d'éducation à la santé » est fortement corrélé à la plupart des variables étudiées ($p < 0,001$),

Voir le tableau ci-dessous, sauf sur « la définition donnée de l'ES », la conception du « rôle », « les pratiques » déclarés en ES, le « sentiment professionnel d'isolement », le « travail ponctuel » ou « en projet dans le cadre de l'établissement » ($p > 0,5$).

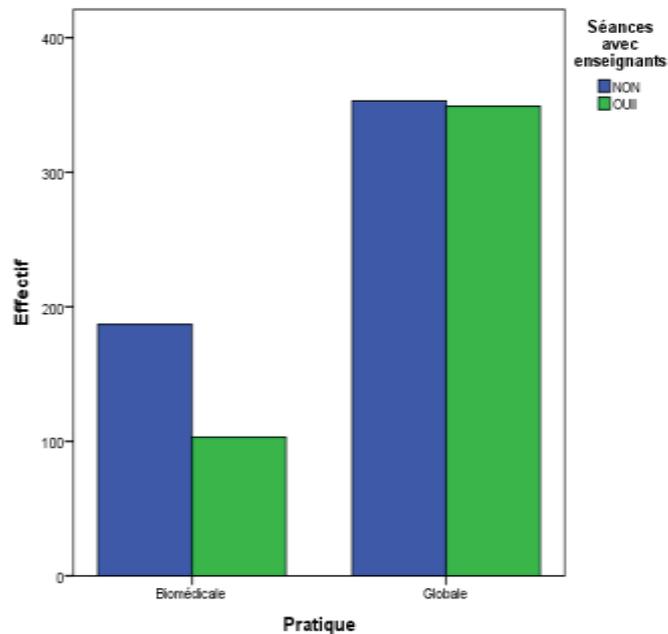
Tableau 42 : Mise en place de l'éducation à la santé

| | | odds-ratio | Intervalle de confiance | p-value | Corrélation significative |
|--------------------------------|---------------|-------------------------------------|-------------------------|----------|---------------------------|
| Formation | oui vs non | 3.6 | [2.5-5.1] | <0.001 | *** |
| Age | | 1,08 | [1,06-1,11] | <0,001 | *** |
| Anne Diplôme | | 0.92 | (0.9, 0.94) | <0,001 | *** |
| Début Travail institution | 1 vs 0 | 17.41 | (6.39, 47.4) | < 0.001 | *** |
| Début Travail extérieur | 1 vs 0 | 20.73 | (2.88, 149.51) | < 0.001 | *** |
| Début Travail Annuel | 1 vs 0 | 63.85 | (32.03,127.27) | < 0.001 | *** |
| Temps Infirmier | | 0.77 | (0.74, 0.81) | < 0.001 | *** |
| Stage Formation Emploi | | 0.55 | (0.36, 0.83) | 0.003 | ** |
| Pratique: globale vs bio | | 1,51 | (1.02, 2.23) | 0.044 | * |
| Etablissement Lycée | | Kruskal-Wallis chi-squared = 9.1634 | | 0.002469 | *** |
| Poste: provisoire vs définitif | | 0.08 | (0.06, 0.12) | < 0.001 | *** |
| Niveau Compétence | | 1.79 | | < 0.001 | *** |
| CESC oui/ non | | 2.57 | (1.07, 6.19) | 0.03 | * |
| Nombre Elèves Etablissement | Classe nombre | 8.89 | | 0.01 | ** |
| Nécessité Formation [Oui] | | 9.52 | | 0.02 | * |
| Relation Hiérarchie | | 3.05 | | < 0.001 | *** |
| Stage Etablissement | | 27.99 | | 0.002 | ** |
| Diplôme [Licence] | | 0.40 | | 0.003 | ** |

Le type d'animation des séances d'éducation à la santé (par « équipe d'infirmières », ou par les « personnels médico-sociaux », ou avec l'aide de « partenaires externes », ou avec les « enseignants ») n'a pas d'incidence probante sur les pratiques déclarées ($p < 0,001$), sauf lorsque l'animation est conduite par un binôme « infirmiers/enseignants ». Les infirmières développent davantage des approches globales en travaillant avec les enseignants alors

qu'elles se positionnent plus dans une perspective biomédicale lorsqu'elles travaillent avec les associations ou d'autres personnels.

Figure 33 : Type d'approche en ES et travail avec les enseignants



6.4.1.9. Le travail en équipe et en CESC

Le travail en équipe et en CESC est corrélé avec le type de poste (provisoire/définitif) ($p=0,001$), le sentiment professionnel d'isolement ($p=0,001$) et les conceptions du rôle déclaré en ES (Conseiller technique /animateur) ($p=0,001$). Être inclus dans l'équipe pédagogique et travailler au sein du CESC diminuent le sentiment d'isolement et positionnent davantage l'infirmière comme conseiller technique.

Figure 34 : Inclusion dans équipe pédagogique et travail en CESC

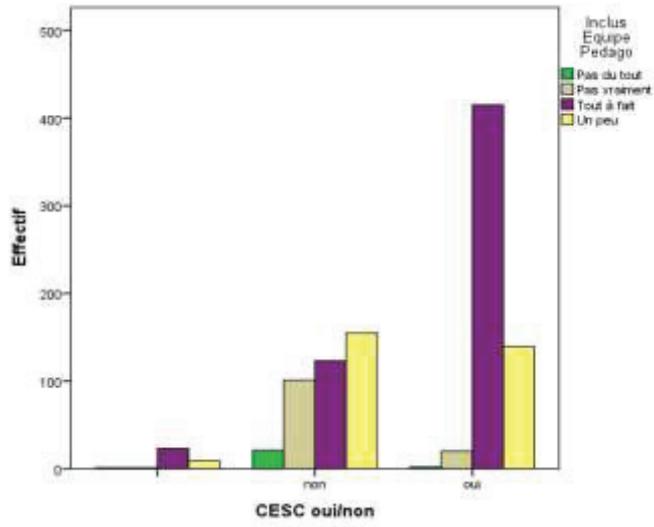


Figure 35: Sentiment d'isolement et travail en CESC

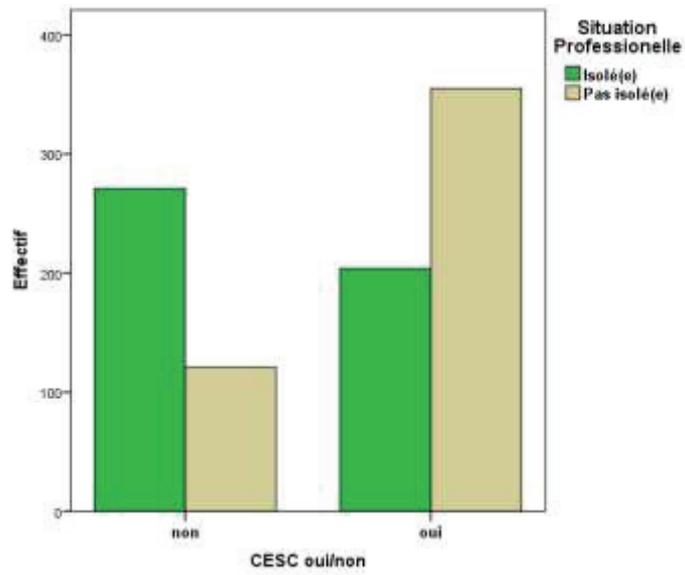
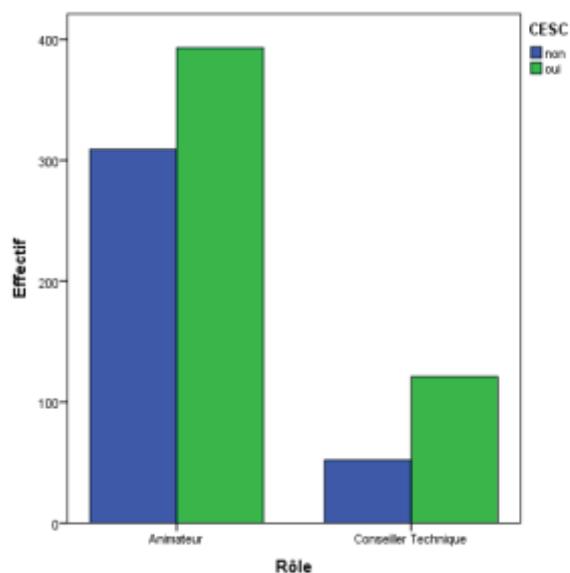


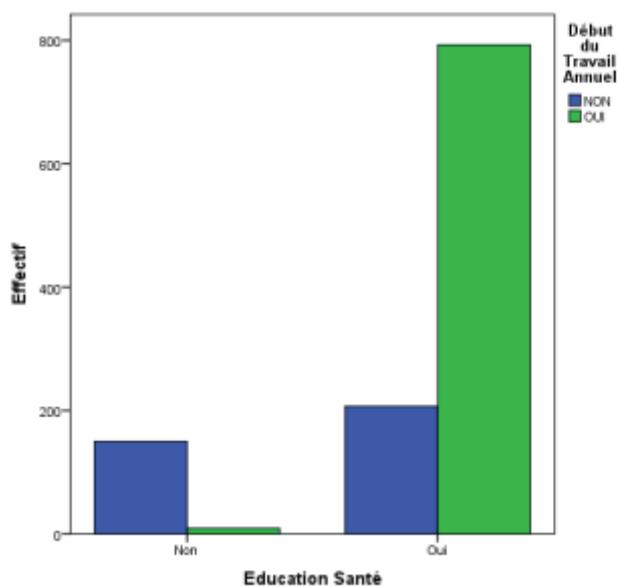
Figure 36 : Définition du rôle de l'infirmier et travail en CESC



6.4.1.10. L'initiative du travail

Seule pour la question 2.1.i la variable « initiative du travail dans une programmation annuelle » a une incidence positive sur la mise en place de séance en ES ($p < 0,001$) et sur le travail en CESC ($p < 0,001$).

Figure 37 : Travail programmé annuel et Education santé

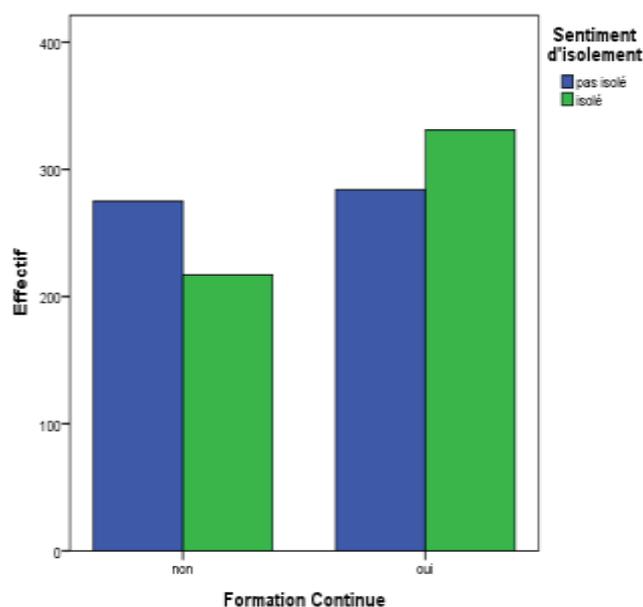


6.4.1.11. La formation en ES et le type de formation (initiale ou continue)

Le fait d'avoir eu « une formation » en ES n'a pas d'influence sur « les définitions » données d'ES ($p=0,348$), sur « les rôles » déclarés ($p=0,765$), sur les pratiques déclarées ($p=0,835$), n'est pas lié avec le lieu de travail (rural $p=0,669$, urbain $p=0,439$, semi urbain $p=0,933$), ni avec le type d'établissement (collège $p=0,138$, lycée $p=0,057$).

La variable « avoir eu une formation continue » dispensée par un partenaire extérieur sur des contenus thématiques accentue le sentiment d'isolement ($p=0,001$) (voir graphique ci-après) et renforce la pratique du partenariat externe ($p=0,001$). Après la formation par des partenaires externes, le décalage s'accroît avec les dimensions éducatives et l'équipe enseignante.

Figure 38 : Formation continue et sentiment d'isolement professionnel

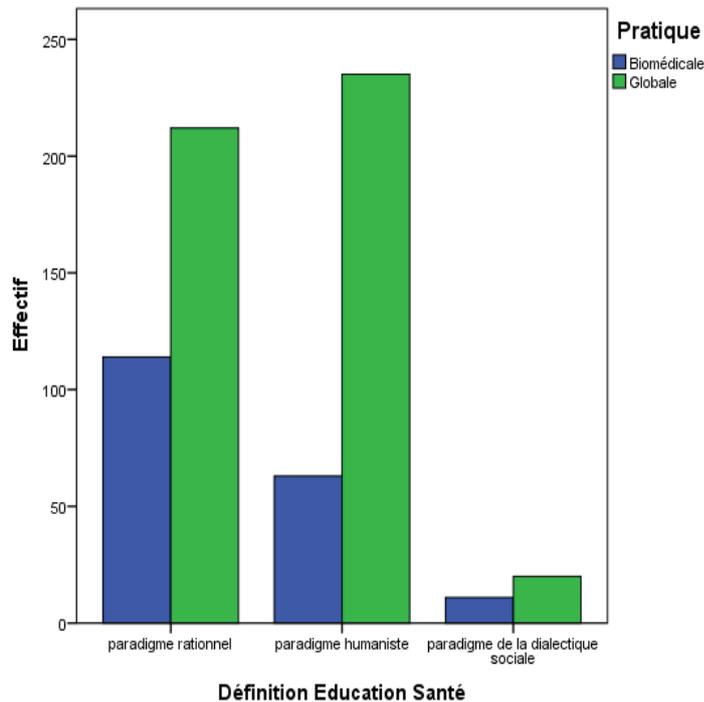


6.4.2. L'impact des pratiques

Nous avons ensuite procédé pour la question 2.2 (« Sur les deux pôles de modèles d'éducation à la santé comment situez-vous votre pratique ? ») à une binarisation des données selon la règle suivante : si une des trois premières cases était cochée alors la réponse prise en compte est le modèle « information et approche biomédicale » ; les trois dernières cases sont rattachées au modèle « éducation et approche globale ». Nous ne constatons aucune différence

sur l'ensemble des variables saut sur ce qui concerne les définitions de l'ES. Nous observons un lien significatif entre les définitions et les pratiques déclarées notamment entre ceux qui ont une approche globale qui est liée à un paradigme humaniste et ceux qui ont une approche biomédicale liée avec un paradigme rationnel ($p < 0,0001$).

Figure 39 : Type de pratique et paradigme développé



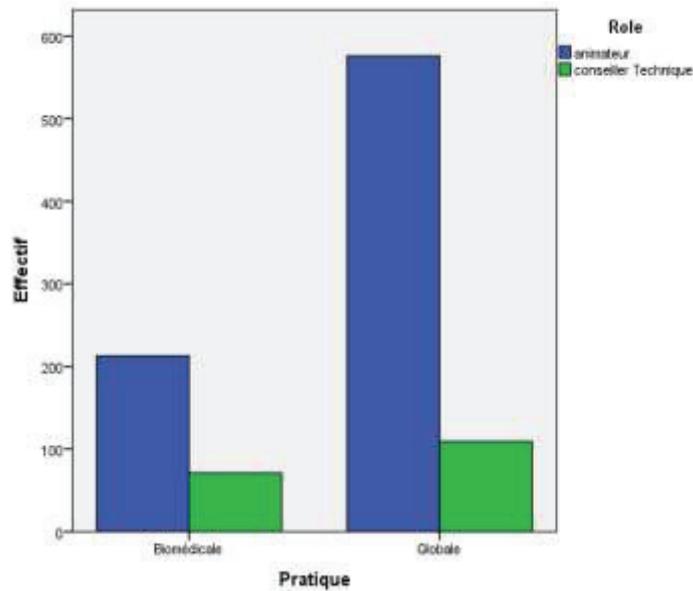
6.4.3. L'impact du rôle déclaré (animateur vs conseiller technique)

Nous avons également procédé à une binarisation des données sur la question 2.4 selon la règle suivante : si une des trois premières cases était cochée alors la réponse prise en compte est le modèle « conseiller technique pour les projets mis en œuvre par les enseignants » sinon les trois dernières cases sont rattachées au modèle « comme animateur auprès des élèves ».

6.4.3.1. Sur les pratiques

Les infirmières qui se positionnent comme conseillers techniques se répartissent de façon équitoyenne sur les deux types d'approche. Par contre, les infirmières se définissant comme animatrices privilégient significativement l'approche globale. ($p < 0,001$).

Figure 40 : Pratique déclarée et Rôle déclaré en Education santé



6.4.3.1.1. Les pratiques déclarées (Q2.2) et l'approche thématique (Q22)

Nous pouvons dire qu'il existe un lien significatif ($p=0,005$) entre les 31% d'infirmières qui déclarent une pratique et une conception de l'ES dans une approche très globale et les 19,5% d'infirmières qui expriment une pratique et conception biomédicale de l'ES. L'approche thématique est fortement liée aux pratiques déclarées. Nous observons une grande cohérence aux réponses du questionnaire. Avec un positionnement complexe entre deux pôles : pratique et conception globale vs pratique et conception biomédicale de l'ES. Le croisement avec la question 24 concernant les CPS montre clairement le lien existant entre approche globale et développement de CPS ($p<0,001$).

Figure 41 : les pratiques déclarées en ES et la question 22 sur l'ES c'est une approche thématique

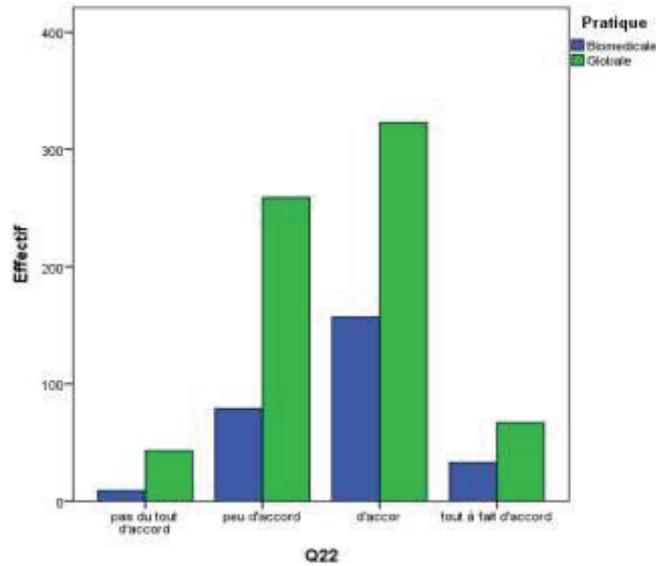
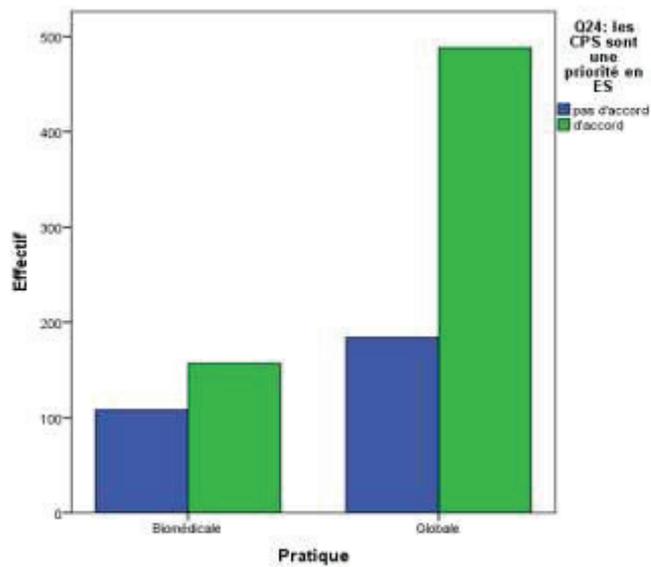


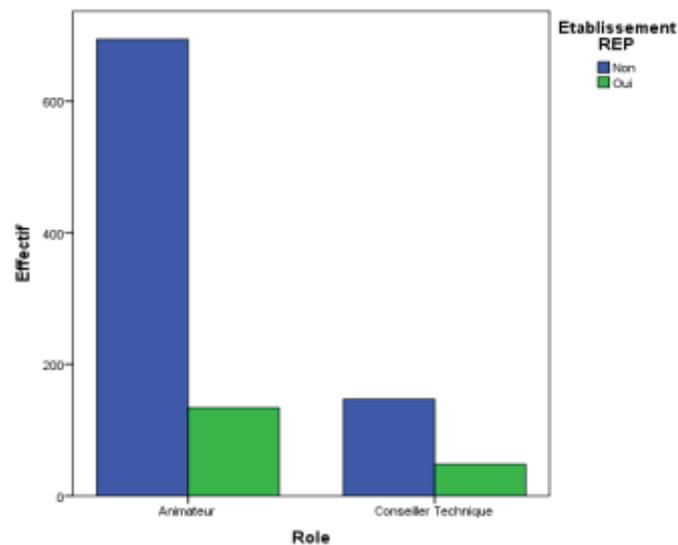
Figure 42 : les pratiques déclarées en ES et la question 24 sur les compétences psychosociales



6.4.3.2. Selon le type d'établissement

Nous observons une différence significative ($p=0,006$). Les infirmières travaillant en Réseau d'éducation prioritaire se positionnent davantage comme conseillères techniques

Figure 43 : Rôle déclaré en Education à la santé et établissement en Réseau d'Education Prioritaire

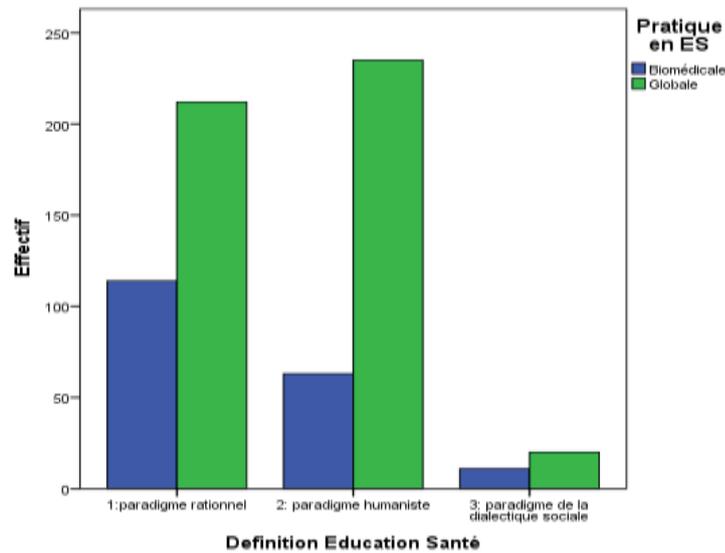


6.4.4. Impact de la définition de l'ES

Nous observons un impact significatif de la définition donnée de l'ES sur la pratique déclarée en ES ($p=0,002$). Le paradigme humaniste se situe principalement dans une approche globale.

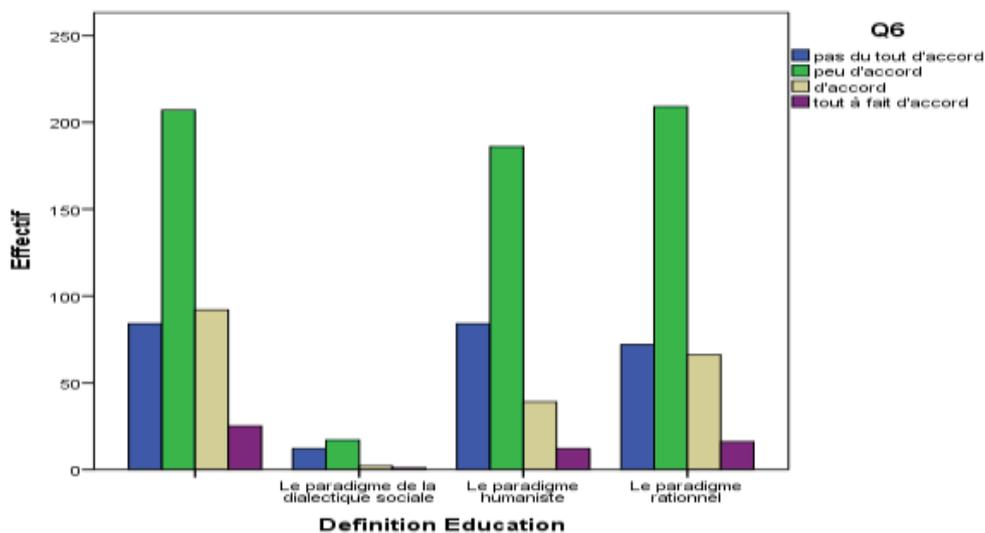
Par ailleurs, il existe un lien significatif entre la pratique déclarée en ES et la définition donnée de l'éducation à la santé ($p<0,001$). Plus on s'éloigne d'une définition du modèle rationnel plus on s'éloigne d'une pratique biomédicale de l'ES.

Figure 44 : Pratique déclarée et la définition donnée en ES



On note aussi un lien entre le type de définition déclarée et des conceptions en éducation à la santé « donner principalement des informations scientifiques » (question 6) ($p=0,003$).

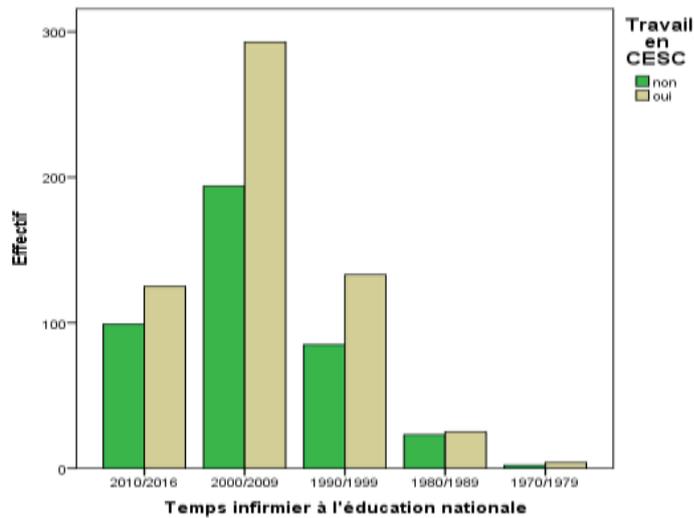
Figure 45 : la définition donnée de l'ES et les conceptions en ES



- Ce qui influe sur le travail en CESC

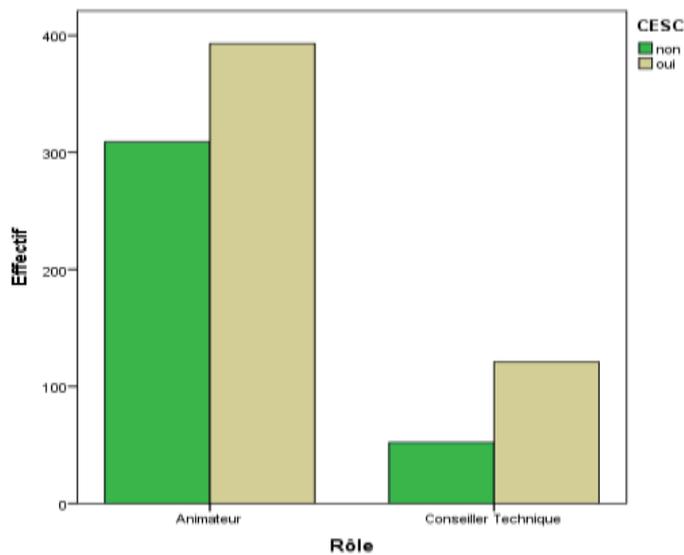
Le travail en CESC est impacté par l'ancienneté générale de service ($p<0,001$), plus d'ancienneté sur le poste favorise un travail en CESC.

Figure 46 : le travail en CESC et l'ancienneté sur le poste



Le travail au sein du CESC est également impacté par la conception du rôle déclaré par les infirmières ($p < 0,001$) ;

Figure 47 : le travail en CESC et le rôle déclaré en ES

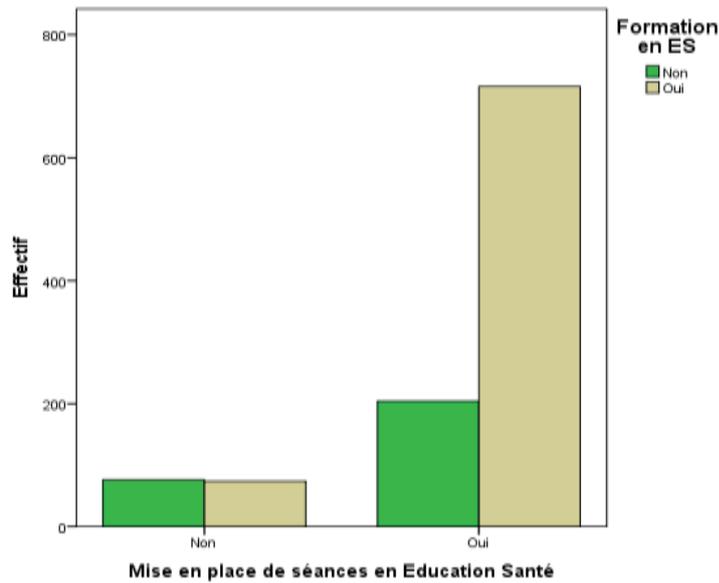


6.4.6. L'impact de la formation

La formation a une influence importante puisque parmi les 68,2 % d'infirmières ayant reçu une formation en ES, 90% d'entre elles pratiquent l'ES dans leur travail, contre 72,9% des

infirmières qui déclarent ne pas avoir reçu de formation (figure ci-après). Ces résultats mettent en exergue l'effet de la formation sur la pratique de l'ES ($p < 0,001$).

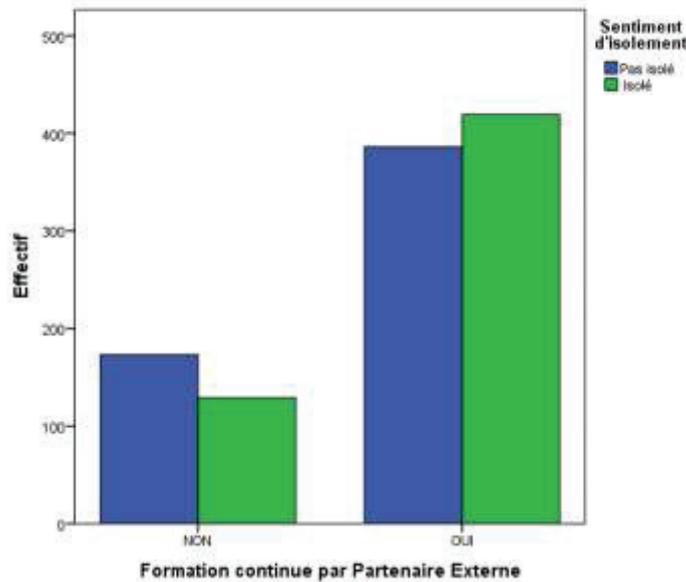
Figure 48 : formation en ES et mise en place de séances en ES



La formation en ES montre également un lien fort avec le fait de mettre en œuvre des séances en ES avec les enseignants. ($p = 0,008$).

On remarque un lien entre la formation continue et le sentiment d'isolement déclaré par les infirmières de l'éducation nationale, ce ressenti augmente après la formation mais encore plus lorsque la formation est assurée par des partenaires externes $p = 0,003$.

Figure 49 : le sentiment d'isolement et la formation continue par partenaire externe



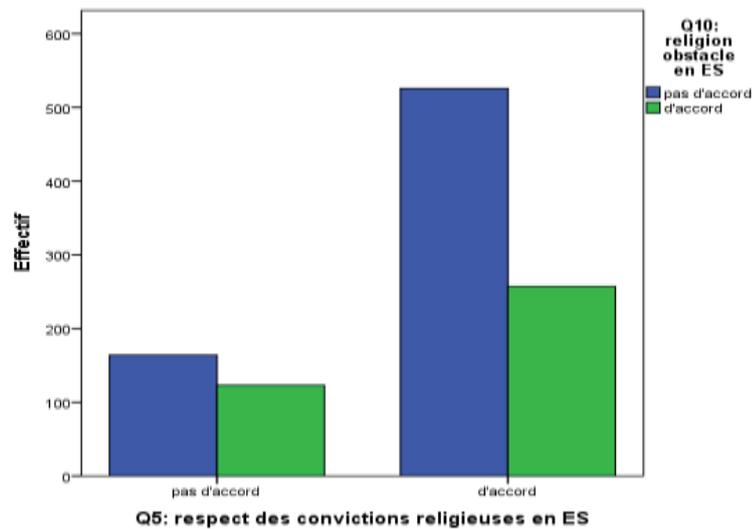
6.4.7. Analyses bivariées des systèmes de conceptions des infirmières

Nous allons traiter dans ce chapitre les réponses à la partie 3.2 du questionnaire. Il s'agissait d'exprimer son accord ou son désaccord avec une série de 25 affirmations. Nous ne présentons ici que les liens significatifs obtenus après le croisement de l'ensemble des questions.

6.4.7.1. L'incidence de la religion (Q5) et (Q10) :

Nous constatons que les infirmières (70%) sont dans le respect des convictions religieuses (Q5) mais lorsque nous procédons à un croisement avec la question (Q10) que cela peut être un obstacle à l'ES, ($p=0,002$).

Figure 50 : la question 5 sur le respect la religion et la question 10 sur la religion comme obstacle à l'ES



6.4.7.2. L'approche thématique (Q22) et les informations scientifiques (Q6) :

75% des infirmières ne sont pas d'accord pour « donner principalement des informations scientifiques » (Q6). Pour les 25% restant, nous observons un lien significatif avec la question 22 sur « le fait d'avoir une approche thématique » ($p < 0,001$).

6.4.7.3. Le vivre ensemble (Q7) et l'égalité (Q21) :

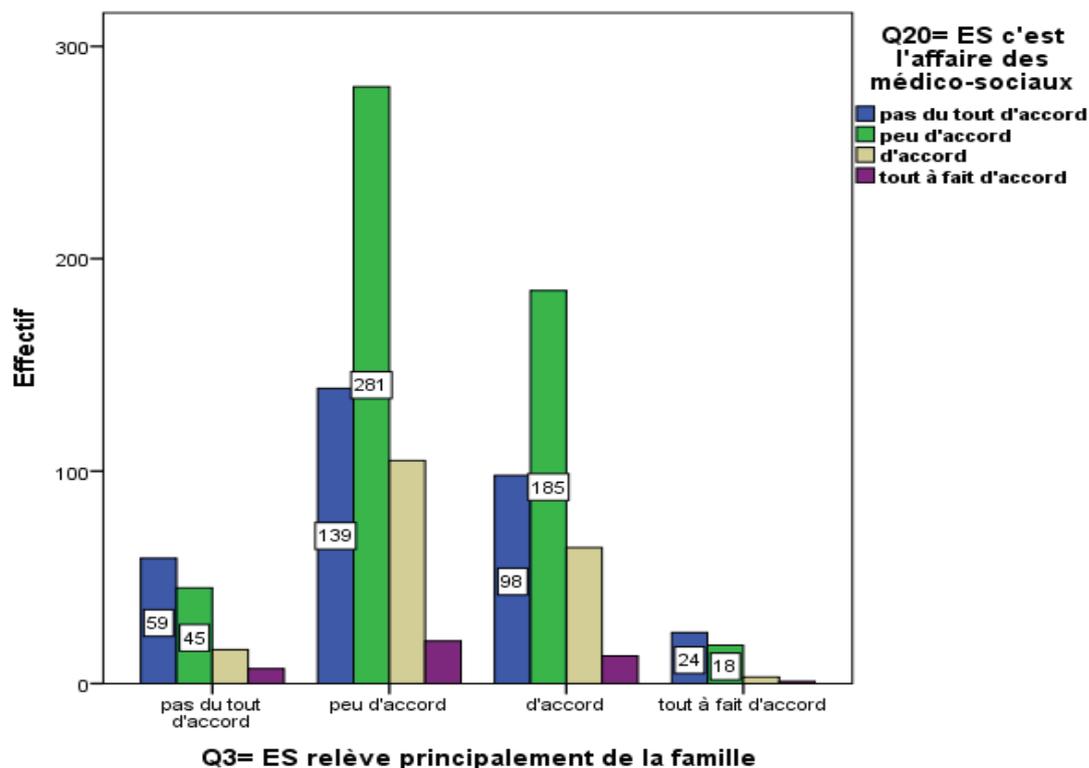
86,7% des répondants pensent que l'ES est un élément favorable au vivre ensemble (Q7) et sert à renforcer l'égalité fille/garçon (Q21) ($p < 0,001$).

6.4.7.4. Qui doit faire l'ES : les familles (Q3) et les infirmiers (Q19) :

Seulement 36 % des infirmières pensent que l'ES est principalement l'affaire des parents (Q3) ; parmi ce groupe, une grande majorité des infirmières pensent également être compétentes sur la question (Q19) ($p = 0,029$).

Dans la continuité, c'est aussi l'affaire des personnels médico-sociaux (Q20) ($p < 0,001$).

Figure 51 : la question 3 sur l'ES affaire des familles et la question 20 sur l'ES, affaire des médicaux sociaux



6.4.8. Analyse croisée et factorielle des définitions données sur l'ES :

Nous avons utilisé un outil de statistiques textuelles (IRaMuTeQ), qui « reproduit la méthode de classification décrite par Reinert (1983, 1991) : Classification Hiérarchique Descendante sur un tableau croisant les formes pleines et des segments de texte; Recherche de spécificités à partir de segmentations définies; Statistiques textuelles classiques; Analyses de similitudes sur les formes pleines d'un corpus découpé en segments de texte »³¹⁹. « L'interface nous propose les préférences de lemmatisation³²⁰ et des formes actives comme dans le cas de la statistique textuelle et d'analyse de similitude »³²¹. Le graphique « Fruchterman et Reingold », ci-après, se construit avec le corpus des définitions (n=726). Le graphe orienté de la page suivante donne un poids à chaque mot (nœud) représenté par la grosseur des liens.

³¹⁹ <http://www.iramuteq.org/> visité le 3 mai 2017

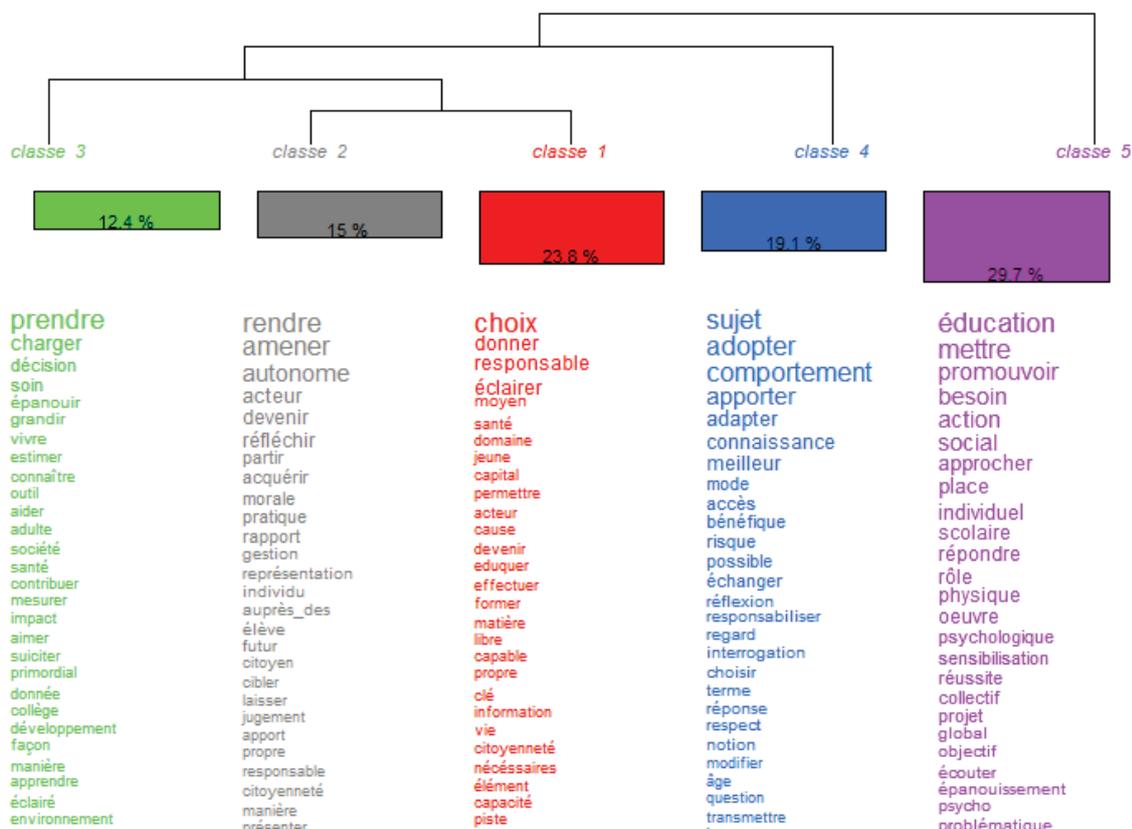
³²⁰ C'est l'analyse lexicale d'un texte dans le but de regrouper les mots d'une même famille. Les mots d'une même famille détectés dans un texte sont donc réduits en une unique entité que l'on appelle un « lemme » ou la « forme canonique d'un mot ».

³²¹ <http://edutechwiki.unige.ch/fr/IRaMuTeQ> visité le 5 mai 2017

À l'aide de ce graphe, nous pouvons montrer que les infirmières donnent comme définition de l'éducation à la santé, le fait « d'apporter des informations thématiques et les connaissances nécessaires pour permettre aux élèves de prendre conscience des comportements et de faire des choix responsables et éclairés ».

Pour analyser plus finement ces définitions, notre outil d'analyse statistique textuel par classification de Reinert permet de regrouper les segments qui ont le même profil en différentes classes plus pertinentes. IRAMUTEQ analyse des segments (cotextes) mais pas des mots isolés et propose un arbre des classes :

Figure 53 : dendrogramme et structuration des définitions données en ES



Nous observons que l'algorithme a déterminé 5 groupes et que 85,07 % des segments ont pu être classés, ce qui montre une bonne qualité d'analyse³²² (le seuil minimum de taux de classement est de 60%). La classe 5 a été déterminée puis un autre sous-ensemble a été découpé en classe 4 et classe 3 qui se segmente en deux classes 1 et 2. Ce diagramme permet

³²² Péliissier, D. (2017) Initiation à la lexicométrie, Iramuteq, V6, <https://presnumorg.hypotheses.org/187> consulté le 14/09/2017

la visualisation de la liste des mots les plus associés pour chaque classe. Les données sont classées de façon décroissante par valeur du « Chi² » et le 'p' de significativité.

Nous notons que 29,7% des définitions classées en groupe 5 parlent « d'éducation » pour un chi2 de 46,7 avec $p < 0,0001$; de « besoin », de « promouvoir » et « d'action » ($p < 0,0001$). Ceci permet de définir le groupe 5 comme rassemblement de conceptions qui visent à « promouvoir l'éducation (à la santé) en implantant des actions répondant aux besoins ». Pour la classification 4 (19,1%), c'est le mot « sujet » qui se retrouve dans 100% des définitions de ce groupe pour un chi2 de 56,09 avec $p < 0,0001$. Ceci permet de regrouper les conceptions visant à « apporter les connaissances au sujet pour qu'il adopte de meilleur comportement ».

Pour la classification 3 (12,4%), ce sont les mots « prendre » et « charger » pour des chi2 respectifs de 210,97 et 123,47 ($p < 0,0001$) qui permettent de la regrouper les conceptions autour « de prendre soin », « la décision pour s'épanouir et grandir ».

Pour la classification 2 (15%), ce sont les verbes « rendre » pour un chi2 de 67,9 ($p < 0,0001$) et « amener » pour un chi2 de 62,59 avec $p < 0,0001$ qui permettent de la définir comme « amener/rendre les acteurs à réfléchir et devenir autonome ».

Pour la classification 1 (23,76%), ce sont le mot « choix » pour un chi2 de 163,89 ($p < 0,0001$), le verbe « donner » pour un chi2 de 76,67 ($p < 0,0001$) qui nous amènent à la résumer dans « donner les moyens de permettre des choix responsables et éclairés dans le domaine de la santé ».

Pour mieux éclairer ces classifications de Reinert, le logiciel Iramuteq établit une analyse factorielle de correspondance. La variance totale expliquée est de 61,85% sur les composantes 1 et 2.

Figure 54 : analyse factorielle de correspondance des définitions données en ES

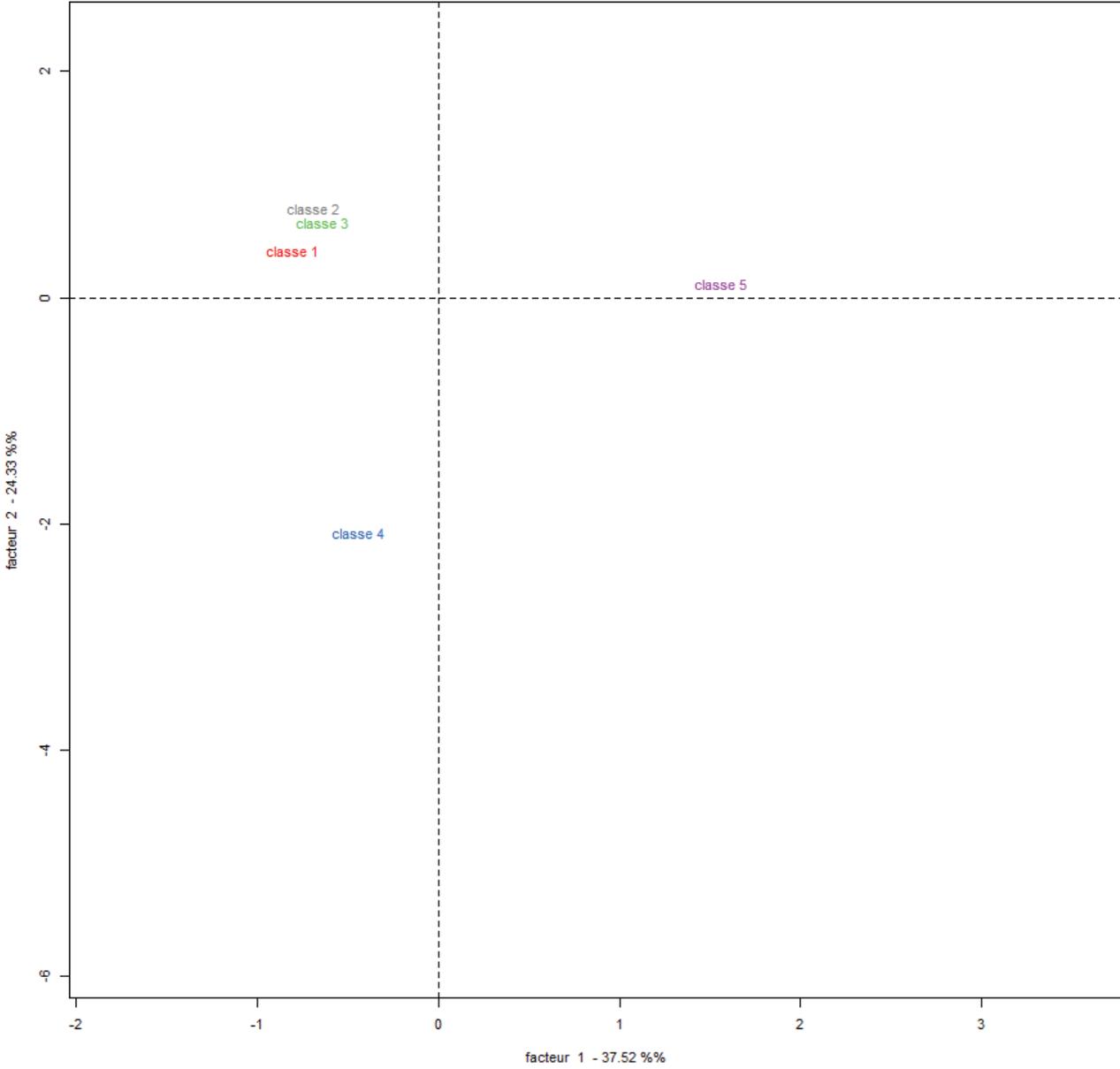
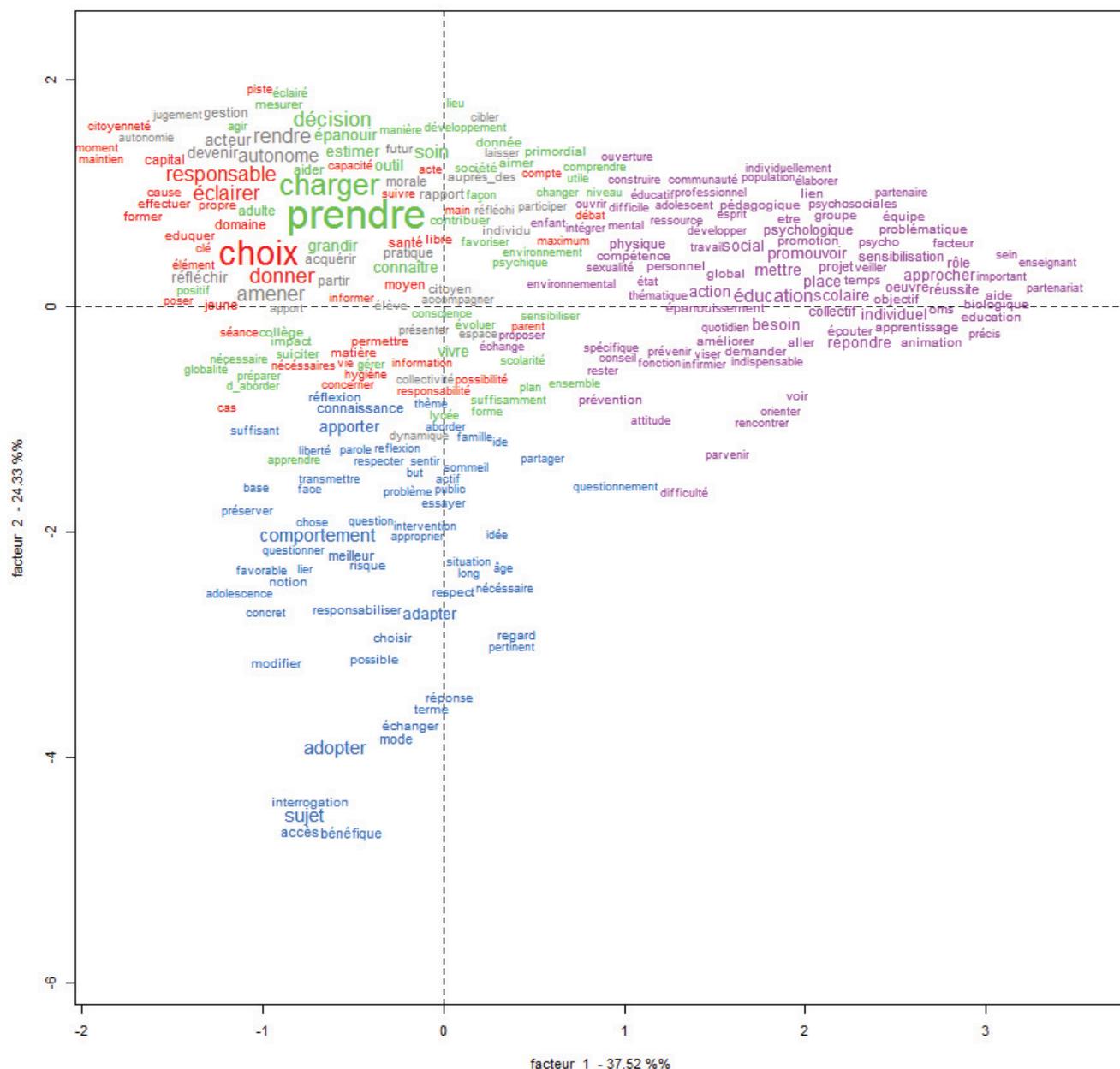


Figure 55 : analyse factorielle de correspondance des définitions données en ES



C'est la classe 5 « promouvoir l'éducation (à la santé) en mettant des actions répondant aux besoins » qui structure fortement la première composante.

C'est la classification 4 « apporter les connaissances au sujet pour qu'il adopte de meilleur comportement » qui structure la deuxième composante en opposition à la classe 5.

Les classes 1, 2 et 3 (la classe 1 « donner les moyens de permettre des choix responsables et éclairés dans le domaine de la santé », la classe 2 « amener et rendre les acteurs à réfléchir et devenir autonome » et la classe 3 « charger de prendre avec soin la décision pour s'épanouir et grandir ») sont très proches. Ces trois classes forment une méta variable qui rassemble des conceptions incluant à la fois des apports de connaissances pour modifier les comportements et des éléments autour de la promotion de la santé.

6.5. Les analyses en composantes principales

L'analyse multivariée permet avant tout de représenter les composantes les plus structurantes de l'ensemble des individus, c'est-à-dire celles qui expriment le mieux possible la variance des individus.

Nous avons choisi l'Analyse en Composante Principale (ACP) ³²³ qui facilite l'exploration des liaisons (entre les variables) et des ressemblances (entre les individus). Elle permet de construire de nouvelles variables (méta variable) qui sont des combinaisons linéaires des variables initiales et permettre ainsi un résumé le plus pertinent des données initiales. Les graphiques que nous présentons vont nous permettre de mieux comprendre la structure des données analysées. La représentation graphique des variables dans un sous-espace explicite les liaisons initiales entre les variables. Les variables sont traitées de manière quantitative. Nous avons mené des analyses en composantes principales (ACP) (Jolliffe, 2002).

Pour savoir si tous les items d'une échelle soumis à une analyse mesurent le même construit, il importe donc que le premier facteur explique une part importante de leur variance globale (typiquement au moins 30 %) ³²⁴.

6.5.1. Du côté des pratiques en éducation à la santé

Nous allons explorer dans un premier temps les pratiques déclarées par les répondants aux questionnaires. Elles se traduisent en contenus abordés, le type de travail, les liens avec le

³²³ Jolliffe, I. (2002) Principal Component Analysis, 2nd edition, éd., Springer-Verlag

³²⁴ http://www.ulb.ac.be/psycho/psysoc/ressources/Fiche_ACP.htm visité le 10 mai 2017

CESC et l'équipe pédagogique, la qualité de la relation du travail en équipe. Nous ne rendons compte ici que des relations significatives.

6.5.1.1. Les contenus abordés en Education à la santé :

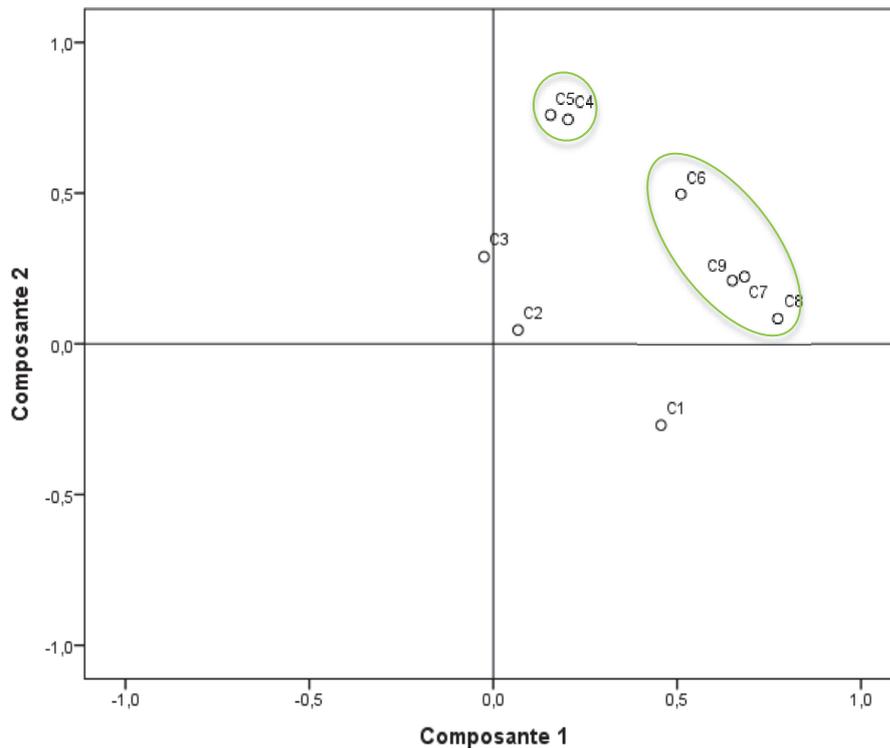
Nous avons analysé les contenus abordés (question 2.1j) dans leurs pratiques déclarées.

Tableau 43 : légende du graphique ACP suivant

| Contenus abordés | légende |
|---|----------------|
| Les aspects biologiques | C1 |
| Les savoirs pour promouvoir la santé | C2 |
| Les informations pour répondre aux questions de santé des élèves | C3 |
| La relation à l'autre – la citoyenneté, le respect, l'égalité, les préjugés | C4 |
| L'estime de soi, se connaître, avoir confiance en soi | C5 |
| Toutes les formes de violence | C6 |
| L'environnement | C7 |
| La santé et les médias (stéréotypes) | C8 |
| Le rapport à la loi et aux interdits sociaux et légaux | C9 |

La variance totale expliquée est de 46,7% sur les composantes 1 et 2 dont 31,6% pour la première composante.

Figure 56 : Analyse en Composante Principale des contenus abordés en ES



Nous notons que la variable C2 (les savoirs pour promouvoir la santé) est une conception commune des pratiques.

Sur l'axe 1 : la méta variable composée par C6, C7, C8, C9 structure fortement la première composante autour des dimensions sociales de l'ES (violence, stéréotypes, environnement, rapport à la loi) ; la variable C1 (aspects biologiques) apparaît également comme discriminante.

Sur l'axe 2, nous constatons également l'isolement de la modalité C1 (Les aspects biologiques), constituant un groupe articulé aux pratiques biomédicales dans les contenus en éducation à la santé. Enfin la méta variable composée des modalités C4 (relation à l'autre) et C5 (estime et confiance en soi) regroupe les conceptions sur les pratiques autour des compétences psycho-sociales.

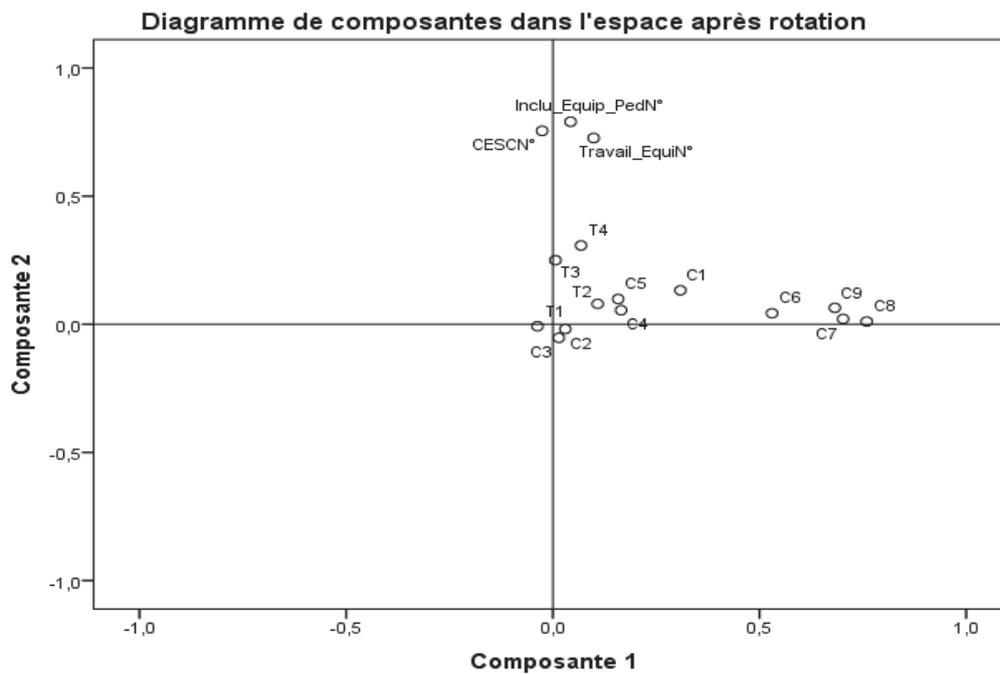
6.5.1.2. Les contenus abordés en ES, le type et la forme du travail

L'ACP suivante va porter sur la forme du travail (question 2.1.d ; ponctuellement, programmation projet) (modalité T1, T2, T3, T4), le travail en équipe (question 2.1.e : au sein

de l'établissement ; question 2.1.f : dans l'équipe pédagogique ; question 2.1.g : au sein du CES.), et les contenus abordés (question 2.1.j) dans leurs pratiques déclarées.

La variance totale expliquée est de 51% avec $p < 0,001$

Figure 57 : Analyse en Composante Principale des contenus abordés en ES, type et forme de de travail .



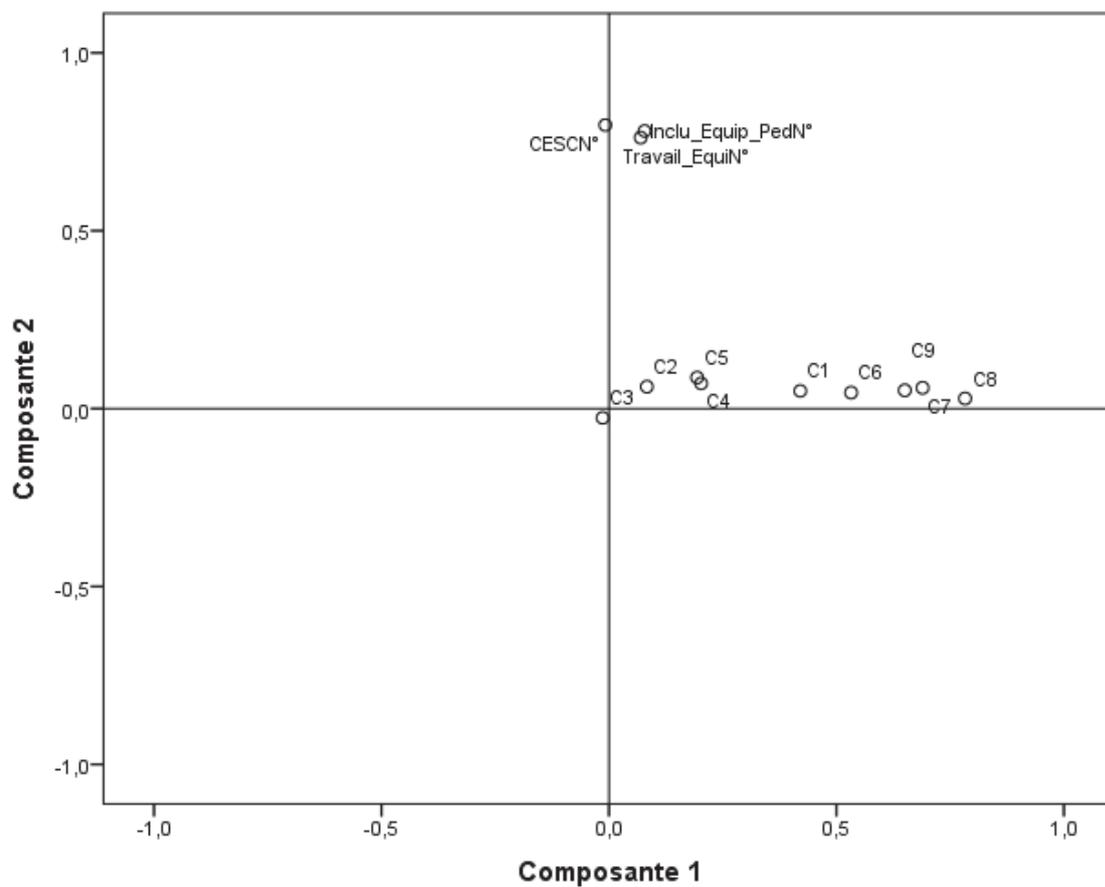
Travailler de façon ponctuelle (T1) pour apporter des informations répondants aux questions des élèves (C3) et des savoirs pour promouvoir la santé (C2) apparait comme une pratique largement répandue.

Les dimensions contextuelles et sociales de la santé structurent fortement l'axe 1.

L'axe 2 est fortement structuré par le fait de travailler en équipe en étant inclus dans l'équipe pédagogique et dans le CESC ; par contre, les formes de travail (ponctuel, programmation, projet) ne sont liées ni à l'inclusion dans l'équipe pédagogique ni au travail en équipe ni aux contenus abordés.

Dans la continuité, l'analyse suivante confirme que les contenus (modalités C1 à C9) abordés en ES n'ont pas de lien direct avec le travail en équipe, ni avec le fait d'être inclus dans le CESC (2.1g) ou l'équipe pédagogique (q2.1f). La variance totale expliquée est de 39 %, $p < 0,001$.

Figure 58 : Analyse en Composante Principale des contenus abordés en ES, travail en équipe, en CESC et avec l'équipe pédagogique



6.5.2. Qualité de la relation et du travail en équipe

Nous allons explorer dans un premier temps les relations avec la communauté éducative, ensuite en relation avec la qualité du travail en équipe et puis en relation du sentiment d'isolement.

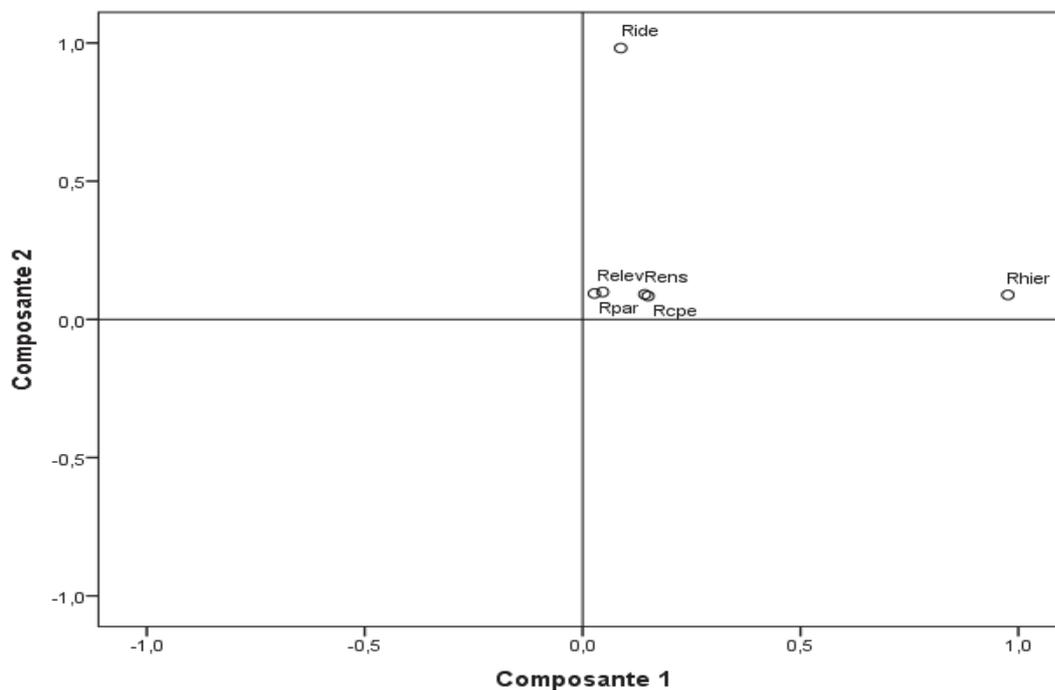
6.5.2.1. Les relations avec la communauté éducative :

Cette ACP analyse les réponses à la question 2.1.h.

| Vos relations avec : | légende |
|------------------------------|---------|
| Votre hiérarchie | Rhier |
| Equipe IDE et médico-sociale | Ride |
| Les enseignants | Rens |
| La vie scolaire (CPE, AED) | Rcpe |
| Les élèves | Relev |
| Les parents | Rpar |

La variance totale expliquée est de 57 %, $p < 0,001$.

Figure 59 : Analyse en Composante Principale des relations des infirmières avec la communauté éducative



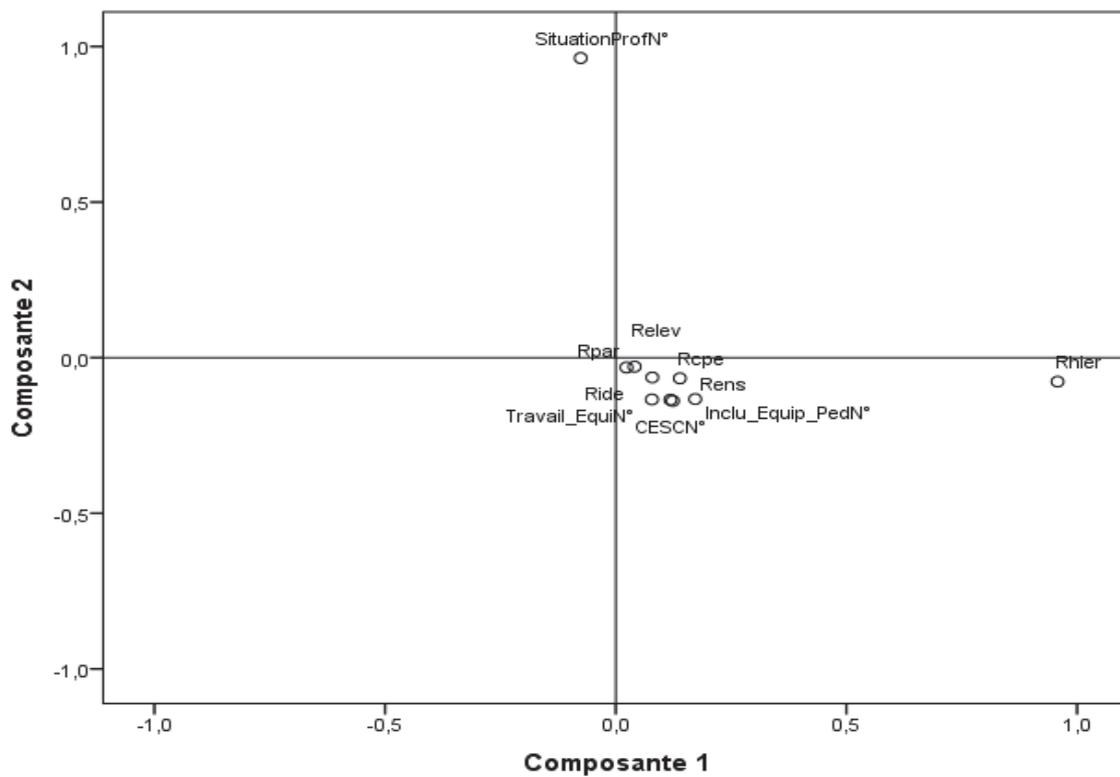
La nécessité d'une relation avec les élèves, les enseignants, les CPE et les parents est une conception largement partagée par les infirmières, qui apparaît peu dépendante des relations avec la hiérarchie ou avec les autres infirmières. Ce sont les relations avec la hiérarchie

(Rhier) qui influencent les systèmes de relation pour la composante 1. Pour la seconde composante, c'est l'importance de la relation avec les équipes médico-sociales qui impacte le plus.

6.5.2.2. Les relations avec la communauté éducative, la qualité du travail en équipe et le sentiment d'isolement :

La variance totale expliquée est de 48,3 % cumulée des composantes 1 et 2 avec $p < 0,001$

Figure 60 : Analyse en Composante Principale de la qualité de la relation du travail en équipe et sentiment d'isolement



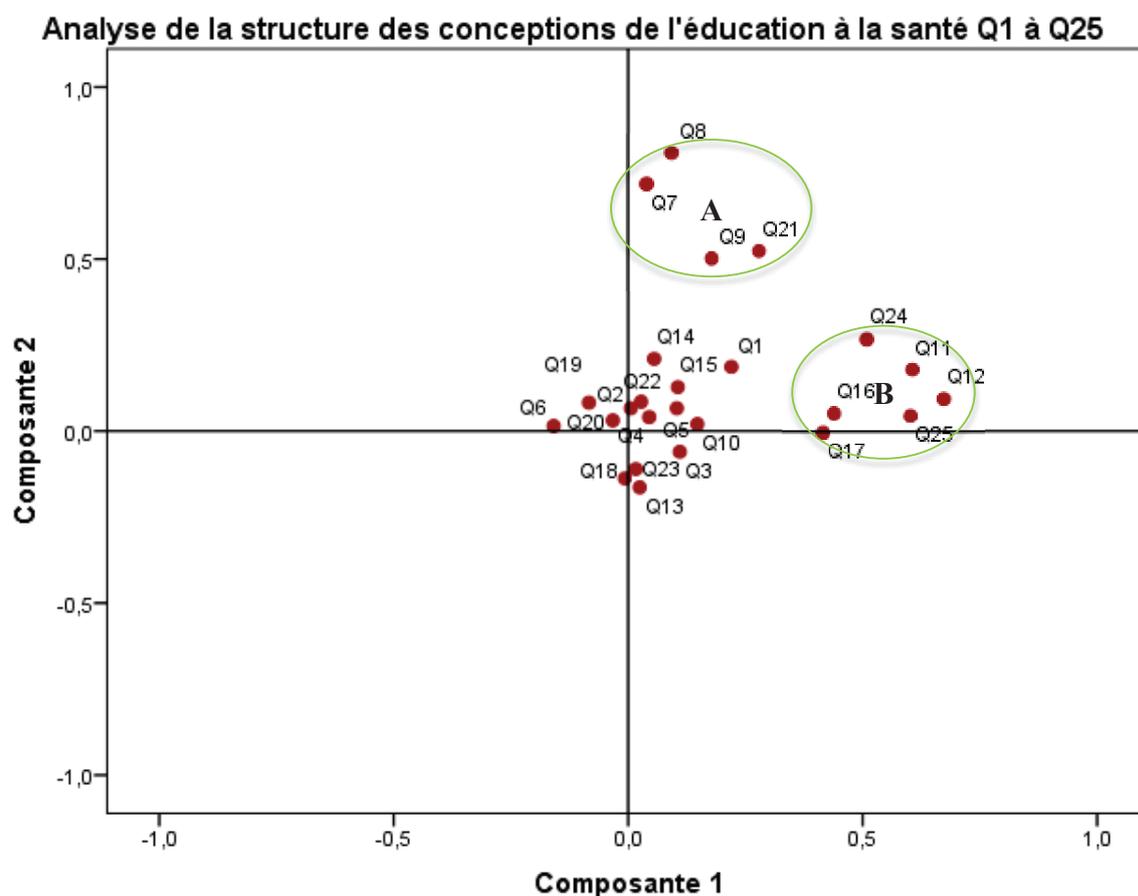
La relation avec le chef d'établissement apparaît déterminante (Rhier) et c'est le sentiment d'isolement (situationProfN°) qui structure la deuxième composante. Il n'y a pas de lien structurel entre le sentiment d'isolement et la relation hiérarchique.

6.5.3. Le regard sur l'éducation à la santé

6.5.3.1. Conceptions déclarées de l'éducation à la santé :

La variance totale expliquée est de 33 % avec $p < 0,001$.

Figure 61 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES



L'analyse fait émerger un groupe (B) dont les représentations en ES font ressortir le besoin d'associer les élèves comme partenaire (Q12 & Q16), d'ancrer l'ES tout au long de la scolarité (Q11) en lien avec les compétences psychosociales (Q24), d'installer ce travail sous forme de projet en lien avec le territoire (Q25).

Sur la composante 2, le groupe A traduit un système de représentation en ES liant les apprentissages de comportements favorables à la santé (Q7), avec une lutte contre les stéréotypes (Q8), avec le pouvoir de faire des choix éclairés (Q9), tout en favorisant l'égalité (Q21).

Dans la continuité de l'analyse, nous avons ensuite procédé au regroupement des questions selon les trois paradigmes de Fortin : le paradigme rationnel, le paradigme humaniste et le paradigme de la dialectique sociale pour permettre des comparaisons.

- le modèle biomédical ou rationnel : questions 3, 6, 10, 13, 17, 20, 22, 23
- le modèle humaniste : questions 1, 2, 4, 7, 8, 11, 14, 19, 24,
- le modèle de la dialectique sociale : questions 5, 9, 12, 15, 16, 21, 25

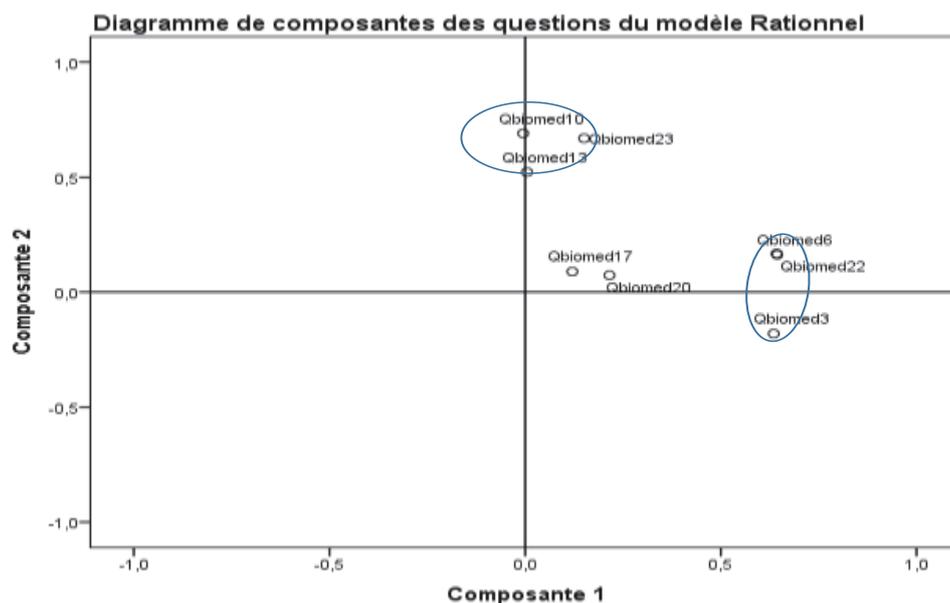
Est exclue la Q18 car ne relevant d'aucun modèle

6.5.3.2. Conceptions déclarées de l'éducation à la santé : Le modèle rationnel

Analyse de la structure des conceptions de l'éducation à la santé selon le modèle biomédical ou rationnel dans les questions : 3, 6, 10, 13, 17, 20, 22, 23

La variance totale expliquée est de 34,1 % avec $p < 0,001$

Figure 62 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES proche du modèle rationnel



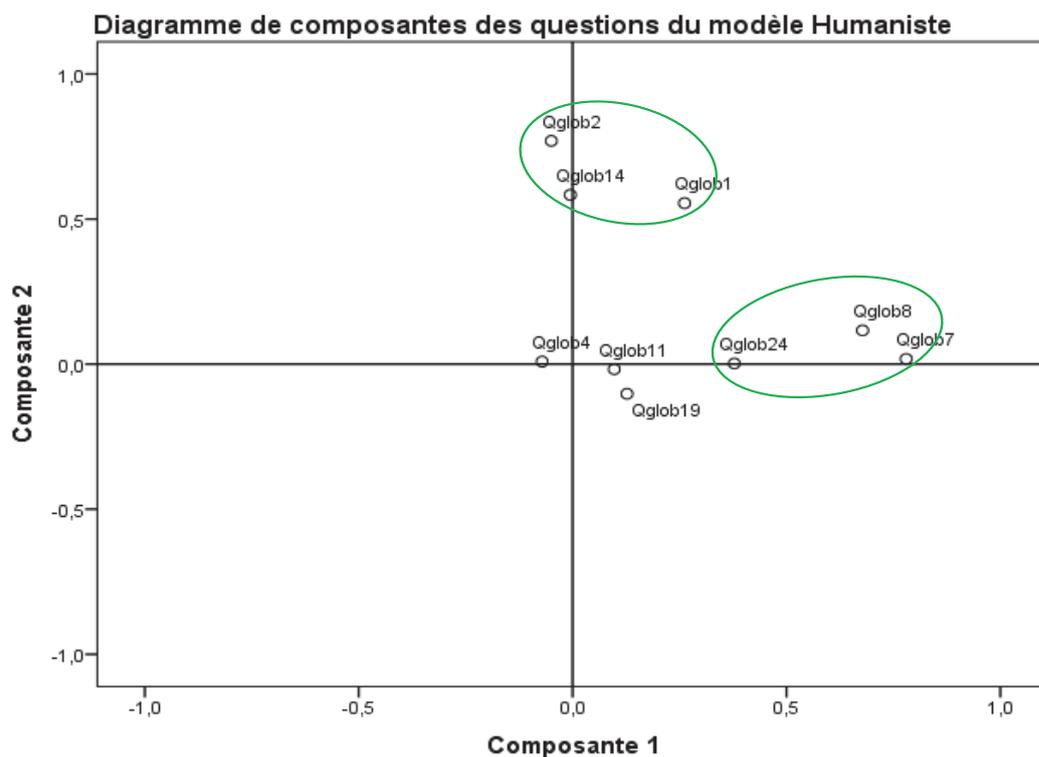
Un premier groupe de variable traduit un système de représentations reliant l'ES aux informations scientifiques (Qbiomed6) dans une approche très thématique de la santé (Qbiomed22) mais que l'ES relève principalement des familles (Qbiomed3).

Un second groupe fait émerger les obstacles à l'éducation à la santé : les convictions religieuses et/ou politiques (Qbiomed10), l'accord des familles pour aborder des sujets comme la sexualité (Qbiomed13) et l'âge et la maturité des élèves (Qbiomed23).

6.5.3.3. Conceptions déclarées de l'éducation à la santé : Le modèle humaniste.

La variance totale expliquée est de 29,8 % avec $p < 0,001$.

Figure 63 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES proche du modèle humaniste



Un premier groupe traduit un système de représentation reliant l'ES à l'apprentissage de comportements favorables au « vivre ensemble » (Qglob7), à la lutte contre les stéréotypes

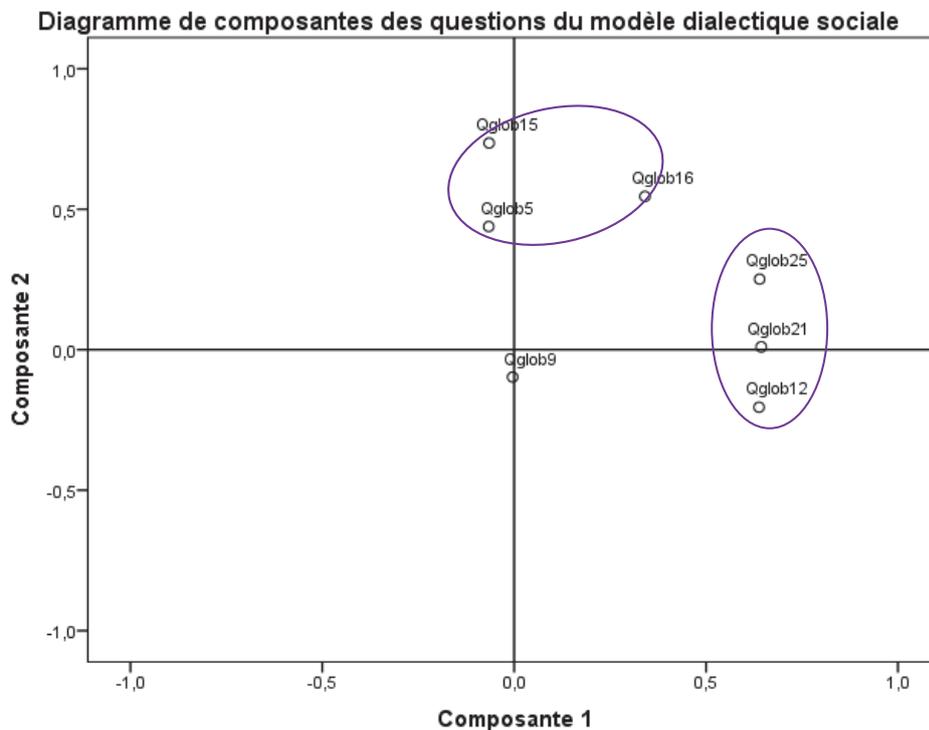
(Qglob8) en lien prioritaire avec les compétences psycho-sociales (Qglob24). Nous sommes sur une logique d'accompagnement.

Un second groupe met l'accent sur le rôle des infirmières (Qglob1) que cela les concerne autant les parents (Qglob2) que les enseignants (Qglob14) dans une démarche globale et cohérente au niveau de l'école de la famille et des enseignants.

6.5.3.4. Conceptions déclarées de l'éducation à la santé : Le modèle de la dialectique sociale.

La variance totale expliquée est de 36,1 % avec $p < 0,001$

Figure 64 : Analyse en Composante Principale des conceptions déclarées en ES proche du modèle de la dialectique sociale



Un premier groupe développe un système de représentations en ES s'articulant autour des connaissances et conceptions des élèves (Qglob12), favorisant l'égalité fille/garçon (Qglob21) en lien avec les projets d'ES des quartiers et communes (Qglob25) associant les élèves dès la conception et à la réalisation des projets en ES (Qglob16) dans une approche territoriale avec un facteur déterminant de santé.

Un second groupe met en lien le fait que les convictions religieuses des élèves doivent être respectées (Qglob5) et que le travail avec les partenaires externes améliore l'efficacité des actions en ES (Qglob15).

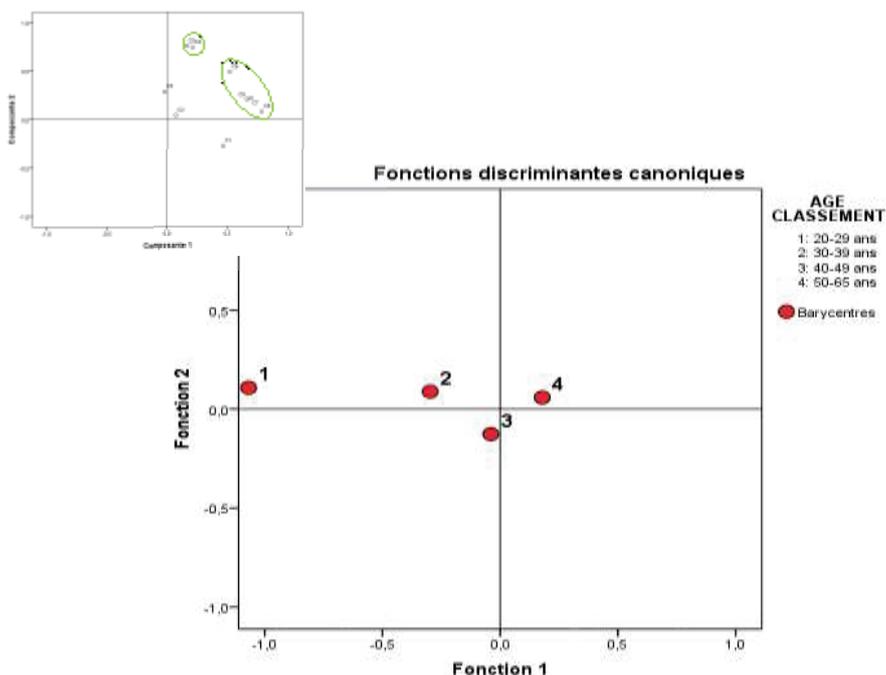
6.6. Les analyses discriminantes

L'analyse discriminante et l'analyse des graphiques s'effectue en regard des graphiques ACP, ces 2 graphiques sont superposables ; L'analyse factorielle discriminante ou analyse discriminante est une technique statistique qui vise à décrire, expliquer et prédire l'appartenance à des groupes prédéfinis (classes, modalités de la variable à prédire...) d'un ensemble d'observations (individus, exemples...) à partir d'une série de variables prédictives (descripteurs, variables exogènes...). Nous avons choisi de vous présenter que les résultats significatifs

6.6.1 Classe d'âge des infirmier (e)s à l'éducation nationale :

6.6.1.1. Classe d'âge des infirmières et les Contenus en ES:

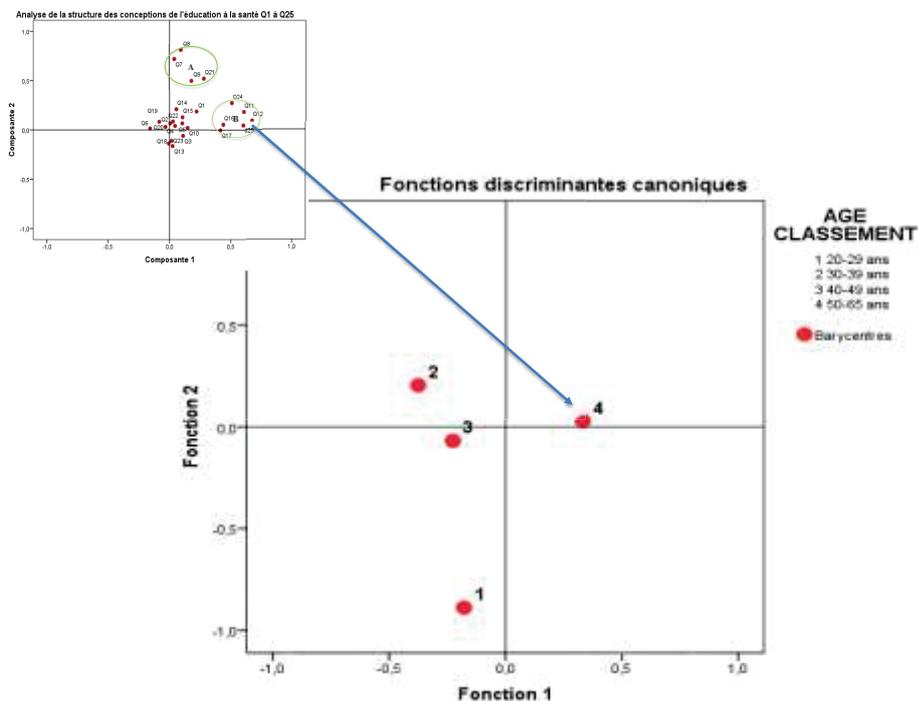
Figure 65 : Analyse discriminante des contenus en ES et âge des infirmières.



La fonction 1 explique 81,7% de la variance ($p=0,009$). Elle confirme le lien entre l'âge des infirmières et les contenus abordés. Plus les infirmières sont âgées, plus elles ont tendance à travailler davantage sur les contenus liés à la citoyenneté plutôt que sur les contenus liés à l'apport d'information et de savoirs sur les questions de santé. Les personnels les plus jeunes (20-29 ans) de barycentre 1 sont ceux qui abordent le moins les contenus liés à la citoyenneté.

6.6.1.2. Les conceptions en ES et âge des infirmières

Figure 66 : Analyse discriminante des conceptions (Q1 à Q25) et âge des infirmières.

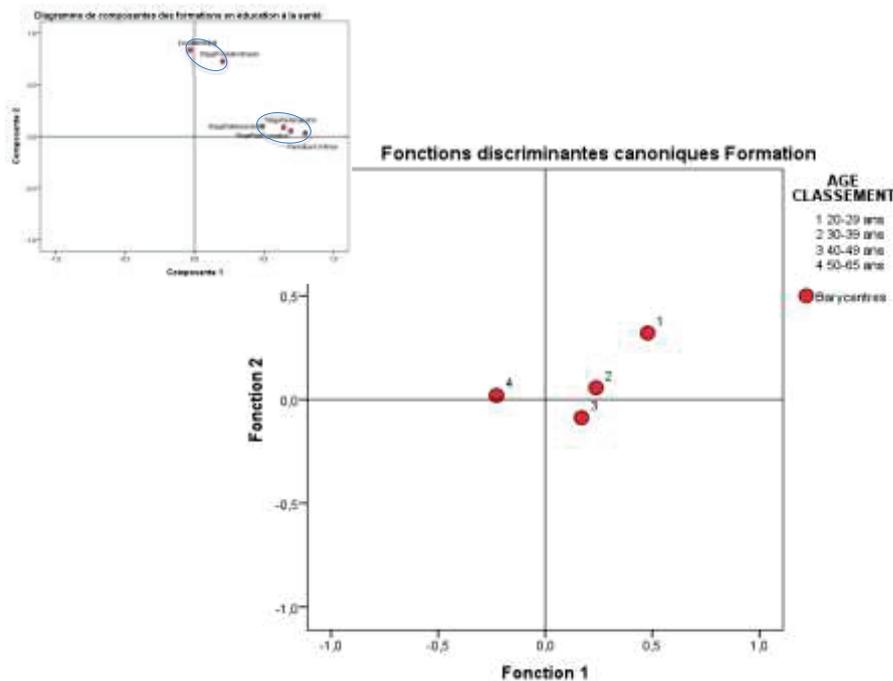


La fonction 1 explique 64,7 % de la variance ($p=0,002$) et montre le lien entre l'âge des infirmières et les conceptions en ES. Plus les infirmières sont âgées (groupe 4), plus elles ont tendance à avoir des conceptions liées à la citoyenneté et une approche globale de l'ES. Les personnels les plus jeunes (20-29 ans - groupe 1) sont ceux qui se situent en opposition aux conceptions liés à une approche globale de l'ES.

6.6.1.3. Les formations en ES et l'âge.

Cette analyse discriminante explique 85,6 % de la variance $p < 0,001$.

Figure 67 : Analyse discriminante des formations en ES et âge des infirmières.



Nous avons les barycentres 1 (âge entre 20 et 29 ans) et 2 (âge entre 30 et 39 ans) qui expriment la nécessité de formation continue autour des thèmes du partenariat, en établissement ou dans le cadre du plan de formation continue. Le barycentre 4 (des infirmières plus âgées) apparaît en opposition par rapport aux formations continues.

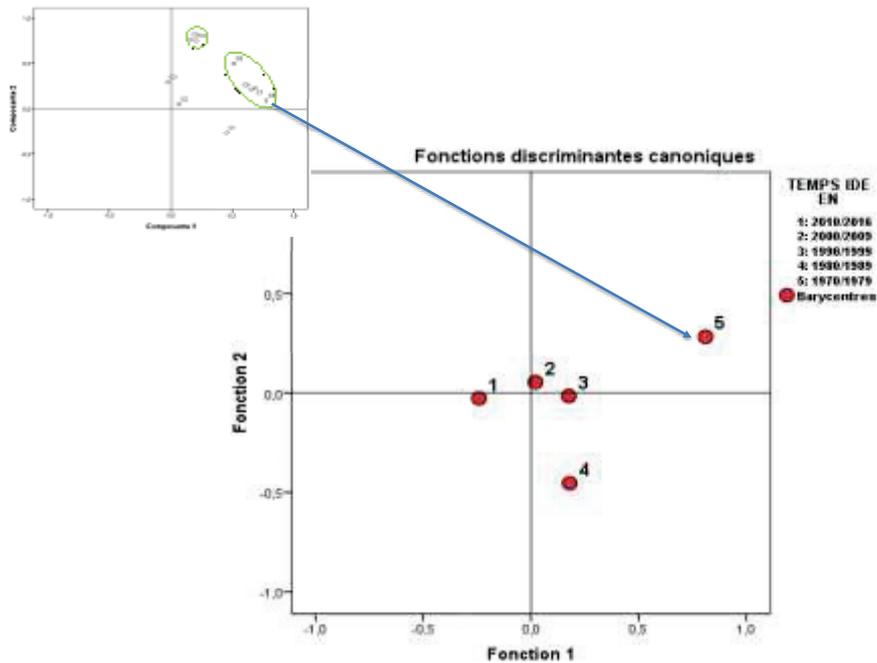
6.6.2 L'expérience professionnelle à l'éducation nationale des infirmières

L'expérience professionnelle se traduit par l'ancienneté générale des services dans les fonctions à l'éducation nationale. 93,6% des répondants de notre échantillon déclarent une ancienneté sur poste en moyenne de 12 années et demie ce qui constitue un indicateur de l'expérience professionnelle.

6.6.2.1. L'expérience professionnelle et les contenus

Cette analyse discriminante explique 57,6 % de la variance avec $p=0,04$

Figure 68 : Analyse discriminante des contenus en ES et L'expérience professionnelle à l'éducation nationale



Le barycentre 5 est composé par les infirmières ayant le plus d'ancienneté dans l'éducation nationale. Elles développent davantage les contenus liés à la citoyenneté (C6 : toutes les formes de violences ; C7 : l'environnement ; C8 : les médias et les stéréotypes ; C9 : le rapport à la loi).

La barycentre 4 rassemble les infirmières recrutées entre 1980 et 1989 et se situe le plus proche des contenus à dimension biomédicale (C1). Cependant cette analyse doit être pondérée en raison de la faiblesse des effectifs du groupe 4 ($n=32$, sur 742 répondants).

Le barycentre 1 constituée par les infirmières recrutées depuis 2010, le groupe 2 constitué par les infirmières recrutées entre 2000 et 2009 et le barycentre 3 constitué par les infirmières

recrutées entre 1990 et 1999 sont plus proches des contenus liés aux questionnements de santé des élèves et à la transmission de savoirs liés à la santé.

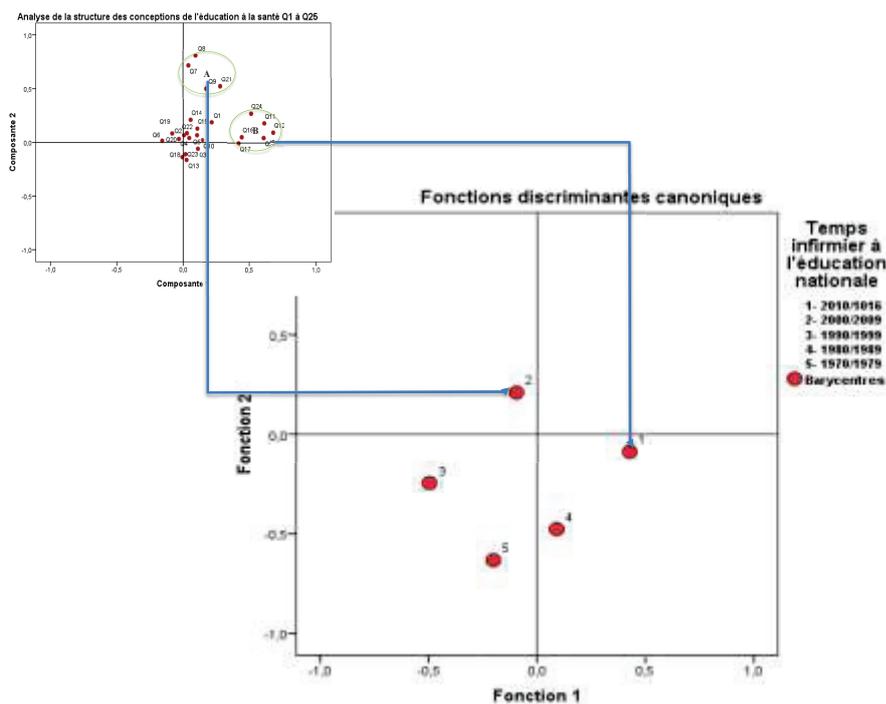
Nous observons de fait une évolution des contenus abordés en fonction de l'ancienneté de service (et cf. ACP composante 1) qui va de l'apport d'informations (C3) et de savoirs (C2) vers des contenus d'avantage liés à la citoyenneté et à l'approche globale (C7, C8, C9).

6.6.2.2. Les conceptions et expérience professionnelle dans l'éducation nationale:

L'analyse discriminante explique 51,5 % de la variance ($p < 0,001$)

Cette analyse doit être pondérée en raison de la faiblesse des effectifs des barycentres 4 et 5 ($n=41$, sur 839 répondants).

Figure 69 : Analyse discriminante des conceptions (Q1 à Q25) et L'expérience professionnelle à l'éducation nationale.



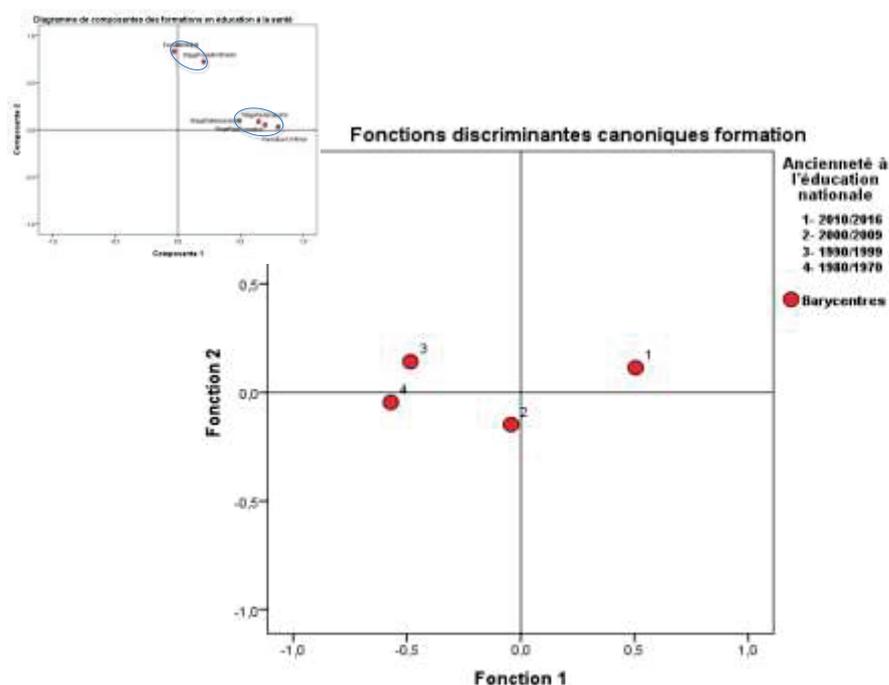
Le barycentre 1 constitué par les infirmières recrutées entre 2000 et 2009 sont plus proches des systèmes de conception de la méta-variables B rassemblant les représentations en ES font ressortir le besoin d'associer les élèves comme partenaire (Q12 & Q16), d'ancrer l'ES tout au long de la scolarité (Q11) en lien avec les compétences psychosociales (Q24), d'installer ce travail sous forme de projet en lien avec le territoire (Q25).

Le barycentre 2 constitué par les infirmières recrutées depuis 2010 est proche de la métavariable A qui traduit un système de représentation en ES liant les apprentissages de comportements favorables à la santé (Q7), avec une lutte contre les stéréotypes (Q8), avec le pouvoir de faire des choix éclairés (Q9), tout en favorisant l'égalité (Q21).

6.6.2.3. Les formations et l'ancienneté à l'éducation nationale.

Cette analyse discriminante explique 82 % de la variance avec $p < 0,001$.

Figure 70 : Analyse discriminante des formations en ES et ancienneté à l'éducation nationale.



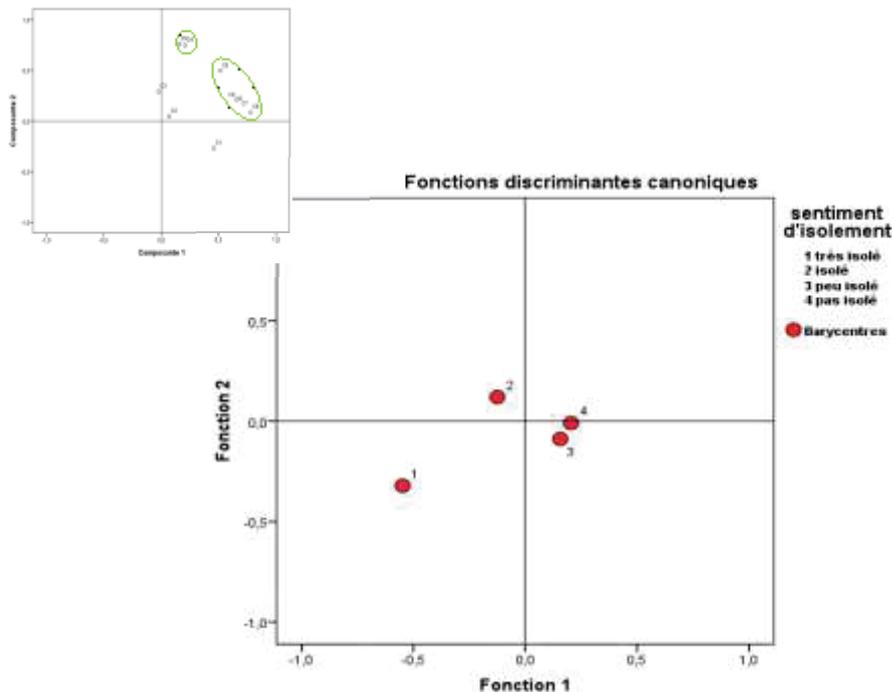
Cette étude fait apparaître que la barycentre 1 rassemble les infirmières (ayant le moins d'ancienneté à l'éducation nationale) et le plus en besoin de formation continue, en opposition aux barycentres 4 et 3 qui représentent les infirmières le plus d'expérience professionnelle.

6.6.3 Le sentiment d'isolement

6.6.3.1. Le sentiment d'isolement et les contenus abordés

Cette analyse discriminante explique 68,7 % de la variance ($p=0,02$).

Figure 71 : Analyse discriminante des contenus en ES et le sentiment d'isolement.

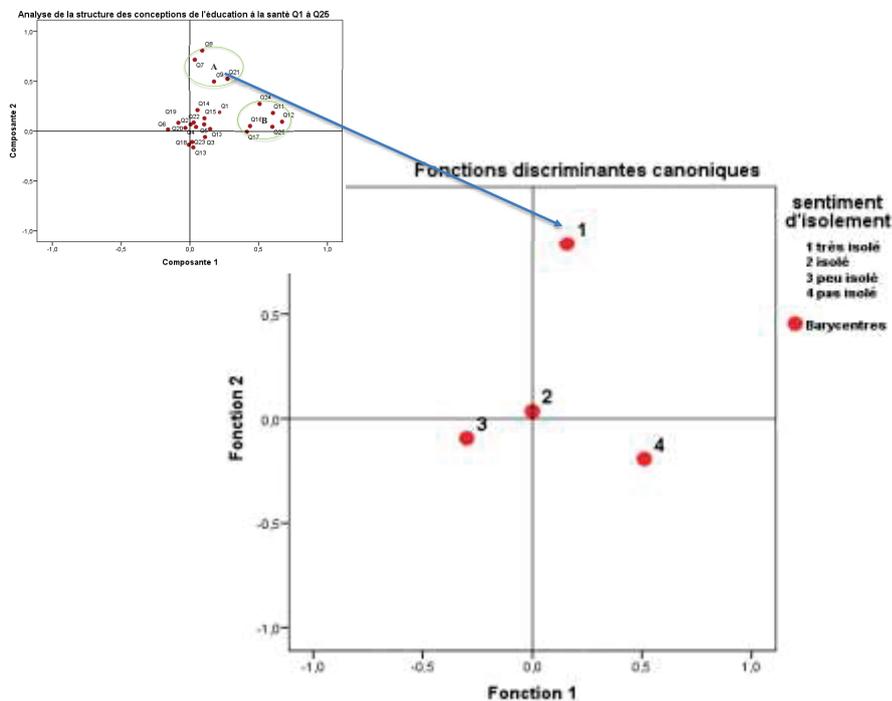


Nous constatons que les infirmières ayant un sentiment d'isolement le plus élevé (barycentre 1) sont celles qui se situent les plus éloignées d'une approche fondée sur la citoyenneté (C6 à C9) et les CPS (C4 et C5) et que par conséquent celles dont le sentiment est le plus faible (barycentres 3 et 4) sont celles qui développent le plus cette approche.

6.6.3.2. Le sentiment d'isolement et les conceptions

L'analyse discriminante explique 53,4 % de la variance ($p=0,02$).

Figure 72 : Analyse discriminante des conceptions (Q1 à Q25) et sentiment d'isolement.



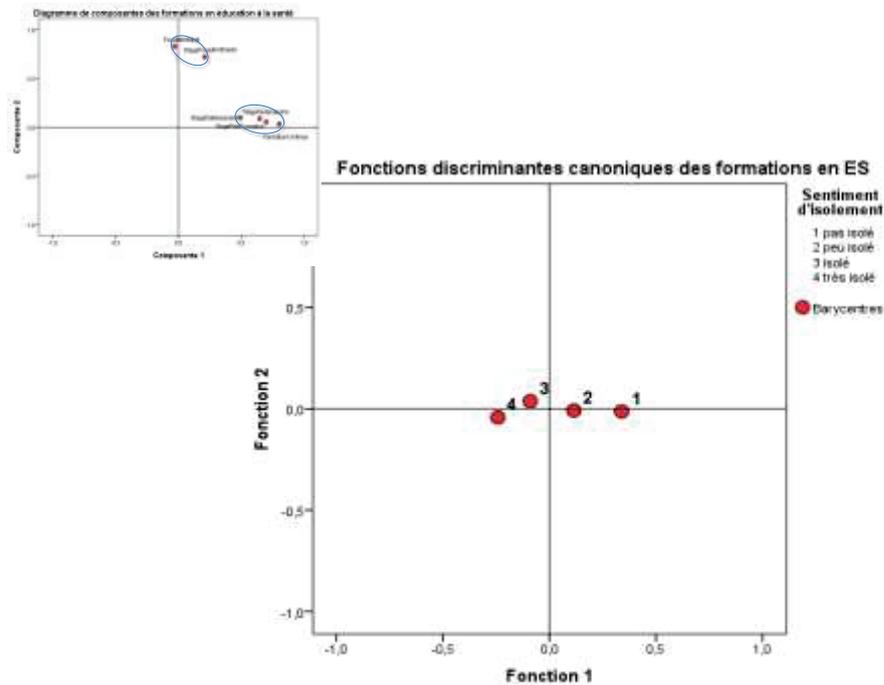
Pour la fonction 1, le barycentre 4 concerne les infirmières n'ayant pas de sentiment d'isolement. Il se situe proche des conceptions relatives au besoin d'associer les élèves comme partenaire (Q12 et Q16), d'ancrer la durée de l'ES tout au long de la scolarité (Q11) en lien avec les compétences psychosociales (Q24), d'installer ce travail sous forme de projet en lien avec le territoire (Q25).

Par ailleurs, les infirmières ayant un sentiment d'isolement le plus élevé (barycentre 1) sont celles qui se situent le plus près des conceptions suivantes : apprendre des comportements favorables à la santé (Q7), lutter contre les stéréotypes (Q8), pouvoir faire des choix éclairés (Q9), favoriser l'égalité fille/garçon (Q21).

6.6.3.3. Le sentiment d'isolement et la formation

Cette analyse discriminante explique 96,9 % de la variance avec $p=0,037$.

Figure 73 : Analyse discriminante des formations en ES et le sentiment d'isolement.



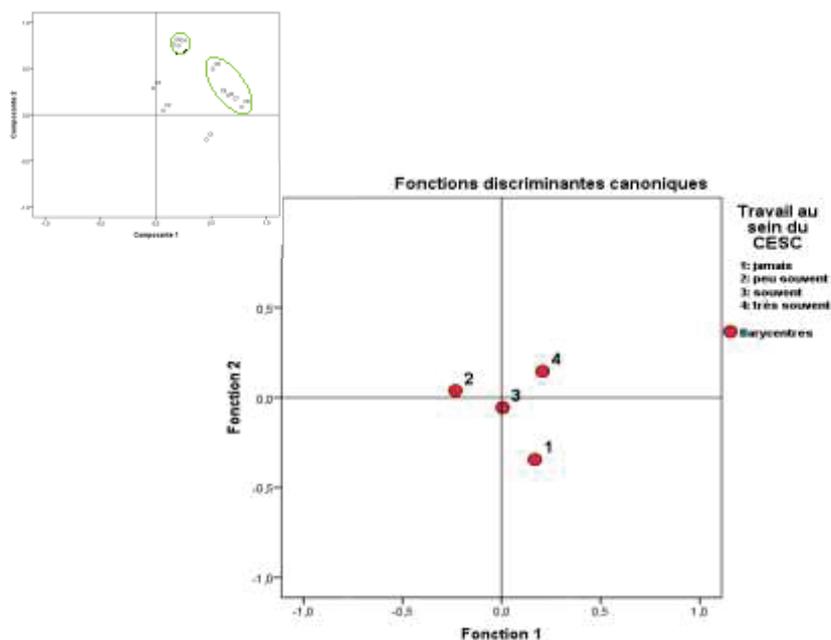
Cette étude montre que les barycentres 1 (pas isolé) et 2 (peu isolé) expriment davantage la nécessité de formation, notamment continue. Plus les infirmières travaillent avec les équipes plus elles souhaitent de formation.

6.6.4. Le travail en CESC :

6.6.4.1. Le travail en CESC et les contenus

L'analyse discriminante explique 51,3 % de la variance ($p=0,03$).

Figure 74 : Analyse discriminante des contenus en ES et le travail au sein du CESC.

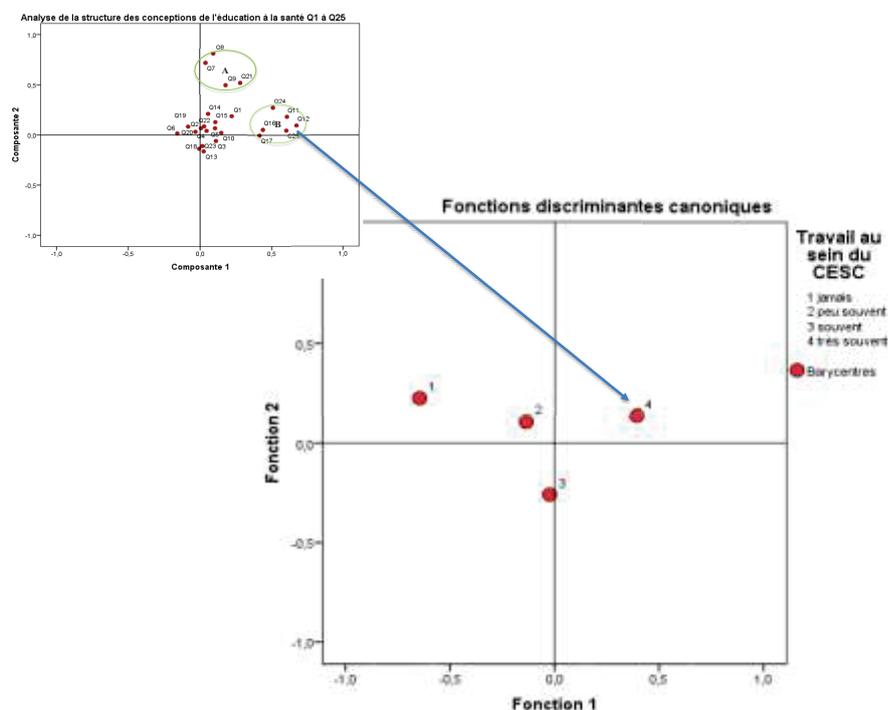


Les infirmières qui déclarent ne jamais travailler en CESC (barycentre 1) abordent des contenus biomédicaux en santé alors que les infirmières qui travaillent très souvent en CESC (barycentre 4) sont proches des contenus liés à la citoyenneté (cf. ACP). Les infirmières travaillant peu souvent au sein du CESC (barycentre 2) sont proches des contenus d'informations sur la santé en réponse aux questionnements des élèves. Les infirmières travaillant souvent en CESC (barycentre 3) se situent à équidistance des autres groupes et ont des contenus diversifiés.

6.6.4.2. Le travail en CESC et conceptions de l'ES

L'analyse discriminante explique 59,2 % de la variance avec $p=0,007$

Figure 75: Analyse discriminante travail au sein du CESC sur la base d'une ACP sur les conceptions (Q1 à Q25)

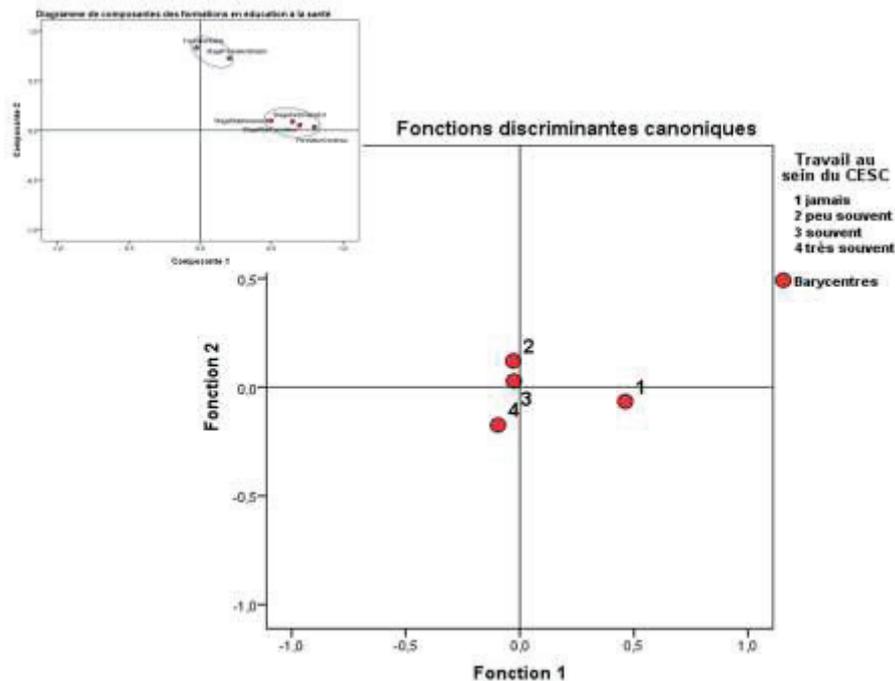


Les infirmières travaillant très souvent en CESC (barycentre 4) semblent disposer d'un système de conception qui s'articule autour du besoin d'associer les élèves comme partenaire (Q12 et Q16), d'ancrer la durée des actions d'ES tout au long de la scolarité (Q11) en lien avec les compétences psychosociales (Q24), d'installer ce travail sous forme de projet en lien avec le territoire (Q25). A l'opposé, celles ne travaillant jamais en CESC (barycentre 1), et celles travaillant peu souvent (barycentre 2) apparaissent en opposition. L'analyse discriminante montre que les infirmières travaillant souvent en CESC (barycentre 3) sont moins favorables aux conceptions suivantes : apprendre des comportements favorables à la santé (Q7), lutter contre les stéréotypes (Q8), pouvoir faire des choix éclairés (Q9), favoriser l'égalité filles/garçons (Q21).

6.6.4.3. Le travail en CESC et les formations

Cette analyse discriminante explique 54,5 % de la variance avec $p=0,003$.

Figure 76 : Analyse discriminante du travail au sein du CESC sur la base d'une ACP sur la formation en ES



Nous observons que le barycentre 1 (ne travaillant jamais en CESC) est en demande de formation continue.

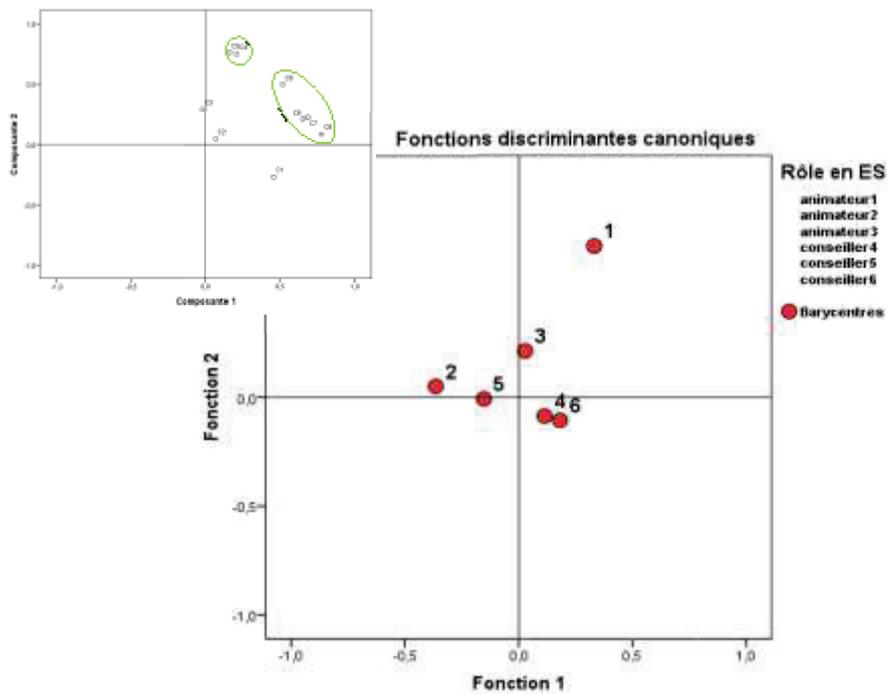
6.6.5. Les rôles déclarés en ES

La conception du rôle déclaré en ES animateur/conseiller technique, ne semble pas avoir de lien significatif avec les contenus abordés, avec les conceptions déclarées en ES et avec les formations. Ceci pourrait traduire une incertitude sur le rôle professionnel de l'infirmière.

6.6.5.1. Les rôles déclarés en ES et contenus abordés

Cette analyse discriminante explique 36,5 % de la variance mais $p=0,300$ et donc n'établit pas de lien significatif entre le rôle déclaré en ES et les contenus abordés.

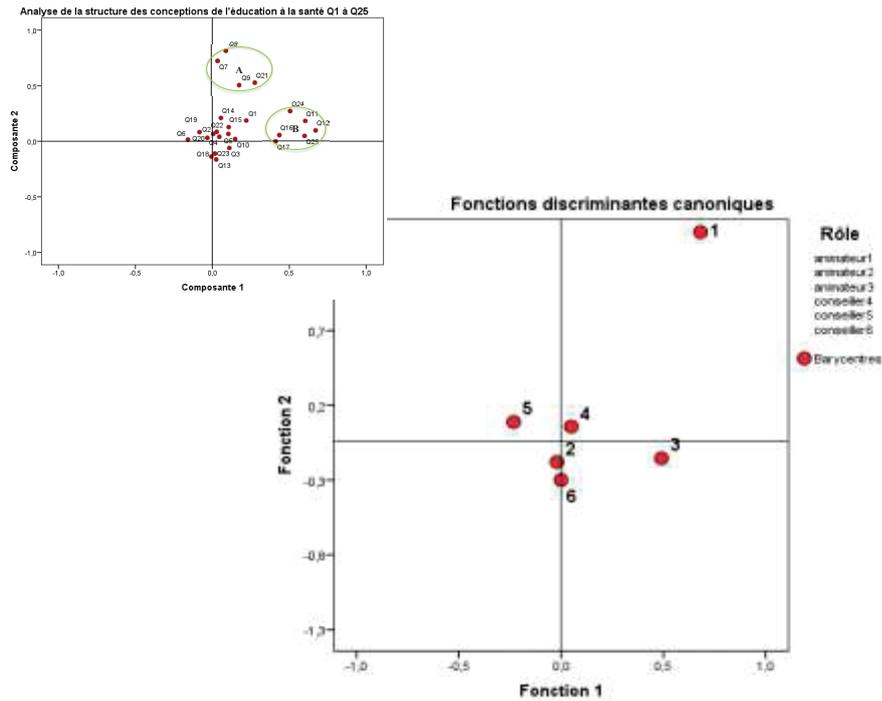
Figure 77 : Analyse discriminante des contenus en ES et rôles déclarés en ES



6.6.5.2. Les rôles déclarés en ES et les conceptions

Cette analyse discriminante explique 31,5 % de la variance mais $p=0,250$ et donc n'établit pas de lien significatif entre les rôles déclarés et les conceptions en ES.

Figure 78 : Analyse discriminante des Rôles déclarés en ES et des conceptions (Q1 à Q25)



6.6.5.3. Les rôles déclarés en ES et les formations

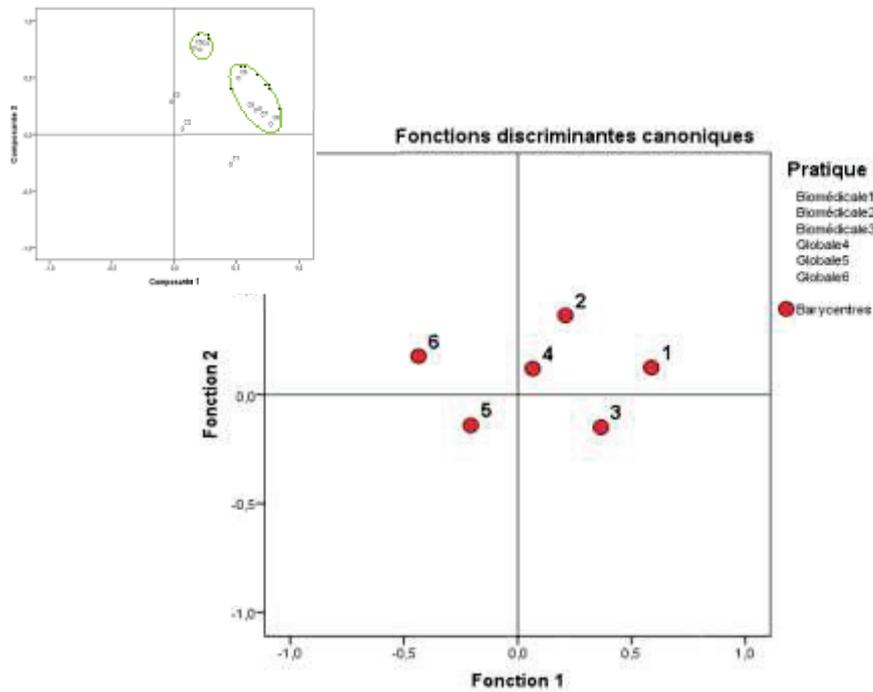
Cette analyse discriminante explique 46,7 % de la variance mais $p=0,262$ et donc n'établit pas de lien de façon significative entre les rôles déclarés et les formations en ES.

6.6.6. Les pratiques déclarées en ES

6.6.6.1. Les pratiques déclarées en ES et les contenus

Cette analyse discriminante explique 48,9 % de la variance ($p<0,001$).

Figure 79 : Analyse discriminante des pratiques déclarées sur la base d'une ACP sur les contenus traités

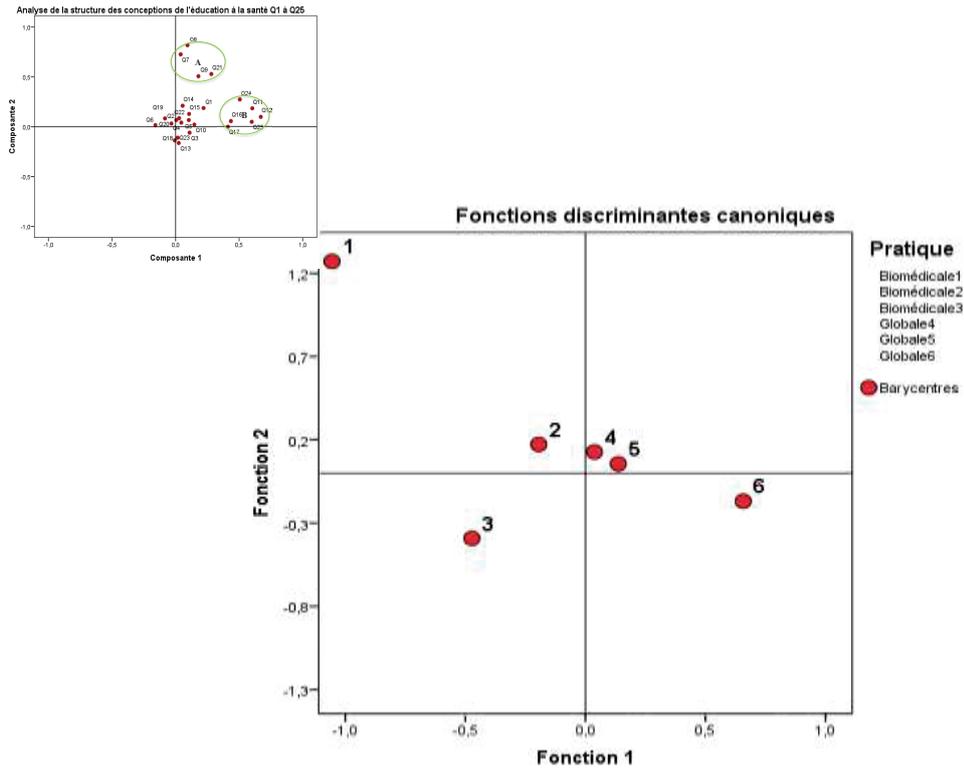


Nous notons que le barycentre 3 (des pratiques biomédicales) est en lien avec la variable qui concerne les aspects biologiques (C1). Le barycentre 6 (approche globale) est en lien avec les savoirs sur la promotion de la santé (C3). Les pratiques biomédicales (barycentre 1 et 2) sont curieusement proches des deux groupes autour des compétences psychosociales (C4 et C5) et des contextes sociétaux (C6, C7, C8, C9). Ceci met en avant une forme d'incertitude voire d'incohérence entre pratiques déclarées et contenus.

6.6.6.2. Les pratiques déclarées et conceptions

Cette analyse discriminante explique 62,9 % de la variance avec $p=0,001$.

Figure 80 : Analyse discriminante des pratiques déclarées en ES sur la base d'une ACP sur les conceptions (Q1 à Q25)



Cette étude montre que les barycentres 4, 5 et 6 se rapprochent des méta-variables A (Q7, Q8, Q9, Q21) et B (Q11, Q12, Q16, Q17, Q24, Q25) qui sous-entendent de fait une approche globale. Les groupes 1, 2 et 3 relatif à des pratiques du registre biomédical se situent en opposition.

6.6.6.3. Les pratiques déclarées et les formations

Cette analyse discriminante explique 62,9 % de la variance mais $p=0,262$ et donc n'établit pas de lien de façon significative entre les pratiques et les formations en ES.

6.6.7. Le besoin de formation.

6.6.7.1. Le besoin de formation sur le travail en partenariat

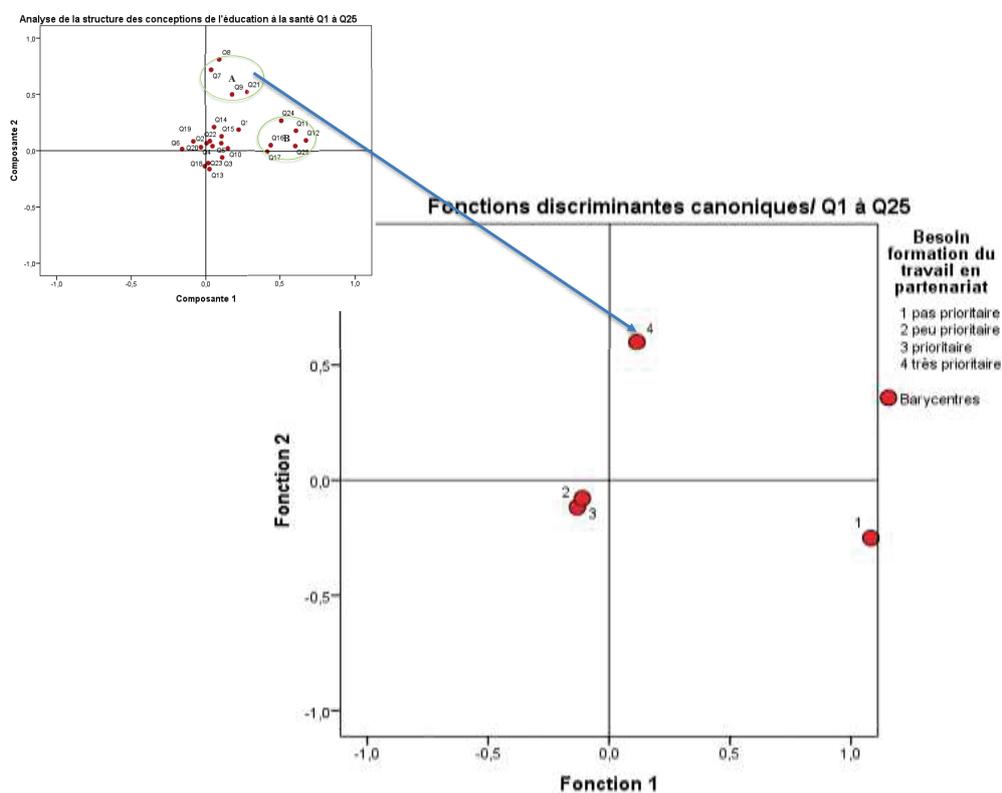
6.6.7.1.1 Le besoin de formation sur le travail en partenariat et les contenus

Cette analyse discriminante explique 53,9 % de la variance mais $p=0,639$ et donc n'établit pas de lien de façon significative entre les besoins de formation sur le travail en partenariat et les contenus en ES.

6.6.7.1.2. Le besoin de formation sur le travail en partenariat et les conceptions

Cette analyse discriminante explique 48,4 % de la variance avec $p=0,017$.

Figure 81 : Analyse discriminante du besoin de formation sur le travail en partenariat sur la base d'une ACP des conceptions (Q1 à Q25).



L'analyse discriminante montre que ceux qui expriment un besoin de formation autour du travail en partenariat (barycentre 4) se situent autour des thématiques liant les apprentissages de comportements favorables à la santé (Q7), avec une lutte contre les stéréotypes (Q8), avec la capacité de faire des choix éclairés (Q9), tout en favorisant l'égalité (Q21). Par contre nous notons que ceux ne considérant pas la formation sur le travail en partenariat comme prioritaire sont logiquement proche de ceux développant des conceptions autour d'une approche globale et citoyenne.

6.6.7.1.3. Le besoin de formation sur le travail en partenariat et les formations

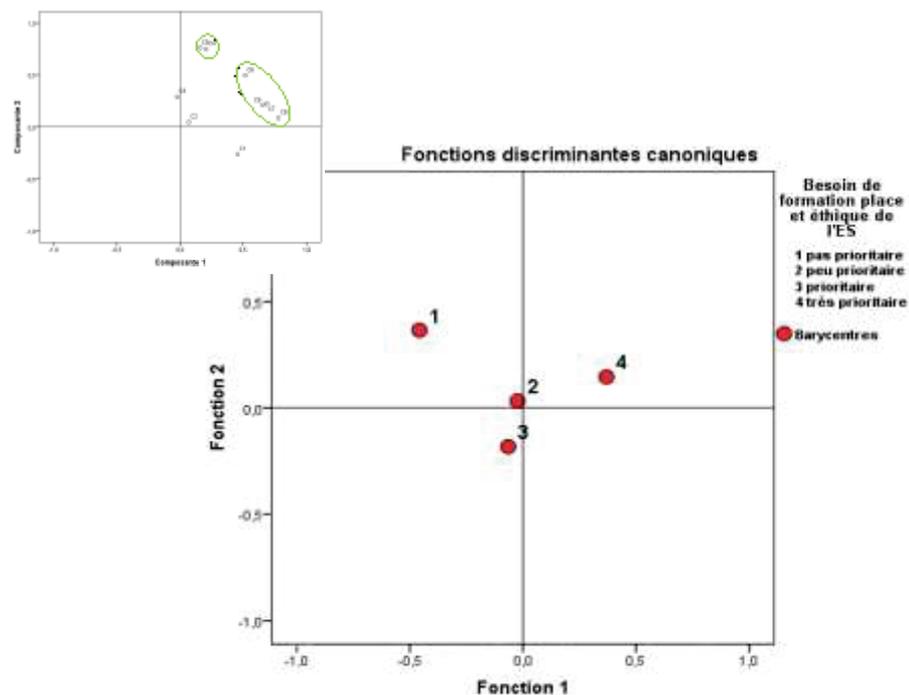
Cette analyse discriminante explique 50,8 % de la variance mais $p=0,467$ et donc n'établit pas de lien significatif entre les besoins de formation sur le travail en partenariat et les formations en ES.

6.6.7.2. Le besoin de formation sur la place de l'éthique en ES dans le travail des infirmières

6.6.7.2.1. Le besoin de formation sur la place et l'éthique de l'ES dans le travail des infirmières et les contenus abordés

Cette analyse discriminante explique 55,8 % de la variance $p=0,029$.

Figure 82 : Analyse discriminante des contenus et le besoin de formation sur la place et l'éthique de l'ES dans le travail des infirmières.



Nous pouvons noter que le barycentre 4 qui déclare des besoins très prioritaires de formation sur la place et l'éthique de l'ES dans le travail des infirmières est proche des modalités qui concernent les contenus contextuels et sociétaux (C6, C7, C8, C9).

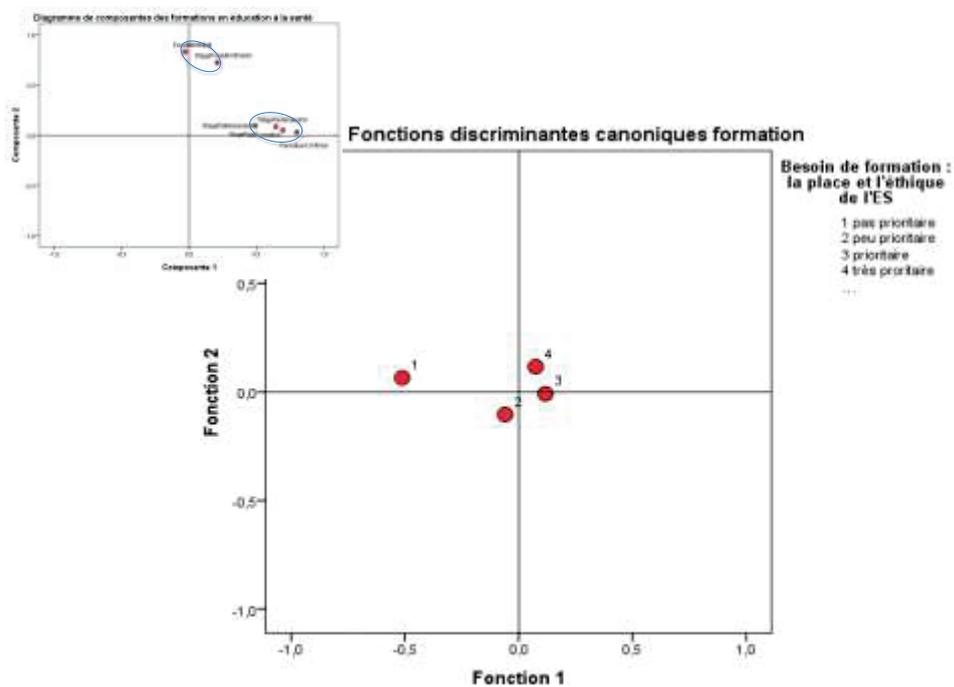
6.6.7.2.2. Le besoin de formation sur la place et l'éthique de l'ES dans le travail des infirmières et les conceptions déclarées

Cette analyse discriminante explique 42,7 % de la variance mais $p=0,108$ et donc n'établit pas de lien significatif entre les besoins de formation sur la place et l'éthique de l'ES dans le travail des infirmières et les conceptions en ES.

6.6.7.2.3. Le besoin de formation sur la place et l'éthique de l'ES dans le travail des infirmières et les formations

Cette analyse discriminante explique 81,6 % de la variance avec $p=0,042$.

Figure 83 : Analyse discriminante du besoin de formation sur la place et l'éthique de l'ES en lien avec l'ACP des formations en ES



Nous observons que les barycentres 4 et 3 (en demande prioritaire de formation sur la place et l'éthique de l'ES) concernent des infirmières ayant eu des formations continues. Les barycentres 1 et 2 (demande pas ou peu prioritaire de formation) se situent en opposition.

6.6.7.3. Le besoin de formation sur la prise en charge des actions et projet en ES.

6.6.7.3.1. Le besoin de formation sur la prise en charge des actions et projet en ES et les contenus abordés

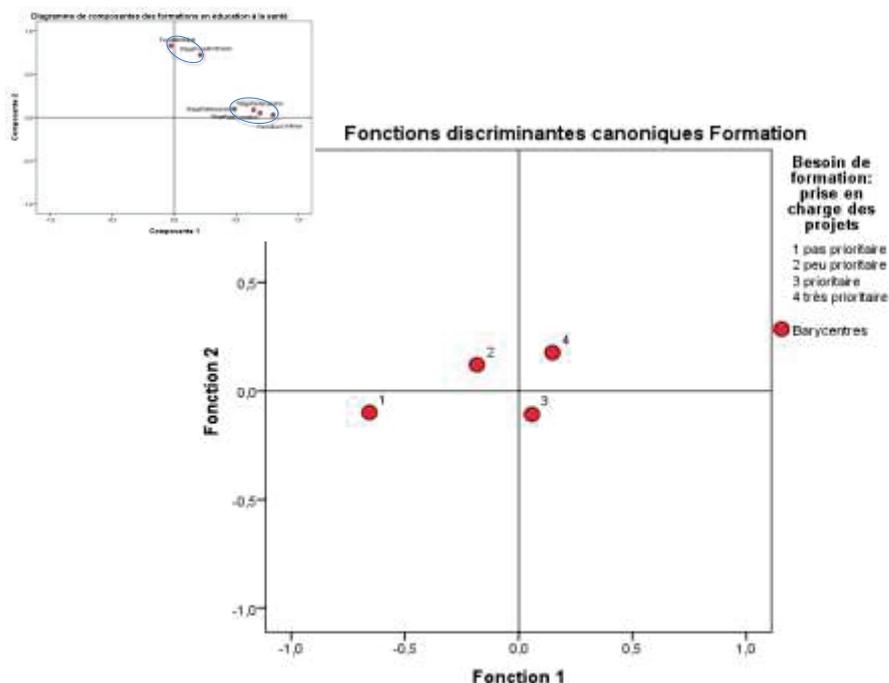
Cette analyse discriminante explique 53,9 % de la variance mais $p=0,639$ et donc n'établit pas de lien significatif entre les besoins de formation sur la prise en charge des actions et projet en ES et les contenus abordés en ES.

6.6.7.3.2. Le besoin de formation sur la prise en charge des actions et projet en ES et les conceptions

Cette analyse discriminante explique 45,3 % de la variance mais $p=0,182$ et donc n'établit pas de lien de façon significative entre les besoins de formation sur la prise en charge des actions et projet en ES et les conceptions en ES

6.6.7.3.3. Le besoin de formation sur la prise en charge des actions et projet en ES et les formations
Cette analyse discriminante explique 56,7 % de la variance avec $p=0,004$.

Figure 84 : Analyse discriminante du besoin de formation relative à la prise en charge collective des actions et projet en ES sur la base d'une ACP des formations



Le barycentre 4 (besoin prioritaire de formation relative à la prise en charge collective des actions et projet en ES) est en lien avec les personnels ayant eu des formations en ES.

6.6.7.4. Le besoin de formation en pédagogie.

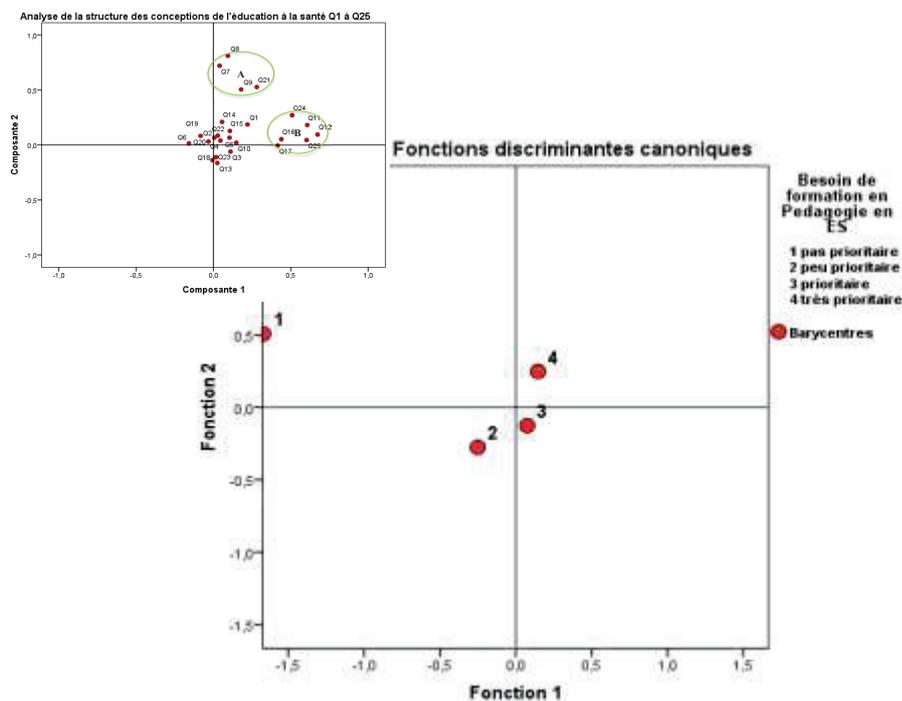
6.6.7.4.1. Le besoin de formation en pédagogie les contenus abordés

Cette analyse discriminante explique 44,1 % de la variance mais $p=0,437$ et donc n'établit pas de lien de significatif entre les besoins de formation en pédagogie et les contenus en ES.

6.6.7.4.2. Le besoin de formation en pédagogie et les conceptions

Cette analyse discriminante explique 51,5 % de la variance avec $p=0,028$.

Figure 85 : Analyse discriminante du besoin de formation en pédagogie en lien avec les conceptions en ES

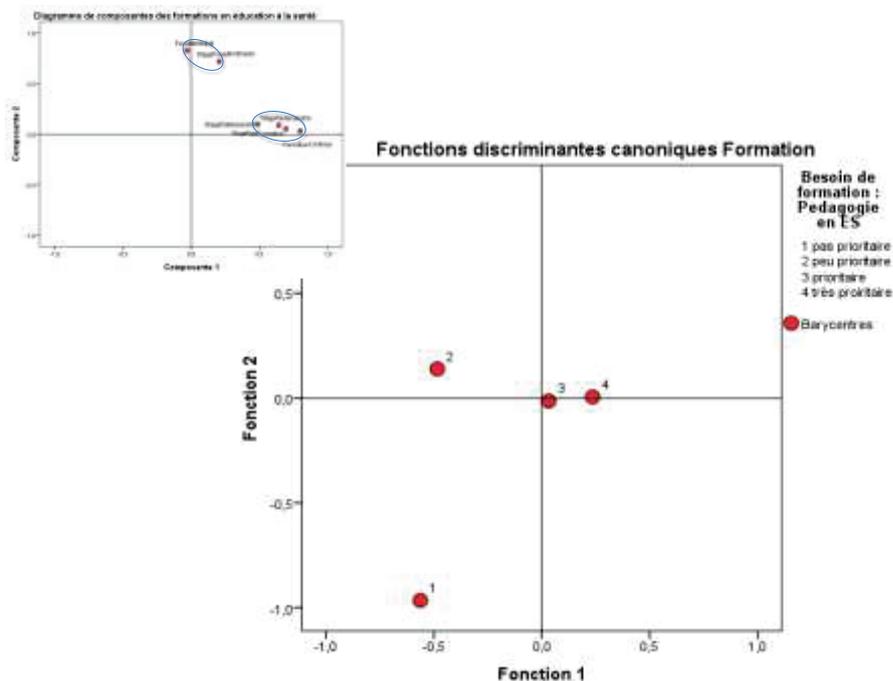


La fonction discriminante montre que ceux qui expriment un besoin très prioritaire de formation autour de la pédagogie en ES (barycentre 4) se situent autour des conceptions qui considèrent que l'ES concernent autant les enseignants que les infirmières.

6.6.7.4.3. Le besoin de formation en pédagogie et les formations

Cette analyse discriminante explique 73,3 % de la variance avec $p<0,001$.

Figure 86 : Analyse discriminante du besoin de formation en pédagogie en lien avec les formations en ES



Les barycentres 3 et 4 (prioritaires en besoin de formation en pédagogie) sont proches des infirmières ayant suivi des formations continues en ES. Le barycentre 1 (pas de besoin prioritaire de formation en pédagogie) se situe en opposition.

6.7. La Régression logistique

Pour mieux comprendre l'intérêt de la régression logistique et à quoi cela nous est utile, nous citerons cette définition : « *La régression logistique est l'un des modèles d'analyse multivariée les plus couramment utilisés en épidémiologie et sciences humaines. Elle permet de mesurer l'association entre la survenue d'un évènement (variable expliquée qualitative) et les facteurs susceptibles de l'influencer (variables explicatives)* »³²⁵.

6.7.1. Régression logistique sur la variable « du sentiment d'isolement »

Les variables locales liées au contexte d'exercice du métier (relations avec la hiérarchie ($p < 0,001$) et stage de formation dans l'établissement ($p = 0,026$)) contribuent significativement à l'évolution du sentiment d'isolement (64% de la variance).

³²⁵ El Sanharawi.M, Naudet.F « Comprendre la régression logistique » Journal français d'ophtalmologie (2013) 36, 710-715. <http://www.em-consulte.com/en/article/842576> site consulté le 23/08/2017

Tableau 44 : Régression logistique du sentiment d'isolement

Variables dans l'équation

| <i>sentiment d'isolement</i> | A | E.S. | Wald | ddl | Sig. | Exp(B) | IC pour Exp(B) 95% | |
|----------------------------------|--------|------|--------|-----|------|--------|-----------------------|-----------|
| | | | | | | | Inférieur | Supérieur |
| Formation en ES | ,438 | ,222 | 3,903 | 1 | ,048 | 1,550 | 1,003 | 2,394 |
| Age | ,012 | ,020 | ,344 | 1 | ,558 | 1,012 | ,973 | 1,052 |
| ANNEE DIP CLASSE | ,226 | ,177 | 1,641 | 1 | ,200 | 1,254 | ,887 | 1,773 |
| Début Travail institution (1) | -,161 | ,183 | ,772 | 1 | ,380 | ,851 | ,595 | 1,219 |
| Début Travail extérieur (1) | ,060 | ,268 | ,049 | 1 | ,824 | 1,061 | ,627 | 1,796 |
| Début Travail Annuel (1) | -,156 | ,213 | ,538 | 1 | ,463 | ,856 | ,564 | 1,298 |
| Temps Infirmier | -,007 | ,015 | ,227 | 1 | ,634 | ,993 | ,964 | 1,023 |
| Stage Formation Emploi | -,132 | ,190 | ,483 | 1 | ,487 | ,876 | ,603 | 1,272 |
| Etablissement Lycée (1) | ,119 | ,203 | ,345 | 1 | ,557 | 1,127 | ,756 | 1,679 |
| Poste (1) | ,361 | ,342 | 1,114 | 1 | ,291 | 1,435 | ,734 | 2,804 |
| Niveau Compétence | -,211 | ,074 | 8,027 | 1 | ,005 | ,810 | ,700 | ,937 |
| Cesc oui non2 (1) | -1,318 | ,173 | 58,095 | 1 | ,000 | ,268 | ,191 | ,376 |
| Nombre Elèves Etablissement | ,000 | ,000 | ,040 | 1 | ,842 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| Sexe (1) | -,274 | ,384 | ,507 | 1 | ,476 | ,761 | ,358 | 1,615 |
| Nécessité Formation | -,174 | ,209 | ,694 | 1 | ,405 | ,840 | ,557 | 1,266 |
| Relation hiérarchie | -,285 | ,077 | 13,862 | 1 | ,000 | ,752 | ,647 | ,874 |
| Stage Etablissement | ,579 | ,292 | 3,923 | 1 | ,048 | 1,784 | 1,006 | 3,163 |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------|-------|--------|---|----------------|------------|-------|-------|
| Etape 15 ^a | Diplôme licence (1) | ,264 | ,372 | ,502 | 1 | ,479 | 1,302 | ,628 | 2,698 |
| | Constante | 16,731 | 30,43 | ,302 | 1 | ,582 | 18466848,9 | | |
| | Niveau Compétence | -,249 | ,067 | 13,671 | 1 | ,000 | ,779 | ,683 | ,890 |
| | Cesc oui non 2 (1) | -1,278 | ,167 | 58,466 | 1 | ,000 | ,279 | ,201 | ,386 |
| | Relation hiérarchie | -,265 | ,075 | 12,550 | 1 | ,000*** | ,768 | ,663 | ,889 |
| | Stage Etablissement | ,613 | ,276 | 4,934 | 1 | ,026* | 1,847 | 1,075 | 3,173 |
| | Constante | 3,821 | ,580 | 43,395 | 1 | ,000 | 45,671 | | |

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : Formation en ES, Age, ANNEEDIPCLASSE, Début travail institution, Début Travail extérieur, Début Travail Annuel, Temps Infirmier, Stage Formation Emploi, Etablissement Lycée, Poste, Niveau Compétence, Cesc oui non 2, Nombre Elèves Etablissement, Sexe, Nécessité Formation, Relation hiérarchie, Stage Etablissement, Diplôme licence.

6.7.2. Régression logistique sur la variable sur les pratiques déclarées de l'ES.

Les pratiques déclarées d'approche globale en ES sont impactées par les définitions données de l'ES notamment l'approche globale ($p=0,003$), par le fait d'être « pas ou peu d'accord » avec « l'ES vise principalement à donner des informations scientifiques » ($Q6=1&2$) ($p=0,003$) et le rapprochement avec les questions de l'environnement ($C7=3$) ($p=0,008$).

C'est aussi en lien avec la dimension communautaire des projets ($Q25=1&2$) ($p=0,019$), avec le rôle de conseiller technique en ES ($p=0,020$), avec le fait de définir les CPS comme la priorité en ES ($Q24=1&2$) ($p=0,026$) et de travailler à leur développement ($C5=3$) ($p=0,028$) avec le fait de travailler en équipe ($p=0,033$) et d'aborder la citoyenneté et l'égalité ($C4=3$) ($p=0,045$).

Tableau 45 : Régression logistique sur la pratique d'approche globale déclarée de l'ES

Variables dans l'équation

| | A | E.S. | Wald | ddl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------------|--------------|--------------|----------------|--------|------------------------------|----------------|
| Q 6=1&2 | -,925 | ,309 | 8,991 | 1 | ,003** | ,396 |
| Q 24=1&2 | ,565 | ,253 | 4,977 | 1 | ,026* | 1,759 |
| Q25=1&2 | ,664 | ,283 | 5,505 | 1 | ,019* | 1,943 |
| Contenu C4=3 | ,596 ,721 | ,297 ,329 | 4,020 4,805 | 1 1 | ,045* ,028* | 1,814 2,056 |
| Contenu C5=3 | - 1,255 | ,477 | 6,930 | 1 | ,008** | ,285 |
| Contenu C7=3 | ,548 | ,256 | 4,563 | 1 | ,033* | 1,729 |
| Travail en équipe 2 | | | | | | |
| Rôle en ES | -,597 | ,257 | 5,382 | 1 | ,020* | ,551 |
| Définition Education 2 | ,657 | ,224 | 8,594 | 1 | ,003** | 1,928 |
| Constante | ,351 | ,489 | ,514 | 1 | ,473 | 1,420 |

6.7.3. Régression logistique et la définition de l'ES

Pour la régression logistique sur la définition de l'ES, il y a un lien fort sur une approche déclarée globale ($p=0,002$). Le second facteur important est lié à la Q 10 portant sur les convictions religieuses et/ou politiques comme obstacles en ES ($p=0,008$).

Tableau 46 : Régression logistique sur la définition globale de l'ES déclarée de l'ES

Variables dans l'équation

| | A | E.S. | Wald | ddl | Sig. | Exp(B) |
|-----------|--------|------|--------|-----|---------------|--------|
| Q10 | ,551 | ,206 | 7,120 | 1 | ,008** | 1,735 |
| Pratique | ,694 | ,222 | 9,804 | 1 | ,002** | 2,001 |
| Constante | -1,313 | ,399 | 10,839 | 1 | ,001 | ,269 |

6.7.4. Régression logistique et le rôle déclaré en l'ES

Pour la régression logistique sur le rôle déclaré en l'ES, le facteur impactant est la pratique d'approche globale exprimée en ES ($p=0,037$) et le fait de travailler en CESC ($p=0,021$).

Tableau 47 : Régression logistique sur le rôle déclaré de l'ES

Variables dans l'équation

| | A | E.S. | Wald | ddl | Sig. | Exp(B) |
|-------------------------------|-------|------|-------|-----|--------------|--------|
| CESC oui | ,620 | ,268 | 5,353 | 1 | ,021* | 1,858 |
| non 2 | | | | | | |
| Etape 2 ^a Pratique | -,556 | ,266 | 4,370 | 1 | ,037* | ,573 |
| Constante | -,835 | ,493 | 2,869 | 1 | ,090 | ,434 |

a. Variable(s) entrées à l'étape 2 : Pratique.

6.7.5. Régression logistique et la formation en ES

Le fait d'avoir suivi une formation en ES est impacté par les éléments suivant : le sentiment d'isolement ($p=0,005$), l'ancienneté de service ($p<0,001$) et encore le besoin exprimé de formation dans ce domaine ($p=0,022$).

Tableau 48 : Régression logistique sur la formation en ES

Variables dans l'équation

| | A | E.S. | Wald | ddl | Sig. | Exp(B) |
|---------------------------|--------|------|--------|-----|----------------|--------|
| TEMPS IDE EN | -,674 | ,171 | 15,549 | 1 | ,000*** | ,510 |
| Nécessité Formation | -1,042 | ,455 | 5,237 | 1 | ,022* | ,353 |
| Situation Professionnelle | ,680 | ,245 | 7,729 | 1 | ,005** | 1,975 |
| Constante | -1,865 | ,670 | 7,743 | 1 | ,005 | ,155 |

6.7.6. Régression logistique et le sentiment d'être inclus dans l'équipe pédagogique

L'inclusion dans l'équipe pédagogique est déterminée par le fait de travailler en CESC ($p<0,001$), en équipe ($p=0,002$) avec de bonne relation avec la hiérarchie ($p=0,005$) et par le nombre d'élèves.

Tableau 49 : Régression logistique sur le sentiment d'être inclus dans l'équipe pédagogique

Variables dans l'équation

| | A | E.S. | Wald | ddl | Sig. | Exp(B) |
|-----------------------------|-------|------|--------|-----|----------------|--------|
| CESC oui non | 1,786 | ,389 | 21,099 | 1 | ,000*** | 5,965 |
| Travail équipe | 1,050 | ,340 | 9,527 | 1 | ,002** | 2,857 |
| Nombre Elèves Etablissement | -,001 | ,000 | 5,026 | 1 | ,025* | ,999 |
| Relation hiérarchique | ,327 | ,116 | 7,938 | 1 | ,005** | 1,387 |

| | | | | | | |
|-----------|-------|------|-------|---|------|------|
| Constante | -,665 | ,603 | 1,215 | 1 | ,270 | ,514 |
|-----------|-------|------|-------|---|------|------|

a. Variable(s) entrées à l'étape 4 : Nombre Elèves Etablissement.

6.7.8. Régression logistique et relation avec la hiérarchie

La relation avec la hiérarchie est déterminée par le fait de travailler en CESC (p=0,001) et de se sentir inclus dans l'équipe pédagogique (p=0,022).

Tableau 50 : Régression logistique sur la relation avec sa hiérarchie

Variables dans l'équation

| | A | E.S. | Wald | ddl | Sig. | Exp(B) |
|--------------------------------|-------|------|--------|-----|----------------|--------|
| CESC oui non 2 | 1,177 | ,360 | 10,701 | 1 | ,001*** | 3,245 |
| Inclus équipe pédagogique 2 | ,858 | ,374 | 5,247 | 1 | ,022* | 2,357 |
| Constante | ,836 | ,298 | 7,847 | 1 | ,005 | 2,306 |

Au regard de ces différents résultats, nous allons essayer de répondre à notre problématique et pour étayer nos propos nous les confronterons à la littérature.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

CHAPITRE 7 Discussion et Perspectives

7.1. Connaissances déclaratives en l'ES : une homogénéité de discours...fissurée par l'analyse quantitative

7.1.1. D'une vulgate théorique...au flou :

Les données obtenues par le questionnaire permettent de réaliser un premier panorama des connaissances en ES des infirmières de notre population.

Dans l'analyse qualitative, les résultats font d'abord ressortir la conception suivante : « *Approfondir les connaissances des jeunes pour leur donner les moyens de faire des choix responsables pour contribuer à leur bien-être pour eux et les autres* ».

Dans l'analyse quantitative notre population complète cette définition de l'ES (question 3.1 : « *définissez l'éducation à la santé* »), par : « *Apporter des informations thématiques et les connaissances nécessaires pour permettre aux élèves de prendre conscience des comportements et faire des choix responsables et éclairés* ».

L'analyse factorielle confirme ces définitions (cf. dendrogramme et structuration des définitions données en ES, figure 42). Cinq ensembles de conceptions sont ainsi définies :

- le premier ensemble, (classe 5) regroupe 29,7 % de notre échantillon. Il se construit autour de la définition « *promouvoir l'éducation à la santé en mettant des actions répondant aux besoins* », assez proche de la dialectique sociale définie par Fortin³²⁶.
- Un second (classe 4) en regroupe 19, 1 %. Il se construit autour de l'idée « *d'apporter des connaissances au sujet pour qu'il adopte de meilleurs comportements* », rappelant le modèle humaniste.
- Le troisième (classe 3) rassemble 12,4 %, des répondants et s'érige autour de la notion de « *prendre soin pour s'épanouir, grandir et vivre* », qui peut se traduire comme une approche humaniste.
- Le quatrième (classe 2) pour 15 %, s'articule autour du modèle écologique, pour « *amener les acteurs à réfléchir et à devenir autonomes* ».

³²⁶ Fortin J. (2004), Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé in La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire, Editions Universitaires du Sud.

- Le dernier (classe 1) totalisant 23,7 % des répondants, vise, comme le promeut l'approche humaniste, à « *donner les moyens de permettre des choix responsables et éclairés dans le domaine de la santé* ».

Ainsi nous pouvons dire que le système de conception dominant se construit autour d'une approche globale de l'ES. Les infirmières le confirment en se déclarant très favorables aux différentes affirmations proposées dans la question suivante 3.2. :

- « *Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables pour leur santé et celles des autres* ». (97,3 %)

- « *Eduquer à la santé, c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement* ». (93,7 %)

- « *L'éducation à la santé, c'est l'apprentissage de comportements favorables au vivre ensemble* ». (86,7 %)

Cette conception de l'éducation à la santé fondée sur l'approche psychosociale et l'empowerment est largement partagée par notre population. Elle est très proche de la définition écologique de l'ES telle qu'a pu nous aider à la penser Fortin³²⁷.

Nous retrouvons ici les conceptions qui sous-tendent les textes des bulletins officiels de l'éducation nationale. L'éducation à la santé y est définie comme devant aider chaque jeune à s'approprier progressivement « *les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement, et ainsi permettre de préparer à exercer leur citoyenneté et à développer des compétences visant à éviter les comportements à risque* »³²⁸. Les écrits de référence sont ainsi repris de manière partielle ou totale dans les définitions proposées par les infirmières. Nous sommes face à un ensemble de connaissances déclaratives fondées sur une bonne maîtrise des textes officiels. Cette conception de l'ES est portée par une large majorité qui la relie également de manière significative aux autres affirmations avancées qui sont elles-mêmes incluses dans les textes officiels : « *L'éducation à la santé concerne autant les infirmières scolaires que les parents* » (92,2 %) ; « *L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les infirmières scolaires.* » (80,2 %). Les infirmières affirment une conception holistique de l'ES en milieu scolaire. Elles partagent une culture commune de l'ES en adéquation avec les textes officiels régissant leur profession.

³²⁷ Fortin J. (2004), *Jam. Cit.*

³²⁸ Ministère de l'éducation nationale, (1998), Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998, « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », BOEN n° 45 du 3 décembre 1998.

Pour mettre en œuvre cet ensemble de conception de l'ES, elles proposent de : « *partir des conceptions et des connaissances des élèves pour travailler sur les questions relatives à la santé* » (89,5 %) ; « *d'associer les élèves comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation.* » (80,4 %) ; Pour elles, « *Le travail avec les partenaires extérieurs à l'école améliore l'efficacité des actions en éducation à la santé.* » (80,2 %). Le tout en adéquation avec les textes qui prévoient un travail en partenariat impliquant les élèves dans un projet. Pour compléter cet ensemble de conceptions, elles affirment à la quasi-unanimité que : « *C'est l'un des rôles de l'infirmier(e) scolaire que de contribuer à l'épanouissement de l'élève* » (97 %).

Par contre, en contradiction avec les textes, elles affirment que : « *Ce serait bien que l'éducation à la santé face partie des enseignements comme les mathématiques, le français, etc....* » (80,4 %). Ceci n'est pas sans poser la question de la compréhension et de l'assimilation des conceptions de l'ES qu'elles proposent de manière dominante.

Mais cette vision largement homogène des conceptions est une façade. Lors de l'analyse discriminante des conceptions (Q1 à Q25) et de l'âge des infirmières, nous démontrons un lien entre l'âge des infirmières et les conceptions en ES. Plus les infirmières sont âgées, plus elles ont tendance à avoir des conceptions liées à la citoyenneté et une approche globale de l'ES. Les personnels les plus jeunes sont ceux qui se situent en opposition aux conceptions liées à une approche globale de l'ES, en contradiction avec les textes. Nous sommes face à un ensemble de connaissances déclaratives qu'il paraît difficile de maintenir au quotidien dans un exercice professionnel ou seule l'expérience permet la déclinaison concrète d'une approche holistique prônée par les textes.

Dans la continuité, nous observons aussi peu d'homogénéité sur la conception du rôle de l'infirmière en ES. Les infirmières sont plus nuancées sur le fait que : « *L'éducation à la santé relève principalement de l'éducation familiale* ». 36 % d'avis favorables contre 60,10% d'avis défavorables alors que 92% estiment que cela « *concerne autant les infirmier(e) s scolaires que les parents* ». Nous retrouvons ce hiatus dans les conceptions de leur rôle dans l'opposition quasi-unanime à l'affirmation suivante : « *L'éducation n'est pas l'affaire de l'infirmier(e) car il n'est pas compétent pédagogiquement* » (93% d'avis défavorables). Paradoxalement, elles répondent aussi négativement au fait que : « *L'éducation à la santé à l'école est d'abord l'affaire des médecins, assistants sociaux et infirmières scolaires* » (75% d'avis défavorables).

Nous n'observons pas d'homogénéité dans la conception de leur rôle alors qu'elle existe dans la définition de l'ES. Notre population dispose donc des connaissances communes qui n'ont pas d'impact sur la déclinaison des rôles qui devrait en découler. Cet écart, entre une vulgate de la définition de l'ES et l'hétérogénéité des conceptions des rôles que nous constatons montre une difficulté importante dans la compréhension du métier d'infirmière scolaire qui se traduit par une hétérogénéité des pratiques. Lorsqu'on interroge les pratiques déclarées, les infirmières sont tout aussi partagées. Ainsi, dans la conception de leurs pratiques, elles sont également divisées, elles estiment ainsi que les infirmières ont le droit de donner des directives en ES (69 % avis favorables vs 25,9 % avis défavorables). Cette posture pose encore la question de l'assimilation des conceptions de l'ES qu'elles déclarent.

Il en est de même pour les conceptions des contenus. Elles trouvent insuffisant de prétendre que « *l'éducation à la santé vise principalement à donner des informations scientifiques : sur la biologie, l'alimentation, les IST (Infections Sexuellement Transmissibles), les méfaits des drogues* » (21,9 % avis favorables vs 75,10 % avis défavorables). Pour celles émettant un avis favorable, nous observons un lien significatif avec la question 22 sur « *le fait d'avoir une approche thématique* » ($p < 0,001$). Nous retrouvons ce flou que nous avons précédemment constaté car elles déclarent que la mise en œuvre de « *l'Education à la santé est d'abord une approche sur les thématiques de santé (alimentation, sexualité, drogue, suicide...)* » (58,90 % avis favorables vs 37,60 % avis défavorables). Nous passons d'une déclaration de conceptions autour de l'approche globale à une pratique fortement liée à des approches thématiques. Ce qui est pour le moins surprenant.

Enfin, près d'un tiers ne pense pas que « *les compétences psycho-sociales soient la priorité en éducation à la santé* » (63,30 % avis favorables vs 29,20 % avis défavorables). Comment amener les élèves à « *opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement, et ainsi permettre de préparer à exercer leur citoyenneté et à développer des compétences* » alors que les conceptions des contenus sont peu stabilisées ?

Cette hétérogénéité constatée se poursuit également dans l'analyse des obstacles qu'elles relèvent. Les convictions religieuses doivent être absolument respectées (69 % avis favorables vs 25 % avis défavorables), en même temps qu'elles justifient de ne pas aborder certains sujets. « *Les convictions religieuses et/ou politiques sont souvent un obstacle à l'éducation à la santé* » (34,50 % avis favorables vs 60,80 % avis défavorables), et pour un

quart, c'est « *L'âge et la maturité des élèves peuvent être un frein à l'éducation à la santé.* » (25,60 % avis favorables vs 72,10 % avis défavorables).

Nous avons classé les réponses à la question 3.1.³²⁹ sur la définition de l'ES selon les trois paradigmes (Fortin). Elles se regroupent en:

- un ensemble de définition relevant du paradigme rationnel = 31,9 %
- un ensemble de définition relevant du paradigme humaniste = 28,4 %
- un ensemble relevant du paradigme de dialectique sociale = 2,8 %

Compte tenu du faible effectif de l'ensemble relevant du paradigme de la dialectique sociale. Nous avons choisi de binariser le corpus en rassemblant le paradigme humaniste et le paradigme de la dialectique sociale. Notre population se répartit en deux groupes : un ensemble proche d'une définition biomédicale (paradigme rationnelle = 31,9 %) et un autre proche d'une définition plus globale (paradigme humaniste = 28,4 % et du paradigme de dialectique sociale = 2,8 %).

Le flou conceptuel que nous avons précédemment constaté se retrouve également lorsqu'on compare les réponses à la question 3.1 (définitions de l'ES) aux résultats obtenus à la question 3.2 (formée de 25 affirmations). La conception déclarée de l'éducation à la santé, relevant du paradigme écologique que l'on retrouve dans la question 3.2, n'est pas présente dans les conceptions à la question 3.1.

Lors de l'analyse en composante principale des réponses à la question 3.2, nous observons l'émergence de deux groupes (A et B). Le groupe B est composé de sujets dont les représentations en ES font ressortir le besoin d'associer les élèves comme partenaires, d'ancrer l'ES tout au long de la scolarité en lien avec les compétences psychosociales et d'installer ce travail sous forme de projets en lien avec le territoire. Le groupe A traduit un système de représentations en ES liant les apprentissages de comportements favorables à la santé, avec une lutte contre les stéréotypes, avec le pouvoir de faire des choix éclairés, tout en favorisant l'égalité. Nous retrouvons ici également les définitions qui sous-tendent les textes officiels des années 1998 et 2001 des bulletins officiels de l'éducation nationale³³⁰.

Nous avons également classé les affirmations de la question 3.2 et les avons rassemblées selon les trois modèles définis par Fortin. L'ACP des affirmations proches du modèle rationnel établit un premier groupe de variables traduisant un système de représentations

³²⁹ La question 3.1 porte sur : « Votre définition de l'ES ? »

³³⁰ Ministère de l'éducation nationale, BOEN (1998) (2001). Jam. Cit.

reliant l'ES aux informations scientifiques dans une approche très thématique de la santé et que l'ES relève principalement des familles. Un second groupe fait émerger les obstacles à l'éducation à la santé : les convictions religieuses et/ou politiques, l'accord des familles pour aborder des sujets comme la sexualité et l'âge et la maturité des élèves.

Les deux métas variables ainsi constituées sont complémentaires. Pour ces conceptions proches du modèle rationnel, tout se situe autour de la famille et du besoin de demander l'autorisation des parents.

Lors de l'ACP des affirmations relevant du modèle humaniste, un premier groupe apparaît traduisant un système de représentations reliant l'ES à l'apprentissage de comportements favorables au « vivre ensemble », à la lutte contre les stéréotypes en lien prioritaire avec les compétences psycho-sociales. Un second groupe met l'accent sur le rôle des infirmières, que l'ES les concerne autant que les parents et les enseignants, dans une démarche globale et cohérente au niveau de l'école de la famille et des enseignants. Cette approche est globale avec des modalités très cohérentes entre elles.

Ces deux ACP reflètent l'absence d'homogénéité dans la conception des contenus en ES. Par contre, il y a une grande homogénéité entre conceptions contenus et paradigmes. Ce que nous constatons c'est que si les conceptions sont biomédicales alors les définitions données sont du paradigme rationnel et que si les conceptions sont plus globales, les définitions sont du paradigme humaniste ($p < 0,001$).

Par ailleurs, nous constatons que les infirmières ayant le sentiment d'isolement le plus élevé sont celles qui présentent les affirmations les plus conformes aux textes officiels (groupe A de l'ACP (figure 61) et analyse discriminante avec le sentiment d'isolement (figure 72)) avec des pratiques d'approche thématiques et biomédicales. Ceci pose un ensemble de questions extrêmement complexes. Comment passer des connaissances déclaratives des textes à des connaissances procédurales ? Comment traduire dans des pratiques professionnelles l'approche globale prônée dans les textes pour la promotion de la santé en milieu scolaire ? Serait-ce une question de formation et de posture ? Comment appliquer les textes officiels dans des pratiques professionnelles auprès des élèves ? Les infirmières de l'éducation nationale paraissent disposer de savoir-faire parcellaires dans ce domaine alors qu'originellement, de par leur formation de soignantes, elles sont dans la maîtrise des actes qui leurs sont demandés. A travers le sentiment d'isolement, les infirmières expriment leurs difficultés à se retrouver dans cette situation.

La régression logistique sur la définition de l'ES met en évidence deux axes : d'abord un lien fort avec l'approche globale déclarée qui apparaît comme étant la dimension la plus discriminante pour les infirmières : le second élément important est lié aux convictions religieuses et politiques qui apparaissent comme un obstacle déterminant à la mise en œuvre d'action d'ES et conduisent à une grande prudence. Plus généralement les conceptions d'ES en lien avec l'intime (éducation à la sexualité et alimentation) conduisent également à une réserve importante vis-à-vis des familles.

Comment comprendre à la fois cette distance entre connaissances déclaratives et contenus, ce flou et cette hétérogénéité des conceptions ? Il nous faut maintenant aller chercher dans la littérature scientifique.

7.1.2. Le flou des conceptions de l'ES dans la littérature scientifique

Hardy et al. (2011)³³¹ constatent par ailleurs l'influence des textes sur le discours infirmier notamment celles des circulaires de 1998³³² à 2001³³³ ce que nous retrouvons également dans notre étude.

Lors de l'analyse discriminante sur l'expérience professionnelle (figure 58), nous constatons une forte disparité entre les différents groupes. Le barycentre 2 est constitué par les infirmières recrutées entre 2000/2009. Ces infirmières sont proches d'une conception relevant du paradigme rationnel, il y a donc une incidence de l'expérience professionnelle sur les systèmes de conceptions. Plus l'expérience est développée, plus les infirmières sont à proximité d'une approche globale de l'éducation et de la promotion de la santé telle que les textes officiels la proposent.

Les infirmières recrutées entre 2000 et 2009 ont aussi comme caractéristique d'être les plus jeunes en âge, donc les plus proches de leur formation initiale. Macleod-Clark et al. (1998) nous indiquent que les étudiants en soins infirmiers sont aussi confus au sujet des termes « éducation à la santé » et « promotion de la santé », bien que la plupart estiment qu'il y a une distinction entre les deux. Cependant, lorsqu'il leur était demandé comment articuler les différences entre les concepts, les réponses ont été caractérisées par une confusion. Ceci est confirmé par Liimatainen et al. (2001) dans une autre étude sur les étudiants en soins

³³¹Hardy, AF et al. (2014), « développement professionnel infirmier en promotion de la santé », Recherche en soins infirmiers /3 (n°118) p 75-84.

³³² Ministère de l'éducation nationale, (1998), Circulaires de 1998. Jam. Cit.

³³³ Ministère de l'éducation nationale, (1998), Circulaires de 2001. Jam. Cit.

infirmiers. De même, une étude menée par Chambers et Narayanasamy (2007)³³⁴ sur des infirmières récemment diplômées, constate que malgré la formation initiale les infirmières n'avaient pas changé leurs représentations sur leurs rôles en éducation et promotion à la santé. Les auteurs de cet article constatent que la formation initiale n'est pas suffisante et n'a que peu influence pour changer leurs représentations de départ. Une autre analyse de Dahl et al. (2013)³³⁵ du programme norvégien de soins infirmiers en santé publique montre un discours « biomédical » et « social-scientifique » en concurrence dans un « métadiscours paternaliste ou expert », aboutissant à un discours « individualiste hégémonique ». Cette étude montre que la promotion de la santé doit être davantage accentuée dans le programme de formation en santé publique. Les infirmières scolaires apparaissent dans une situation similaire, « *les formations initiale en santé publique ou sont abordées les questions de promotion et d'ES sont très fortement conçues selon des modèles biomédicaux et la dimension éducative et globale y est relativement peu développée* »³³⁶.

D'autres auteurs, Miglioretti et al. (2013)³³⁷, montrent que les enseignants ont aussi des représentations de santé ambiguës et que la conception de la santé comme absence de maladie est très répandue. Paakkari (2012)³³⁸ regroupe les conceptions de l'éducation à la santé des enseignants de Finlande en trois approches :

- La première, qu'elle nomme « les faits et approche de compétences », se compose de conceptions axées principalement sur le transfert de connaissances en matière de santé. C'est l'approche rationnelle.
- La deuxième, l'approche de « la pensée indépendante », met l'accent sur l'apprentissage factuel vers le développement de la pensée. Cette approche ressemble à l'approche humaniste.

³³⁴ Chambers, D. Narayanasamy, A. (2007), A discourse and foucauldian analysis of nurses health beliefs: implications for nurse education. In Nurse Education Today, doi:10.1016/j.nedt.2007.03.009.

³³⁵ Dahl, BM. (2013), "Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis" Scandinavian Journal of Public Health Vol 42, Issue 1, pp. 32 – 37 First published date: August-27-2013 10.1177/1403494813502585.

³³⁶ Foucaud, J. Moquet, MJ. Rostan, MF. Hamel, E. Fayard, A. (2008), direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, inpes État des lieux de la formation initiale pour la santé en France.

³³⁷ Miglioretti, M., Velasco, V., Celata, C., Vecchio, L., (2013), Teachers' ideas about health: Implications for health promotion at school Vol 72, Issue 6, 2013 Health Education Journal.

³³⁸ Paakkari, L. et al. (2010), "Student teachers' ways of experiencing the objective of health education as a school subject: A phenomenographic study" in Teaching and Teacher Education Volume 26, Issue 4, May 2010, Pages 941-948

- La troisième, l'approche « développement personnelle et de responsabilité », met l'accent sur l'individu, et la définition sociale de l'apprentissage de la santé. Cette conception ressemble à l'approche de la dialectique sociale.

Cette classification montre la similarité des conceptions de notre population à celle des enseignants. Nos résultats nous mènent au même constat sur les conceptions des infirmières. L'approche écologique apparaît comme une conception peu présente sur les deux populations qui réduisent à deux pôles les conceptions et pratiques qui en découlent avec, d'une part, une conception rationnelle ou biomédicale de l'ES et, d'autre part, une conception humaniste ou globale.

Cette hétérogénéité va avoir une incidence importante sur les rôles et pratiques.

7.2. L'hétérogénéité des contenus en ES:

7.2.1. Les résultats de notre étude :

La majorité des infirmières (86%) déclare mettre en place un travail en ES. Elles sont nombreuses à dire que l'éducation à la santé n'est pas seulement « *de donner des informations scientifiques* » et, cependant, elles sont très largement d'accord pour développer des approches thématiques. Les pratiques décrites en ES sont massivement thématiques et orientées vers la prévention. Les thèmes les plus abordés lors des séances sont l'éducation à la sexualité (77%) et les conduites addictives (50%). Les contenus abordés sont principalement articulés autour d'apports d'informations et de développement de compétences psychosociales « *d'estime de soi* » et « *de relation à l'autre* ». Cela signifie que lors des séances en éducation à la sexualité ou sur les conduites addictives, ce sont donc les informations sur les produits, les fonctionnements qui sont priorisées. Dans la continuité, les compétences psychosociales sont essentiellement présentées sous l'angle de la transformation finalisée des comportements. L'analyse en composante principale confirme que « *les savoirs pour promouvoir la santé* » est une conception forte des contenus abordés. Ces éléments nous permettent de constater un ensemble cohérent de conceptions autour de contenus biomédicaux, par l'apport d'informations et de prescriptions de comportements favorables à la santé.

Nous pouvons noter l'extrême confusion épistémologique à travers l'utilisation du terme compétence (qui renvoie à une approche socioconstructiviste centré sur l'individu) et la prescription de comportements qui elle se centre sur les savoirs extérieurs au sujet qui

peuvent être très éloignés des connaissances et compétences initiales du sujet. Cette confusion épistémologique nous éclaire sur les difficultés des infirmières à mettre en œuvre l'ES. Elles structurent difficilement l'élaboration des dispositifs en abordant des informations avec des contenus biologiques alors qu'elles essaient de travailler sur les compétences psychosociales. Nous pouvons nous demander quelles théories d'apprentissage sous-jacentes mettent-elles en place ? Elles se replient donc des postures ambiguës fondées sur ce qu'elles maîtrisent le mieux - l'approche médicale - pour sortir de cette difficulté.

Quelle compréhension et conception mettent-elles derrière ces termes de compétences, de développement, d'accompagnement, d'ES et de promotion de la santé ? Est-ce encore une expression générique dont les contours ne sont pas clairement définis comme nous l'avait démontré les études sur les étudiants en soins infirmiers. L'analyse en composante principale des contenus avec le type et la forme de travail nous permet de constater l'isolement du groupe de contenus abordant les aspects biologiques, articulés aux pratiques biomédicales en éducation à la santé. Les infirmières travaillent de « *façon ponctuelle* » pour « apporter des informations répondants aux questions des élèves » et des « savoirs pour promouvoir la santé ». Nous sommes, dans cette approche biomédicale, avec des contenus sanitaires et d'information sur la santé. Par contre, les contenus structurent fortement deux autres groupes : un autour des dimensions sociales de l'ES (*violence, stéréotypes, environnement, rapport à la loi*) et un autre autour des compétences psycho-sociales.

L'analyse discriminante des contenus en ES avec l'âge des infirmières confirme le lien entre l'âge des infirmières et les contenus abordés. Plus les infirmières sont âgées, plus elles ont tendance à travailler sur les contenus liés à la citoyenneté plutôt que sur les contenus liés à l'apport d'information et de savoirs sur les questions de santé. Le groupe des plus jeunes, en cohérence avec les analyses sur les conceptions, développe plus de contenus de type biomédical. Ceci est également confirmé par l'analyse discriminante des contenus en ES avec l'expérience professionnelle qui montre une évolution des contenus abordés en fonction de l'ancienneté de service, allant de l'apport d'informations et de savoirs vers des contenus davantage liés à la citoyenneté et à l'approche globale. Ceci met en exergue l'influence de l'expérience acquise et probablement un besoin de formation pour sortir d'une approche biomédicale liée à la formation initiale. L'analyse discriminante des contenus en ES avec le sentiment d'isolement nous permet de constater que les infirmières, ayant un sentiment d'isolement le plus élevé, sont celles qui se situent les plus loin d'une approche fondée sur la

citoyenneté et le développement des CPS et qui pratiquent le plus les approches de type biomédicales.

Dans la continuité, l'analyse discriminante des contenus en ES avec le travail au sein du CESC nous apprend que les infirmières qui déclarent ne jamais travailler en CESC abordent des contenus biomédicaux en ES alors que les infirmières qui œuvrent très souvent en CESC sont plus proches des contenus liés à la citoyenneté et à une approche globale.

La disparité des contenus abordés montre l'influence des conceptions de la santé et de l'éducation à la santé sur les pratiques des infirmières.

7.2.2. Les contenus de l'ES dans la littérature scientifique

Les contenus abordés en ES par notre groupe d'infirmières, comme pour les enseignants de l'enquête conduite par Berger et al. (2009)³³⁹, sont « *tributaires des conceptions, qui s'étalent d'une approche thématique de prévention et d'éducation sanitaire centrée sur les risques à une vision globale* ». Cette entrée dans l'ES par des contenus thématiques de prévention est la première phase de l'ES. Elle est pratiquée par les infirmières plus jeunes, sans expérience du monde éducatif et souvent directement issues du monde hospitalier. Comme les enseignants, les infirmières abordent l'ES par une approche thématique (sommeil, alimentation, hygiène...), et partent de l'apport d'informations et de savoirs. « *Nous sommes alors dans une approche traditionnelle d'enseignement où l'essentiel est la transmission de connaissances dans une forme scolaire classique* » (Lebeaume, 2007). Cette approche privilégiée par les plus inexpérimentées a le mérite d'être rassurante car proche de la « forme scolaire » des approches disciplinaires qui fondent la légitimité des enseignants du collège ou du lycée et qui posent problème en ES dans la mesure où justement elles sont centrées sur un thème ou un sujet.

Miglioretti, et al (2013)³⁴⁰ montrent, en ce qui concerne les activités de promotion de la santé, que les enseignants préfèrent les programmes d'éducation à la santé basés sur des approches informatives. Il nous explique que la majorité des enseignants impliqués dans leur étude sont restés étroitement liés aux modèles d'éducation sanitaire et n'ont pas évolué en direction de la promotion de la santé. Selon les auteurs, cela serait lié aux systèmes de représentations de la santé des enseignants et que changer les représentations des enseignants pourrait être une

³³⁹ Berger, D. Pizon, F. Bencharif, L. Jourdan, D. (2009), « Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes » *Didaskalia* | no 34 | 2009.

³⁴⁰ Miglioretti, M., Velasco, V., Celata, C., Vecchio, L., (2013), Teachers' ideas about health: Implications for health promotion at school Vol 72, Issue 6, 2013 *Health Education Journal*.

première étape pour impulser la promotion de la santé en milieu scolaire. Ces derniers, comme les infirmières, sont nombreux à dire que l'éducation à la santé n'est pas simplement de donner des informations scientifiques mais sont également d'accord pour des approches thématiques. Pour eux, l'approche en ES est massivement thématique et orientée vers la prévention. Les thèmes abordés sont ceux définis par le CESC. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté s'est vu attribuer quatre missions : il contribue à l'éducation à la citoyenneté (la formation aux premiers secours...) ; il prépare le plan de prévention de la violence ; il propose des actions pour aider les parents les plus en difficulté ; il définit un programme d'éducation à la santé, à la sexualité et de prévention des comportements à risques (un programme doit être élaboré dans chaque établissement à partir d'un « diagnostic éducatif »). Il est important de noter que le CESC est présidé par le chef d'établissement et se compose des personnels d'éducation, sociaux et de santé, ainsi que des représentants des personnels enseignants, des parents d'élèves et élèves. Nous pouvons nous demander si cette similarité de vue entre les enseignants et les infirmières ne serait pas aussi l'aboutissement d'une culture commune acquise en CESC ? De la même façon, nous pouvons nous questionner sur les modes d'entrées privilégiés : tabac, drogue, prévention du sida, etc. Ne seraient-ils pas un obstacle à une approche globale de la santé du jeune en construction ? Cette approche thématique, si elle présente l'intérêt d'être très lisible en terme d'affichage, reste cependant très parcellaire et n'autorise que peu une personnalisation de l'information. Car la difficulté est là aussi : toucher plus efficacement les jeunes en prenant en compte leurs préoccupations et leurs valeurs et non pas seulement celles des objectifs des adultes.

Enfin, pour le rapport d'activité de fin d'année des infirmières, il est demandé de renseigner les statistiques du programme « SAGESSE » (Système Automatisé GESTion Santé Etablissement) installé depuis 2001 dans toutes les infirmeries des établissements scolaires. Le livret d'utilisation donne les consignes suivantes : « *Pour les actions éducatives, le menu permet d'accéder à la saisie des actions éducatives menées au cours de l'année scolaire. Ces activités font nécessairement référence à un thème prédéfini dans l'application, par exemple prévention du suicide. Elles peuvent être associées au projet établissement défini par vous-même. Ces activités sont menées soit par l'infirmière seule soit avec l'intervention d'une association.* ». Au regard des injonctions contenues dans la notice, nous constatons que la définition thématique de l'éducation à la santé est liée à son évaluation en nombres d'actions pour un nombre d'élèves que les infirmières doivent renseigner dans SAGESSE. Tout le processus d'évaluation du travail - et nous connaissons son importance dans l'éducation

nationale - repose sur cette approche thématique. Les outils d'évaluations contribueraient-ils à influencer le système de conception des infirmières en leur proposant une évaluation sur un seul modèle ?

Les difficultés peuvent également tenir à d'autres raisons, entre autre la question des contenus spécifiques. Par exemple, l'éducation à la sexualité renvoie à l'intimité de la personne, domaine que les infirmières devraient aborder plus facilement de par leur identité professionnelle de soignant en relation avec le corps. Il n'en demeure pas moins que la dimension éducative leur est difficile. Partir des représentations et préoccupations des élèves pour construire avec eux une démarche éducative requiert des compétences pédagogiques qu'elles ne possèdent pas forcément, ce qui les met en difficulté. Lange et Victor (2007)³⁴¹ expriment clairement cette difficulté de posture et des contenus qui renvoient à l'intime : « *L'éducation à la santé et à la sexualité présente donc un contenu particulier qui la situe au cœur d'un conflit d'intérêts : ceux de la personne et ceux de la société, ceux qui relèvent de l'intime et ceux portés par la santé publique. La nature même des savoirs pose problème* ». Le repli vers une approche biomédicale centrée sur l'apport d'informations biologiques autour des mécanismes de reproduction permet l'économie d'un inconfort, lié à la difficulté d'accompagner les adolescents sur les questions vives, parfois fortement controversées. Le recours que nous avons constaté à l'évocation au respect des convictions religieuses vient renforcer cette analyse.

Les infirmières paraissent cependant très conscientes des limites de ces approches thématiques et introduisent la dimension du développement des compétences psychosociales dans leurs actions. Elles travaillent au-delà de la simple information (78,6 %) et abordent l'estime de soi (77,9%), la relation à l'autre (71,2%), le rapport à la Loi (71,1%). Cette volonté de renforcer « *l'empowerment* » des élèves passe par un renforcement de l'auto-efficacité ou, comme le décrit Bandura³⁴², « *le sentiment d'auto-efficacité personnel* ». Aucune étude en France n'a évalué l'efficacité d'intervention des infirmières dans ce domaine. Seuls, en 2010, Kvarme³⁴³ et al. ont montré l'efficacité de projets destinés à augmenter l'auto-efficacité des élèves de 12-13 ans après une participation à des interventions en groupe menées par des infirmières scolaires.

³⁴¹ Lange, JM., Victor, P., (2010), « Vers l'élaboration d'indices, mesures de l'efficacité de l'éducation au développement durable en milieu scolaire » Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, septembre 2010.

³⁴² Bandura, A. (2003), Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

³⁴³ Kvarme, L., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., & Natvig, G. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1389–1396. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010. 05.001.

Pour conclure provisoirement, nous pouvons constater une nouvelle fois ce paradoxe épistémologique qui met les infirmières en situation de proposer des approches thématiques fondées sur des logiques d'enseignement et en même temps des approches socioconstructivistes autour du sentiment d'efficacité personnelle centrée sur la logique d'apprentissage. Nous pouvons nous interroger alors sur le sentiment d'efficacité personnelle des infirmières qui pourrait sans doute renforcer probablement leur sentiment d'efficacité « *professionnelle* ».

7.3. L'hétérogénéité des rôles et pratiques en l'ES

7.3.1. Les résultats de notre étude :

7.3.1.1. Le travail en CESC :

Dans la régression logistique sur le rôle déclaré en l'ES, le facteur impactant est le fait de travailler en CESC ($p=0,021$) et la pratique d'approche « *globale* » exprimée en ES ($p=0,037$). La majorité des infirmières (86%) déclare mettre en place un travail en ES. Ce travail est effectué principalement dans le cadre d'un projet (54%) inclus dans un CESC (68%) mais aussi de façon ponctuelle (31,6%) (question 2.1d.). Mais paradoxalement, seules 50% parviennent à travailler au sein du CESC (question 2.1.g). Les actions restent très largement tributaires du volontariat et de l'engagement personnel mais aussi des relations établies auprès des collègues et du chef d'établissement (question 2.1.a).

D'autre part, les infirmières déclarant ne jamais travailler au sein du CESC abordent principalement des contenus biomédicaux à l'inverse de celles qui travaillent très souvent dans ce cadre-là et sont proches des contenus liés à la citoyenneté.

Travailler au sein du CESC et être inclus dans l'équipe pédagogique diminuent le sentiment d'isolement et positionnent davantage l'infirmière comme conseiller technique ($p<0,001$). L'ancienneté favorise le travail en CESC ($p=0,001$), ce qui signifie que l'intégration dans l'équipe pédagogique et la communauté éducative ajoutée à la compréhension du système éducatif permettent de tisser les liens nécessaires. La réflexion commune et l'inclusion dans l'équipe pédagogique favorisent le travail en CESC ($p<0,001$).

Une des difficultés majeures des infirmières est le sentiment d'isolement. Ce sentiment d'isolement n'est pas lié à la taille du secteur. Ce sentiment est moindre en collège ($p=0,012$) et en zone urbaine ($p=0,0043$). Corrélé aux pratiques ($p=0,003$), il nous laisse percevoir une posture dysphorique qui n'est pas sans incidence sur l'activité professionnelle. Le travail en

CESC et le travail en équipe permettent de rendre le sentiment d'isolement moins lourd, tout comme le fait de travailler en partenariat.

Le nombre d'élèves de l'établissement a une influence sur le travail en CESC ($p < 0,001$) et sur la mise en place de projets en ES ($p = 0,016$). Plus le nombre d'élèves est élevé moins il y a de travail en projet et en CESC et moins de pratiques en ES.

Il faut également noter que la décision de travail en ES débutant après une réflexion collective engendre un travail en équipe au sein du CESC. La décision du travail en CESC apparaît dépendante du choix des personnes à mettre en œuvre des projets en ES. Ce n'est pas la structure CESC qui détermine la mise en œuvre des projets mais bien la volonté des personnes.

L'ancienneté dans l'éducation nationale favorise l'activité en CESC ($p = 0,001$). Les infirmières entrant dans la profession viennent du système de soins et doivent progressivement se construire professionnellement dans une autre institution et dans une autre culture institutionnelle. La réflexion collective et le sentiment d'être inclus dans l'équipe pédagogique permettent cette évolution.

Le travail en CESC repose sur une conception globale de la santé de l'élève avec comme objectif la promotion de la santé à l'école que l'on retrouve dans le parcours éducatif de santé.

7.3.1.2. Les pratiques et rôles :

Les questions des pratiques et des rôles sont extrêmement imbriquées et interdépendantes. Notre analyse va tenter de mettre en évidence les traits saillants influençant la définition des rôles et des pratiques qui en découlent.

Nous avons choisi de nous pencher d'abord sur les pratiques déclarées révélatrices d'un ensemble de conceptions sous-jacentes. Les infirmières situent majoritairement leurs pratiques (question 2.2) proches du « pôle éducatif dans une approche globale de l'ES » (60%) et à l'opposé du « pôle information biomédicale » (25%). 15% d'entre elles ne se prononcent pas. Ces résultats posent question dans la mesure où ils sont en contradiction avec les textes officiels qui s'appuient sur une approche globale de l'ES. La difficulté d'identification des pratiques (15% de non réponses) vient conforter notre hypothèse d'incertitude et de flou sur les concepts de promotion et d'ES. La pratique étant la résultante d'un ensemble de savoir, de représentations sociales et de conceptions individuelles d'un

métier, ce point d'achoppement dans la compréhension des textes et des concepts les sous-tendant traduit des difficultés dans la conception du rôle de l'infirmière en ES (question 2.4).

Concernant leur rôle, notre population se situe d'avantage du côté du pôle « animateur auprès des élèves » (71,4 %) que du pôle « conseiller technique pour les projets mis en œuvre » (16,8%). Les infirmières considèrent ainsi majoritairement que leur rôle en ES est « d'agir » et de « faire » de l'ES auprès des jeunes. Ce positionnement met en avant l'impérieuse nécessité d'action qui prend le dessus sur la posture d'accompagnement qu'implique le rôle de conseiller technique : nous sommes dans la situation d'incertitude similaire à celle que nous avons constatée au sujet des conceptions. L'école est le lieu de l'enseignement où la légitimité professionnelle se situe dans le fait d'enseigner des contenus parfois complexes à des groupes d'élèves. Par contre, la posture de conseiller technique dans le domaine de la santé renvoie à une posture d'accompagnement des professionnels de l'enseignement (les maitres) pour qu'ils acquièrent des compétences en ES. Nous retrouvons le clivage décrit précédemment entre la logique d'enseignement et la logique d'apprentissage. Nous remarquons la difficulté de posture pour les infirmières entre la prescription de se positionner comme conseiller technique dans l'accompagnement alors qu'elles sont beaucoup plus à l'aise du côté du « faire » dans l'animation des groupes. Cette hétérogénéité dans la définition de leur rôle reflète l'incertitude des conceptions sous-jacentes.

Il faut cependant nuancer notre propos. Lorsque l'animation est conduite par un binôme « infirmière / enseignant », nous avons une incidence probante sur les pratiques déclarées ($p < 0,001$), avec une approche plus globale que biomédicale. Cette posture est plus criante quand l'établissement est en Réseau d'Education Prioritaire. Contrairement à l'étude de Jourdan et al. (2002)³⁴⁴ sur les enseignants du premier degré, le fait de travailler en ZEP n'influe en rien la pratique en ES mais impacte fortement le rôle déclaré en ES. Les infirmières qui travaillent en Réseau d'éducation prioritaire se positionnent davantage comme conseillères techniques ($p = 0,005$).

De plus, nous observons un glissement des approches biomédicales vers une approche plus globale. Nous n'observons pas ce constat lors d'autres binômes. Il semblerait que travailler sur des projets dans des interventions communes avec des enseignants soit la meilleure façon de transformer les pratiques des infirmières scolaires et les amener à un rôle de conseiller technique. Se décentrer de leurs conceptions est primordial et s'établit au contact des pédagogues. Les infirmières développent davantage des approches globales en travaillant

³⁴⁴ Jourdan et al. (2002). *Jam. Cit.*

avec les enseignants alors qu'elles se positionnent plus dans une perspective biomédicale lorsqu'elles travaillent avec les associations ou d'autres personnels.

Un autre facteur influençant fortement la définition du rôle que se donne l'infirmière scolaire (conseiller technique/ animateur) est la relation avec le chef d'établissement. Elle influence l'ensemble des relations avec les autres membres de la communauté éducative. L'analyse en composante principale de la qualité de la relation du travail en équipe et du sentiment d'isolement nous montre le lien entre la qualité de la relation avec le chef d'établissement et le sentiment d'isolement. Cette analyse est confirmée par l'analyse factorielle de correspondance du corpus des entretiens. La classe 1 « *penser sa fonction en commun avec le chef d'établissement* » est très proche de la classe 2 « *prendre sa place au travail, en charge de l'infirmierie* ». Ces deux classes sont fortement liées et montrent l'importance du chef d'établissement. La classe 4 « *l'éducation à la santé* » est en opposition avec la classe 3 « *le soin technique et éducatif en lien avec les personnel et soignants* ».

La définition du rôle apparaît ainsi largement déterminée par les choix des chefs d'établissements. C'est une variable importante à prendre en compte à la fois dans la conception des programmes de formation des infirmières, des enseignants et également des chefs d'établissement.

L'analyse croisée avec les différents diplômes obtenus (Diplôme Universitaire, Licence, Master) fait apparaître un lien significatif pour le Diplôme Universitaire avec une pratique plus globale de l'ES ($p < 0,001$). Le diplôme, hors du diplôme d'état d'infirmier, le plus répandu chez les infirmières est le DU et impacte leurs pratiques. La formation est un levier.

Par ailleurs, il existe un lien significatif ($p=0,005$) ainsi les 31% d'infirmières qui déclarent une pratique ont une conception de l'ES liée à une approche globale et les 19,5% d'infirmières qui expriment une pratique ont une conception biomédicale de l'ES. Nous observons un lien significatif entre les définitions et les pratiques déclarées notamment entre ceux qui ont une approche globale qui est liée à un paradigme humaniste et ceux qui ont une approche biomédicale liée avec un paradigme rationnel ($p < 0,0001$). Ces deux groupes distincts constituent deux blocs qui rassemblent la moitié de notre population. L'autre moitié se trouve dans un flou entre des conceptions déclarées et des pratiques qui ne sont pas en adéquation. Nous constatons cependant qu'avec de l'ancienneté et de l'expérience sur leur poste, près d'un tiers des infirmières passent d'une approche biomédicale à l'origine à une

approche plus globale de l'ES, davantage en adéquation à la réalité conceptuelle et théorique de l'ES³⁴⁵.

Il n'en demeure pas moins que presque 50% des répondants ont une difficulté pour déterminer leur posture et que cela influe sur leurs pratiques déclarées et leurs conceptions de l'ES. Ces deux pôles bornent des pratiques soit d'apprentissage soit d'enseignement qui ne sont pas clairement perçues et maîtrisées pour une bonne partie des infirmières qui pourtant disposent des connaissances déclaratives acquises en formation comme nous l'avons montré plus haut. Cela souligne des difficultés importantes sur comment passer de connaissances déclaratives à des connaissances procédurales. Comment passer en formation initiale et continue d'une logique d'enseignement à une logique d'apprentissage favorisant le développement des compétences. Fragilisées par ce flou épistémologique et conceptuel, les infirmières se réfugient dans le stéréotype de l'enseignant. Les connaissances et les représentations professionnelles des infirmières se calent sur le modèle enseignant et donc la transmission de connaissances. Or, l'ES pour être efficace repose sur un modèle socioconstructiviste basé sur l'apprentissage tel qu'ont pu nous aider à le penser Develay (1994)³⁴⁶ ou Houssaye (1993)³⁴⁷ et les concepts d'interaction de tutelle selon Bruner (1983)³⁴⁸.

Dans la continuité de cette identification à l'enseignant, l'analyse des pratiques déclarées montre que les actions en ES sont très souvent limitées à des séquences pédagogiques puisqu'elles ne sont intégrées à un projet que dans 54 % des cas. Le démarrage du travail est peu conditionné par une démarche collective (40%) ou un événement extérieur (10%), mais par une décision individuelle de l'infirmière (69%) en lien aux projets décidés au CESC. Pour les infirmières, c'est donc leur rôle de stimuler et d'initier des projets en ES auprès de la communauté éducative, ce qui est stipulé dans leurs missions. Mais paradoxalement, la manière d'intervention la plus utilisée est la séquence en demi-classe avec des outils pédagogiques pour permettre le débat afin de solliciter une réflexion du groupe pour transformer les comportements avec l'aide de partenaires externes (92%) ou des enseignants (87%). Nous sommes dans un dispositif pédagogique similaire à la pratique ordinaire de la classe, s'inscrivant dans la logique de l'enseignant. Mais cette pratique fondée sur l'action

³⁴⁵ Tones, K., Tilford, S. (2001). Health promotion: Effectiveness, efficiency, and equity. (Chapman Hall, London).

³⁴⁶ Develay, M. (1994), L'apprentissage, l'enseignement et la pédagogie différenciée Le Nouvel Educateur n°56, février 1994.

³⁴⁷ Houssaye, J. (1993). «Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation pédagogique». in. La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui. Paris : ESF.

³⁴⁸ Bruner, J-S. (1983) Le développement de l'enfant. Savoir-faire, savoir dire, textes traduits et présentés par Deleau Michel, avec la collaboration de Michel Jean. Presses Universitaires de France, 2011.

d'enseigner pose plusieurs problèmes en ce qui concerne la santé. En effet, dans le champ de l'éducation à la santé, l'information n'est pas suffisante pour permettre une modification des comportements. Certes, l'accès à l'information est déterminant, mais c'est une illusion que de penser qu'il soit suffisant. Cette mise en œuvre massive nous démontre la pratique prégnante de l'éducation sanitaire propre à l'approche biomédicale.

La conception du rôle déclaré en ES (animateur/conseiller technique), ne semble pas avoir de lien significatif avec les contenus abordés, avec les conceptions déclarées en ES et avec les formations. Ceci traduit une nouvelle incertitude sur la définition du rôle professionnel de l'infirmière.

Les analyses que nous avons effectuées confirment l'influence de la conception de l'ES sur la pratique qui en découle. L'analyse discriminante des pratiques déclarées en ES sur la base d'une ACP sur les conceptions (Q1 à Q25) nous montre que les groupes liés à des pratiques du registre biomédical se situent en opposition aux groupes se rapprochant des méta-variables qui sous-entendent une approche globale ($p < 0,001$). Par contre, l'analyse discriminante des pratiques déclarées et les contenus traités met en avant une incohérence entre pratiques déclarées et contenus. Par exemple, certaines répondantes déclarent se positionner dans des pratiques biomédicales et pourtant déclarent travailler sur les CPS. Nous retrouvons ici les difficultés à se situer sur les concepts d'approche biomédicale et d'approche globale et à relier les contenus s'y référant. Ces confusions renforcent encore le flou conceptuel autour de l'ES.

La régression logistique sur la variable « les pratiques déclarées de l'ES » nous montre l'impact des définitions données de l'ES notamment l'approche globale ($p = 0,003$), du fait d'être « pas ou peu d'accord » avec « l'ES vise principalement à donner des informations scientifiques » (Q6) ($p = 0,003$) et le rapprochement avec les questions de l'environnement (C7) ($p = 0,008$).

Pour conclure, la conception du rôle est largement déterminée par les pratiques et le travail avec les différents acteurs et partenaires.

7.3.2. Les pratiques de l'ES dans la littérature scientifique

La littérature confirme nos résultats et nous indique que les actions restent très largement tributaires du volontariat et de l'engagement personnel. Ce sont semble-t-il ces deux éléments qui favorisent les projets en ES comme en témoigne Toussaint (2006)³⁴⁹ :

« Lorsqu'une infirmière et une assistante de service social sont attachées à un seul établissement, ce binôme est souvent l'élément fédérateur d'une équipe et le moteur d'une dynamique qui permet de construire un projet autour de la promotion de la santé au sein du CESC. C'est donc logiquement dans le second degré que ces professionnels sont les plus impliqués dans les actions d'éducation à la santé. Par contre, les infirmières sont moins impliquées directement dans le premier degré du fait que l'organisation sectorielle leur attribue un secteur géographique étendu. ».

Ce constat se retrouve dans l'étude de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP)³⁵⁰. Ainsi, sur cet échantillon, 69% des coordonnateurs des CESC sont des infirmières et dans 13% des cas les adjoint(e) du chef d'établissement.

Nos résultats montrent que le nombre d'élèves par établissement a un lien significatif avec la mise en place de séances en éducation à la santé ($p=0,016$), plus il y a d'élèves moins il y a de séances d'éducation à la santé, Ce que nous confirme Batt (1999)³⁵¹ dans son enquête. 70% des infirmières de l'Académie de Rennes déclarent qu'elles ne peuvent pas assurer l'ensemble de leurs missions dans la mesure où la charge de travail est trop lourde. Il semblerait que cet argument soit aussi déterminant dans notre population. L'étude de Schaffer et al (2015)³⁵² montre également que le nombre d'élèves impacte significativement les « *schools nurses* » sur leurs pratiques (moins de pratique pour les infirmières en charge de plus de 2000 élèves).

Les Inspecteurs généraux de l'Éducation nationale (2006)³⁵³ soulignent implicitement cette implication personnelle et la fragilité des dispositifs mis en place :

³⁴⁹ Toussaint, JF. (2006). Rapport Stratégies Nouvelles de Prévention (Commission d'Orientation de Prévention présidée par le Dr Jean-François Toussaint) 15 Décembre 2006 Ministère de la Santé et des Solidarités.

³⁵⁰ Ministère de l'éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. Note d'information de la DEPP11.17/ Décembre /2011 France.; François Alluin ; Chi-Lan Do. p 2/6. <http://www.education.gouv.fr/cid58688/l-education-a-la-sante-dans-les-etablissements-du-second-degre.html> site consulté le 12/2/2017

³⁵¹ Batt. A. (1999). Enquête sur les infirmier(e)s de l'Académie de Rennes Santé publique 1999, Volume 11, no 4, pp. 493-501.

³⁵² Schaffer, M A. Anderson, L. Rising, S. (2015) The Journal of School Nursing Vol 32, Issue 3, pp. 195 – 208 First published date: September-24-2015

³⁵³ Mamecier. A. (2004) « Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège n° 2004-003 » Rapport ministère de l'éducation nationale.

« L'organisation d'actions d'éducation à la santé relève le plus souvent d'un noyau de personnels pluri catégoriels associant les professionnels de santé qui en sont souvent le pivot, des enseignants de diverses disciplines (et pas uniquement ceux dont l'enseignement les prédestine à ces actions), des personnels d'éducation, de documentation, des personnels techniques, etc. Chacun apporte alors, en fonction de sa place, de sa mission dans la communauté, des ressources qui facilitent grandement la mise en œuvre d'actions éducatives à la santé. »

Ils remarquent que la participation au CESC repose sur un noyau motivé certes mais qui a souvent du mal à se développer dans la communauté éducative et qui finit par connaître un phénomène de lassitude. Malgré cela, la forte motivation des infirmières pour l'éducation à la santé (note moyenne : 8,3) est bien supérieure à celle des enseignants (6.9)³⁵⁴. Le fait que l'ES prenne essentiellement une dimension informative sous forme de séquences de classe, et non une dimension globale dans le cadre d'un projet, y est également mis en évidence. L'enquête CFES-SOFRES, réalisée en 1989³⁵⁵, celle de Jourdan (2002)³⁵⁶ et celle de Miglioretti (2013)³⁵⁷ soulignent le fait que l'approche « éducative » de l'ES est également minoritaire chez les enseignants.

Grace à l'analyse des contenus abordés, cette conception transparaît aussi dans les pratiques. Ces dernières restent très influencées par le modèle d'enseignement ordinaire. Cette absence de différence s'explique par la formation initiale des infirmières autour d'une conception biomédicale de la santé et de la faiblesse des formations en éducation et promotion de la santé. Notons cependant que la formation des enseignants est en train d'évoluer notamment dans une perspective d'approche globale de la santé à l'école avec « *le parcours éducatif de santé* »³⁵⁸ qui implique résolument les enseignants comme organisateurs principaux des démarches d'ES et qui positionne les infirmières comme conseillères techniques. L'ES n'est pas une nouvelle discipline scolaire ni une matière à enseigner mais un ensemble de démarches et d'actions visant à protéger, prévenir et éduquer les élèves dans une approche holistique de la santé. Les priorités ainsi définies doivent mobiliser la communauté éducative dans le respect des rôles respectifs de chacun et dans une concertation continue. Nous sommes donc dans une conception de l'ES prônant une logique curriculaire prenant en

³⁵⁴ Jourdan D. & Al. Jam. Cit.

³⁵⁵ Ménard C. (1989) Les enseignants et l'éducation pour la santé. Paris : CFES ; 1989.

³⁵⁶ Jourdan (2002).Jam. Cit.

³⁵⁷ Miglioretti (2013). Jam. Cit.

³⁵⁸ Ministère de l'éducation nationale. (2016) Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. circulaire du 28 janvier paru au BOEN du 4 février 2016.

http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990 site consulté le 20/05/2016

compte la dimension globale de la santé de l'élève dans une visée résolument éducative. Il ne s'agit pas de mettre en œuvre des actions ponctuelles mais bien une approche pluridisciplinaire, pluri catégorielle dans une visée éducative concertée entre les différents partenaires de la communauté éducative tout au long de la scolarité des élèves.

7.4. L'impact de la formation sur les conceptions, rôles et pratiques déclaratives de l'ES

7.4.1. Les résultats de notre étude :

Dans les entretiens semi-directifs, les infirmières soulignent l'absence de formation en éducation à la santé. Elles sont pourtant 68,2 % à déclarer avoir reçu une formation dans ce domaine dans l'étude quantitative. 35% l'ont suivie en formation initiale et 43% en formation continue. Dans ce dernier cas, elles citent avoir été formées par le plan de formation académique à 65,4% ; par un partenaire externe à 26% ; à l'occasion d'un stage d'établissement à 10% et par un autre moyen à 8% (formation universitaire, colloques, CNED). Les infirmières ayant reçu une formation travaillent significativement plus en ES que leurs collègues ($p < 0,001$).

La formation montre également un lien fort avec le fait de mettre en œuvre des séances avec les enseignants ($p = 0,008$). Par contre si la formation est effectuée par un partenaire externe alors le lien est plus important pour un travail avec des partenaires externes. Ce double constat est intéressant et vient renforcer l'analyse que nous conduisons sur la fragilité des conceptions de l'ES, des rôles et des pratiques. Il semblerait que les relations créées lors des formations orientent les pratiques mises en œuvre par les infirmières. Lorsque les formations ont lieu au sein de l'éducation nationale avec les différents membres de la communauté éducative, on assiste à une augmentation et un renforcement des actions avec les enseignants et lorsque les formations ont lieu avec des partenaires extérieurs le constat est le même autour du développement d'actions avec des partenaires extérieurs. L'appui apporté par la formation vient en quelque sorte rasséréner les infirmières. Elles recherchent ainsi une validation externe à leurs pratiques reproduisant ainsi la situation hospitalière où le médecin expert valide et prescrit les actes de l'infirmière. Cette recherche d'étayage peut également se comprendre par le sentiment d'isolement relativement important de la population étudiée en opposition au travail collectif de la pratique hospitalière usuelle.

Par ailleurs, nous remarquons un lien entre la formation continue et le sentiment d'isolement. Ce ressenti augmente après la formation et encore plus lorsque la formation est assurée par

des partenaires externes. En effet, la variable « avoir eu une formation continue » dispensée par un partenaire extérieur sur des contenus thématiques accentue le sentiment d'isolement ($p=0,001$) et renforce la pratique du partenariat externe ($p=0,001$). Après la formation par des partenaires externes, le décalage s'accroît avec les dimensions éducatives et l'équipe enseignante. L'infirmière a le sentiment d'être seule compétente et souhaite être reconnue sur cette compétence en rupture le plus souvent avec l'équipe enseignante. La question du recours à ces formateurs externes au champ scolaire mais spécialistes sur des thématiques de santé, se pose. Est-ce que ce recours à des prestataires extérieurs spécialisés sur les approches thématiques ne constitue pas un obstacle majeur à l'approche globale pluridisciplinaire et transdisciplinaire ? Ceci est confirmé par l'analyse discriminante du travail au sein du CESC et son lien avec la formation.

En effet, nous constatons que ces formations, souvent issues du plan académique de formation des personnels administratifs, techniques, de santé, sociaux et proposées par des partenaires externes, ne sont pas favorables au travail au sein du CESC, car trop éloignées des préoccupations du corps enseignant et du milieu scolaire. En fait, lorsque les infirmières se forment, elles deviennent de plus en plus des spécialistes de thématiques de santé souvent liées à la prévention primaire d'une maladie ou d'un risque, qui ne se sont pas la plupart du temps des sujets prioritaires du milieu scolaire. Elles s'estiment alors mal comprises par les enseignants, se retournent donc vers des partenaires externes pour justifier leur légitimité et s'éloignent encore plus de la communauté éducative. La question de la formation par les partenaires spécialisés se pose expressément. La formation par des formateurs spécialistes externes renforce le décalage avec la réalité du contexte scolaire à l'inverse des formations internes qui renforcent le travail partenarial avec les enseignants.

L'analyse discriminante des formations en ES avec le sentiment d'isolement montre que moins les infirmières ressentent un sentiment d'isolement plus elles demandent de la formation. Ainsi plus les infirmières travaillent avec les équipes éducatives plus elles souhaitent de la formation. Nous formulons l'hypothèse que le travail au contact des enseignants permet aux infirmières de se rendre compte de l'écart entre la conception et prescription de l'ES et sa mise en œuvre pratique en lien avec le reste de la communauté éducative et notamment sur le plan pédagogique. En témoignent les résultats suivants, les infirmières ayant eu des formations continues en éducation à la santé avec les enseignants ne sont pas ou peu d'accord avec la conception qui positionne les CPS comme une priorité de l'éducation à la santé. Les CPS sont en effet très largement promues par les partenaires du

milieu de la santé, externes au milieu scolaire. Pourtant, nous constatons une demande massive de formation en CPS, concept peu fondé scientifiquement, étranger au milieu scolaire. Le développement des CPS fait l'objet de programmes proposés par des spécialistes en dehors de l'école et apparaît comme l'introduction d'une discipline nouvelle en classe. Les infirmières ayant suivi ce type de formation souhaitent légitimement les décliner dans l'exercice professionnel. Ceci met l'infirmière dans une position paradoxale et la positionne comme spécialiste disciplinaire en concurrence avec les disciplines traditionnelles qui légitiment l'enseignement scolaire, renforçant ainsi la fragilité de la posture infirmière.

Majoritairement, le besoin d'une formation en ES est ressenti par 72,5 % de notre population. La demande principale concerne le domaine de la psychologie et des compétences psychosociales (61,6%), les méthodes et démarches pédagogiques en ES (54,1%), les liens entre savoirs, savoir-faire et savoir-être en ES (53,4%) et les témoignages d'actions réalisées dans d'autres établissements (52,1%). Il y a donc une perception claire de carences et une identification précise des besoins de formation pour mieux répondre aux exigences de l'exercice professionnel et aux prescriptions des textes officiels.

L'analyse discriminante des formations et de l'ancienneté à l'éducation nationale fait apparaître que les infirmières ayant le moins d'ancienneté sont le plus en demande de formation continue, en opposition aux infirmières ayant le plus d'expérience professionnelle. Ce résultat est paradoxal eut égard à la mise en place des formations « *des stages d'adaptation à l'emploi* » par les rectorats pour les infirmières à la suite de leur réussite au concours de recrutement. Il semblerait que les formations « *initiales d'adaptation à l'emploi* » ne répondent que très partiellement aux besoins de formations générés par le changement radical de l'exercice d'un métier très différent de la pratique hospitalière classique.

De même, l'analyse discriminante du besoin de formation « *sur le travail en partenariat* » et des conceptions (Q1 à Q25), montre que celles qui expriment un besoin de formation autour du travail en partenariat se situent autour des thématiques abordées par le groupe aux conceptions floues de l'ES. Par contre, nous notons que celles ne considérant pas la formation sur le travail en partenariat comme prioritaire sont logiquement proches de celles développant des conceptions autour d'une approche globale et citoyenne. Apparemment, les notions conceptuelles complexes tel que le partenariat posent problème et confortent l'idée d'une grande fragilité des infirmières sur l'articulation des textes officiels et leur exercice professionnel.

D'un autre côté, l'analyse discriminante des contenus, du besoin de formation et de la place de l'éthique dans le travail des infirmières, confirme les besoins très prioritaires de formation. Cependant, cette demande provient des infirmières qui travaillent très souvent en CESC et proches des contenus liés à la citoyenneté. Nous savons que ces infirmières sont celles qui sont dans une approche globale et se soucient de l'éthique qui en relève. Cette demande de formation en éthique exprime clairement un autre type de difficulté dans la posture professionnelle sur des contenus qui renvoient à l'intime. Dans l'analyse discriminante complémentaire, nous observons que les demandes de formation sur la place de l'éthique en l'ES sont prioritaires pour les infirmières ayant eu des formations continues.

Une autre analyse discriminante du besoin de formation sur la prise en charge collective des actions et projets en ES révèle le lien avec les personnels ayant eu des formations en ES et montre ainsi l'utilité des formations permettant d'approfondir des notions complexes (mise en projet, éthique, pédagogie) peu familières et peu ou pas traitées dans les cursus initiaux. Pourtant, nous savons que la formation des infirmières, nouvellement nommées, dispensée par les partenaires externes ou internes, aborde ce type de contenus. Cette demande de formation démontre la difficulté à mettre en pratique ces notions rencontrées dans les textes officiels de l'éducation nationale. Leur difficulté est de savoir comment passer de connaissances déclaratives à des connaissances procédurales.

L'analyse discriminante du besoin de formation en pédagogie en lien avec les conceptions montre que les infirmières qui expriment un besoin très prioritaire de formation autour de la pédagogie en ES sont celles qui considèrent que l'ES les concernent autant que les enseignants. La question est de savoir si cette demande est issue des infirmières ayant une approche globale, pluridisciplinaire et transdisciplinaire de l'ES ou bien des groupes d'infirmières qui désirent renforcer leur maîtrise et leur posture « *d'enseignante spécialiste de l'éducation à la santé* » fondées sur le sentiment d'être compétente et souhaitant être reconnue sur cette compétence ?

Cette question de la formation est majeure car c'est un levier puissant pour que les infirmières évoluent sur leurs conceptions, leurs rôles et leurs pratiques en ES et pour qu'elles puissent être plus efficaces dans le champ de l'ES et de la promotion de la santé. La double approche qualitative et quantitative montre l'importance de l'expérience professionnelle acquise qui modifie structurellement les conceptions de l'ES, la conception du rôle et les pratiques des infirmières de l'éducation nationale. Cette évolution continue (cf. ACP et analyses discriminantes) montre également la fragilité des systèmes de conceptions

des débutantes qui doivent construire une nouvelle professionnalité en rupture avec ce qui fondait l'exercice professionnel en milieu hospitalier autour du soin et de l'exécution de tâches prescrites. Le sentiment d'isolement exprime peut-être ce temps difficile d'adaptation à leur nouveau milieu professionnel où elles se retrouvent seules et non plus en équipe comme dans le milieu hospitalier dont elles sont principalement issues. De plus, l'école n'a pas pour fonction première de soigner les élèves qui ne sont, par conséquent, pas des patients mais bien de les conduire grâce à l'enseignement de disciplines à une citoyenneté la plus éclairée possible. L'ES et la promotion de la santé en milieu scolaire ont pour mission d'agir principalement sur les facteurs de santé, en particulier sur les conditions de réussite des élèves, et sur leurs compétences pour accéder à un niveau de littératie leur permettant de faire les choix les plus réfléchis et nécessitent un ensemble de compétences sur les dimensions pédagogiques et éducatives peu abordées en formation initiale.

C'est donc tout à fait compréhensible que d'être déstabilisé dans l'organisation de ses systèmes de représentations professionnelles³⁵⁹ lorsque ces derniers sont fondés sur l'exécution de tâches dans le contexte fortement hiérarchisé du milieu médical et que l'on se retrouve plongé dans un autre milieu favorisant au contraire l'initiative et la responsabilité personnelle et confronté à l'incertitude des procédés et des procédures. Il est bien difficile de protocolariser, au sens médical du terme, une séquence d'ES ou un dispositif de promotion de la santé. De la même façon, l'obligation de résultat n'est pas du tout la même et parfois très peu liée au moyen mis en œuvre. Mesurer l'efficacité d'une action médicale (injection, effets d'une prescription, réaliser un soin) est plus aisé que d'évaluer l'impact d'une action éducative où le feed-back sur la pratique est beaucoup plus complexe et laisse des zones d'incertitude qui peuvent être très dérangeantes.

Les règles de fonctionnement du système éducatif sont très différentes du milieu hospitalier et nécessitent une adaptation qui peut s'avérer parfois complexe et difficile. Ainsi les systèmes de relations au sein des établissements sont souvent complexes. Le rôle, la fonction et les missions du chef d'établissement, des équipes de direction (adjoints et CPE) sont davantage orientés vers des dimensions éducatives, vers l'enseignement et la réussite scolaire des élèves plutôt que vers les thématiques de santé. Ils s'intéressent globalement peu à ces questions sauf lorsqu'elles sont des obstacles à la réussite scolaire ou des facteurs de risques

³⁵⁹ Cardot, J-P. (2011), *Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : analyse des représentations et identité professionnelle*. Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II; Clermont Ferrand 2, 2011. Français.

encourus par les élèves. Ils se situent majoritairement dans les conceptions biomédicales de l'ES et de la promotion de la santé³⁶⁰.

L'injonction faite par les textes et les formations de prise de poste aux infirmières est de promouvoir une approche globale de la santé dans une perspective holistique autour du bien-être de l'élève. D'emblée, elles sont mises en situation paradoxale d'avoir à mettre en œuvre des missions dans un contexte qui ne les prévoit pas spontanément. Ainsi, les chefs d'établissement demandent l'application des textes officiels mais ne donnent pas toujours les moyens de développer une politique d'établissement autour des questions d'ES et à la citoyenneté. Les infirmières font alors souvent « du chiffre » en alignant des actions thématiques qui ont le mérite de la visibilité et de la lisibilité. Ainsi, l'infirmière se retrouve mandatée sur une mission d'éducation à la santé, que peu d'enseignants veulent investir, avec une nécessité d'agir pour démontrer son professionnalisme. Pour accomplir sa tâche, elle va solliciter des partenaires extérieurs spécialisés qui par des outils ou des projets lui permettront de rendre visible ses actions. Le paradoxe de cette posture conduit certaines infirmières à disposer de conceptions fondées sur une approche globale de l'ES mais en même temps de développer des pratiques dans le registre biomédical sous forme de diffusion d'informations thématiques avec des partenaires extérieurs spécialisés qui ne sont pas des professionnels de l'éducation.

7.4.2. L'impact de la formation en ES dans la littérature scientifique

La littérature sur l'impact des formations des infirmières scolaires n'est pas prolix. Ces évaluations observent l'impact de la formation sur des conceptions mais peu sur les pratiques déclarées. Nous trouvons des évaluations sur les formations initiales des infirmières mais hélas peu sur les formations continues et leurs impacts. Pourtant, l'incidence de la formation en ES est démontrée chez les enseignants dans l'enquête de l'équipe de Jourdan³⁶¹ et dans les travaux du Haut comité de Santé Publique³⁶²: Orban (1993)³⁶³ précise également qu'« *il s'agit du facteur qui pèse le plus significativement sur la pratique et le sentiment de compétence. C'est un élément important puisque Tortu et Botwin ont souligné le rôle de la formation des enseignants dans le développement des programmes de prévention et que Hausman et Ruzek ont montré l'intérêt de la formation dans le sentiment de préparation des*

³⁶⁰ Rapport Mamecier (2004) Jam. Cit.

³⁶¹ Jourdan et al. (2002). Jam. Cit.

³⁶² Haut comité de Santé Publique. (1996) La santé en France. Paris : La Documentation Française.

³⁶³ Orban, M. (1993) Prévention globale des assuétudes, quelle place pour la prévention dans les écoles ? Enquête auprès des enseignants. Liège : CERES.

enseignants. Les travaux d'Orban, en Belgique, ont mis en évidence le fait que les enseignants mettent la formation comme première condition à la prise en charge des activités de prévention. »

Macleod Clark et al. (1998)³⁶⁴ nous indiquent que les étudiants en soins infirmiers sont aussi confus au sujet des termes « éducation à la santé » et « promotion de la santé ». Ceci est confirmé par Liimatainen et al. (2001)³⁶⁵ dans leur étude portant également sur les étudiants infirmiers et par Chambers et Narayanasamy³⁶⁶ sur des infirmières récemment diplômées. Longtin et al. (2006)³⁶⁷ nous révèlent que l'un des facteurs freinant la pratique de promotion de la santé pour les infirmières est, entre autre, le manque de formation comme c'est le cas dans notre étude. Ces derniers nous expliquent aussi que les formations « *placeraient au second plan l'apprentissage des bases théoriques utiles au développement des connaissances et habiletés nécessaires pour intervenir sur les déterminants de santé* ». Adams et Mc Carthy (2016)³⁶⁸ nous expliquent que plus les infirmières sont diplômées plus elles sont autonomes et plus elles s'investissent en promotion de la santé. Ces résultats nous confirment ce besoin de formation continue alors que nous constatons le peu d'impact des formations initiales. Mais n'oublions pas que l'objectif de la formation initiale vise principalement le soin auprès des malades et la « *réduction des facteurs catégorisés sur le modèle biomédical de la pathogénèse* » (Hardy, 2014)³⁶⁹. Ce qui nous paraît saillant dans ces recherches, c'est la difficulté d'évaluer l'impact des formations continues dans le domaine de l'éducation à la santé. Ceci apparaît comme une tâche complexe due à la difficulté d'une approche évaluative longitudinale qui permettrait d'évaluer les impacts dans la durée et sur l'observation directe des pratiques pour en mesurer l'évolution. Cette question de l'évaluation est pourtant primordiale si nous voulons que les formations aient un impact un changement sur les conceptions, les représentations et les pratiques.

³⁶⁴ Macleod Clark, J. Maben, J. (1998) Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses. Health Education Research, 13, 185–196.

³⁶⁵ Liimatainen et al. (2001), Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education Health Education Research, Volume 16, Issue 1, 1 February 2001, 33–48, <https://doi.org/10.1093/her/16.1.33> site consulté le 13/3/2017

³⁶⁶ Chambers, D., Narayanasamy, A. (2007), A discourse and foucauldian analysis of nurses health beliefs: implications for nurse education. In Nurse Education Today, doi:10.1016/j.nedt.2007.03.009.

³⁶⁷ Longtin, M. et al. (2006) « L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière », Recherche en soins infirmiers, vol. 87, no. 4, 2006, 4-15.

³⁶⁸ Adams, S., McCarthy, AM. (2005) *Evidence-Based Practice and School Nursing* in The Journal of School Nursing Vol 21, Issue 5, 258 – 265 First published date: 2005.

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10598405050210050301> site consulté le 18/4/2017

³⁶⁹ Hardy, AF. (2014), « Développement professionnel infirmier en pro motion de la santé », Recherche en soins infirmiers, vol. 118, no. 3, 2014, 75-84.

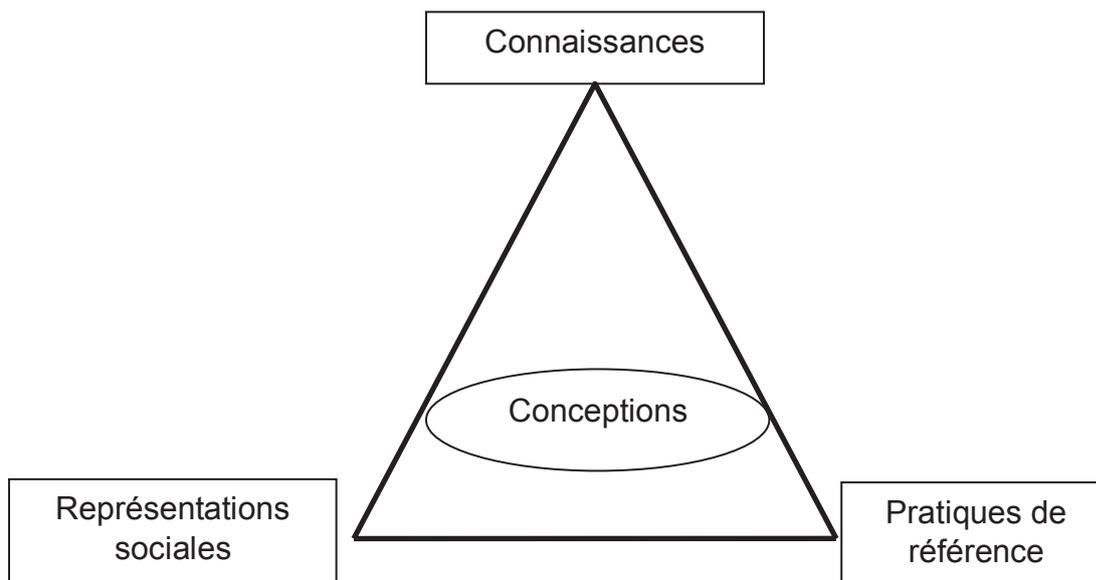
Pour terminer, nous avons synthétisé dans le tableau suivant les principaux résultats de notre étude. Nous avons pu déterminer deux systèmes de conceptions chez les infirmières répondantes : un premier construit autour d'un modèle biomédical de la santé et un second groupe autour du modèle humaniste.

Tableau 51 : Synthèse des deux groupes ressortant de notre population étudiée

| Les infirmières aux conceptions et pratiques biomédicales de l'ES | Les infirmières aux conceptions et pratiques humanistes de l'ES |
|---|---|
| Approche biomédicale | Approche globale |
| Les plus jeunes avec moins d'ancienneté à l'éducation nationale. | Les plus âgées avec le plus d'ancienneté à l'éducation nationale. |
| Un sentiment d'isolement plus élevé | Pas de sentiment d'isolement |
| Travaillent peu en CESC | Travaillent le plus souvent en CESC |
| Rôle d'animateur auprès des élèves | Rôle de conseiller technique pour projets auprès des pédagogues |
| Travaillent avec les associations | Mettent en œuvre des séances en ES avec les enseignants |
| Travaillent plutôt de « façon ponctuelle » | Travaillent plutôt sous « forme de projet en lien avec le territoire à la suite d'une réflexion collective » |
| Apportent des informations avec une approche thématique. | Ont une approche fondée sur la citoyenneté et les CPS |
| Abordent des contenus biomédicaux en santé, les aspects biologiques avec les partenaires externes | Abordent des contenus diversifiés contextuels et sociétaux associant les élèves dès la conception et à la réalisation des projets |
| Ne sont pas en Réseau d'éducation prioritaire | Sont plutôt en Réseau d'éducation prioritaire |
| Pas d'autre diplôme que celui d'infirmière | Ont plus souvent un autre diplôme universitaire |
| Sont très en demande de formation continue | Besoins de formation sur la place de l'éthique |
| L'ES est principalement l'affaire des parents | L'ES les concerne autant que les parents et les enseignants |
| Les convictions religieuses et/ou politiques comme obstacles en ES | Les convictions religieuses des élèves doivent être respectées |
| Difficulté relationnelle avec la hiérarchie, ne se sentent pas incluses dans l'équipe pédagogique | De bonnes relations avec la hiérarchie et se sentent incluses dans l'équipe pédagogique |
| Travaillent plutôt en lycée et en milieu rural | Travaillent plutôt en collège et en zone urbaine |
| Nombre d'élèves élevé | Nombre d'élèves plus faible |

Le schéma, élaboré par Cardot et al. (2012)³⁷⁰, sur le lien entre les conceptions, les connaissances et les pratiques nous aide à mieux identifier les mécanismes en œuvre.

Figure 87 : les conceptions comme la résultante de l'interaction entre les connaissances, les représentations sociales et les pratiques (élaboré par Cardot et al. (2012)).



Si les connaissances sont similaires pour les deux groupes comme le montre notre enquête, les systèmes de représentations sociales et les pratiques diffèrent. Nous avons vu que ce sont les infirmières les plus jeunes et recrutées depuis peu qui utilisent le modèle biomédical. Fortement marquées par leur formation initiale et la culture hospitalière du soin, elles sont davantage dans le « faire », dans l'action. Déstabilisées par leur immersion dans la culture scolaire, elles se sentent isolées, en difficulté et développent des pratiques d'intervention en classe fondées sur la représentation sociale dominante de l'enseignement. Elles abordent principalement des contenus biomédicaux en référence aux risques supposés courus par les élèves, en utilisant des prestations extérieures de spécialistes des thématiques traitées. En opposition, les infirmières disposant d'une expérience plus développée en milieu scolaire, mettent en œuvre des pratiques d'accompagnement des équipes pédagogiques et de partenariat dans la conception et réalisation de projets. Elles abordent plus les contenus contextuels et sociétaux, en associant les élèves dans la conception et la réalisation des

³⁷⁰ Cardot, J-P. Berger, D. (2012), Formateurs en éducation à la santé : un outil d'analyse des conceptions. Revue Spirale n° 50.167-180.

projets. Elles se disent bien incluses dans l'équipe pédagogique et ont de bonnes relations avec la hiérarchie.

Il semblerait que l'évolution des conceptions des infirmières soit liée à la durée de leurs expériences professionnelles qui leur permettent ainsi de muter d'une approche biomédicale à une approche humaniste. Cette évolution des conceptions, en fonction de l'ancienneté de service et de l'expérience professionnelle acquise au contact des équipes pédagogiques, influe également sur les contenus abordés. Ce sont donc les pratiques et le contact avec les équipes pédagogiques qui font évoluer les systèmes de conceptions des infirmières. C'est la rencontre avec la culture scolaire, au sens de Perrenoud (1990)³⁷¹, qui déstabilise les conceptions initiales des infirmières nouvellement nommées en service infirmier de l'éducation nationale et les oblige à se recomposer. Cette transformation amène ensuite une évolution des représentations sociales et sans doute de leurs représentations professionnelles au sens de Cardot (2012)³⁷².

Des pistes de recherche s'ouvrent ici. La première concerne l'évaluation de l'impact des formations initiales et continues, la seconde pourrait porter sur une approche systémique de mécanismes de communication et de management des CESC en œuvre au sein des établissements (nous avons souligné l'importance du rôle du chef d'établissement).

7.5. Perspectives

La méthodologie utilisée (méthode mixte) ne permet d'accéder qu'à ce qui est déclaré et non aux pratiques observées, notre analyse tient compte de ce biais et reste prudente quant à la signification quantitative et qualitative des données.

Les infirmières disposent de connaissances largement partagées sur l'éducation à la santé et promotion de la santé en milieu scolaire mais qui ne se traduisent que partiellement dans les systèmes de conceptions individuelles et dans les pratiques déclarées. Ce paradoxe peut constituer un obstacle à la mise en œuvre des politiques de promotion de la santé en milieu scolaire et contribue à des difficultés dans la construction d'une posture professionnelle infirmière en milieu scolaire.

³⁷¹ Perrenoud, P. (1990), Culture scolaire culture élitaires? Revue Coordination n° 37, 21-23, repris dans Perrenoud, P. (1996), La pédagogie à l'école des différences, ESF, Paris.

³⁷² Cardot (2012). *Jam. Cit.*

Perry et al. (2012)³⁷³ démontrent que l'infirmière de l'école joue un rôle important en tant que membre ou consultant auprès des équipes scolaires pour l'accompagnement des élèves. Les infirmières scolaires sont des « *défenseurs*³⁷⁴ *de la santé des étudiants* » et constituent souvent « *une source d'information principale* » pour les élèves. Par conséquent, elles jouent un rôle clé dans la promotion de la santé (Lockwood-Rayermann et al., 2009)³⁷⁵. L'infirmière scolaire appartient au champ de la santé publique où les études de population sont une priorité de recherche. Les activités professionnelles des infirmières scolaires non directement liées au soin (étude de santé publique, promotion de la santé, ES, travail en équipe et en concertation avec la communauté scolaire) sont peu prises en compte dans leur charge de travail. L'évaluation des tâches qui ne sont pas directement liées aux soins aux élèves et la formation doit également être prise en compte dans la charge de travail totale. Nous avons montré précédemment les particularités du logiciel SAGESSE qui évalue le travail des infirmières scolaires de France. Pour Chabot et al. (2010)³⁷⁶, les infirmières travaillant dans les établissements de soins sont reconnues avec plus de respect et de valeur et, inversement, les infirmières scolaires isolées des collègues dans un milieu dont la préoccupation première n'est pas le soin sont bien moins reconnues. Les entretiens le montrent pleinement.

Les tâches liées à l'éducation à la santé sont difficilement quantifiables comme pourraient l'être des actes infirmiers classiques. Comment les prendre en compte sur leur temps de travail ? Par ailleurs, il est bien difficile d'évaluer l'impact d'actions éducatives sur une population notamment lorsque ces actions visent à modifier structurellement des systèmes de conceptions et des comportements de population. Percevoir l'efficacité du travail est beaucoup plus complexe et induit un sentiment important de doute dans un contexte où les prescriptions des textes officiels et des demandes des chefs d'établissements sont parfois très présentes. Selon Endsley (2016)³⁷⁷, les infirmières de l'école ont besoin d'une méthode cohérente d'évaluation de la population et d'outils adaptés ainsi que des formations sur les relations appropriées avec les personnels et les facteurs de l'environnement scolaire.

³⁷³ Zirkel, PA., Grantham, FG., Lovato, L. (2012), *The Pivotal Position of the School Nurse* The Journal of School Nursing Vol 28, Issue 6, 423 – 432 First published date: May-31-2012.

³⁷⁴ Dans une conception anglo-saxonne, les infirmières portent « le plaidoyer de la promotion de la santé »

³⁷⁵ Lockwood-Rayermann, S. McIntyre, SJ. (2009), *Understanding HPV Disease and Prevention: A Guide for School Nurses* The Journal of School Nursing Vol 25, Issue 4, 261 - 269 First published date: April-10-2009.

³⁷⁶ Chabot, G., Godin, G., Gagnon, M.-P. (2010), *Determinants of the intention of elementary school nurses to adopt a redefined role in health promotion at school*. In *Implementation Science* : IS, 5, 93.

<http://doi.org/10.1186/1748-5908-5-93> site consulté le 19/2/2017

³⁷⁷ Endsley, P.(2016), *School Nurse Workload A Scoping Review of Acute Care, Community Health, and Mental Health Nursing Workload Literature*, The Journal of School Nursing Vol 33, Issue 1, 43 – 52.

Une des difficultés majeures des infirmières est le sentiment d'isolement. Ce sentiment d'isolement n'est pas lié à la taille du secteur. Ce sentiment est moindre en collège et en zone urbaine. Le travail en CESC et le travail en équipe permettent de le rendre moins lourd, tout comme le fait de travailler en partenariat. Corrélé aux pratiques, il laisse percevoir une posture dysphorique qui n'est pas sans incidence sur l'activité professionnelle.

La relation avec le chef d'établissement joue un rôle extrêmement important, largement confirmé dans la littérature scientifique^{378,379}, notamment dans son influence sur les systèmes de relation avec les autres membres de la communauté éducative. Nous pouvons établir que c'est en fonction du rôle que lui laisse prendre le chef d'établissement que l'infirmière va se situer dans un rôle de soignant ou d'éducateur-soignant.

Pour Pommier (2005)³⁸⁰, dans l'évolution d'une formation biomédicale, le besoin d'adapter sa pratique par les échanges avec les autres professionnels permet d'appréhender l'importance des déterminants de la santé et de découvrir des approches, démarches et outils complémentaires à son approche médicale de la santé. Il s'agit véritablement de changer de posture professionnelle dans la perspective de promouvoir et de mettre en œuvre la politique de santé en faveur de tous les élèves scolarisés par des actions d'éducation à la santé³⁸¹ et non plus de dispenser des soins sous ordonnance.

Berthon (2004)³⁸² nous explique ce qui se construit à ce niveau :

« Le rôle propre introduit responsabilité, initiative, autonomie Il est censé modifier les compétences attendues, lorsqu'il est envisagé en terme d'autonomie du métier et de construction d'une nouvelle identité professionnelle.

Les infirmières se sentent écartelées entre ces deux grandes tendances : accomplir des actes techniques et accompagner la vie des jeunes. Qualifiées de professionnelles de santé, entrant dans la catégorie des professions intermédiaires, elles tentent de faire reconnaître la diversité de leurs missions que ce soit en termes de soins ou de secteurs d'exercice. En effet,

³⁷⁸ Broussouloux (2016). Jam. Cit.

³⁷⁹ Derouet, J.L., Normand, R. (2014), La question du leadership en éducation : perspectives européennes. Academia l'Harmattan (Louvain-la-Neuve), 299, 978-2-8061-0175-4.

³⁸⁰ Pommier, J. (2005) « de la médecine à l'éducation pour la santé » Santé de l'homme, n°377, 23-25.

³⁸² Berthon, I. (2004). Éduquer le patient, des compétences infirmières au carrefour du soin et de la pédagogie. Santé Publique, vol. 16, (2), 363-371. doi:10.3917/spub.042.0363.

l'infirmier(e) est traditionnellement désigné(e) par l'approche humaine de la personne malade et sa pratique habituelle désigne une compétence de travail technique (par l'intermédiaire d'outils) en articulation étroite avec le travail médical. Aujourd'hui, il y a donc rupture avec la définition traditionnelle de l'infirmier(e) et en même temps difficulté voire impossibilité de mettre en œuvre ce rôle propre d'éducateur à la santé. »

Cette ambiguïté sur le rôle et la posture de l'infirmière scolaire se traduit également dans notre échantillon. Pour qu'il puisse y avoir une reconnaissance effective des soins infirmiers comme tels, les infirmières d'aujourd'hui, en formation initiale, sont formées autour de l'idée que les soins infirmiers sont l'expression et l'accomplissement d'un service spécifique dans certaines circonstances de la vie des gens, service qui n'est pas couvert par d'autres groupes professionnels et sous ordonnance. Ceci amène un certain nombre d'infirmières scolaires de notre échantillon à répondre que l'ES à l'école est principalement l'affaire des médecins, assistants sociaux et infirmières. Cette conception, si elle les rassure sur le plan de leur identité professionnelle orientée autour du soin, les met pourtant en délicatesse vis-à-vis de la communauté éducative dont la priorité n'est pas le soin. Elles signifient ainsi qu'elles ne se situent pas dans la communauté éducative. Elles se sentent isolées, ne travaillent pas en Cesc et proposent des séquences en prévention primaire orientées autour de thématiques de santé publique.

C'est dans leur exercice professionnel dans les établissements que les infirmières rencontrent le problème de l'autonomie, au cours des multiples activités et interactions qu'elles doivent gérer. En réalité, le positionnement des infirmières en milieu scolaire oscille entre une relative autonomie d'exécution et un rôle subalterne lui-même tributaire d'une organisation institutionnelle et du pouvoir d'autres partenaires. Ainsi, la difficulté des infirmières à être autonomes a pour origine à la fois des freins personnels et les exigences de l'environnement (administration, enseignants, emploi du temps).

Les infirmières disposent de connaissances théoriques, mais il leur est difficile aujourd'hui, avec la complexité des interférences, de discerner ce qui relève du choix personnel ou des obligations, dans la mesure où différents facteurs se superposent. Le rôle du contexte est déterminant. Cette autonomie, par ailleurs, n'est pas aisée. Elle implique une responsabilité accrue dans la conception même du métier, de ses tâches et missions comme des responsabilités qui y sont liées. Nous sommes dans une situation radicalement différente de celle liée à l'exercice hospitalier fortement hiérarchisé et « protocolisé » où tout est défini

clairement et confère à l'infirmière une posture subalterne. Elles exécutent des prescriptions. En milieu scolaire, il s'agit de piloter des projets, de mettre en place des parcours et des curriculums dans un environnement mouvant, sur des contenus qui sont souvent des questions vives sur lesquelles les savoirs scientifiques sont eux-mêmes en débat (Lebeaume, 2008 ; Lange et Victor, 2010). Ainsi, la demande de formation qui apparaît dans l'étude se situe principalement autour des compétences pédagogiques. Elle traduit une conscience claire des particularités du métier et montre que pour les infirmières, c'est sans doute la voie la plus à même de développer une culture commune avec les enseignants.

Pour Kerneur (2004)³⁸³, la formation continue des infirmières qui a pour objectif de leur permettre d'être un référent santé en matière de prévention et d'éducation à la santé est « *très disparate voire inégale* » et « *ne permet pas toujours de préparer l'infirmière à appréhender la spécificité du milieu scolaire* ». Cette formation est organisée par les centres académiques de formation de l'administration (Cafa) au niveau de chaque rectorat et son hétérogénéité semble traduire cette difficulté à se situer entre un pôle éducatif et un pôle curatif lié à la formation initiale. Ces formations d'initiatives académiques ne sont pas encadrées par des textes précis et laissées à l'aléa des compétences locales.

Pour Kerneur (2004), il est indispensable que les infirmières bénéficient d'un socle commun de formation, dispensé lors du stage d'adaptation à l'emploi, leur permettant ainsi de mieux comprendre la nouvelle posture professionnelle à construire dans l'Education nationale. L'entrée dans l'Education nationale nécessite une formation à la dimension collective du système éducatif, à la prévention, à l'éducation à la santé et à sa dimension globale, avec une programmation cohérente et pertinente en moyen et qualité.

*« Trop d'infirmières envisagent leurs missions dans une optique de services plutôt que de programmes. Elles sont invitées à participer à un diagnostic communautaire par leurs rôles de référent de santé tant dans le domaine individuel que collectif. Elles doivent se former aux connaissances nouvelles en santé, à la recherche, à l'interprétation des données épidémiologiques, développer la démarche participative et l'approche globale en éducation à la santé. »*³⁸⁴

La demande de formation des infirmières est massive pour pouvoir construire une posture professionnelle nouvelle et permettre un travail en partenariat afin d'établir un lien

³⁸³ Kerneur, C. (2004), La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. D.JOURDAN. in éditions universitaires du sud 2004. 277-283.

³⁸⁴ Kerneur (2004). Jam. Cit.

permettant une culture commune d'éducation à la santé. Ces formations pourraient s'articuler avec les enseignants et les conseillers principaux sous forme de modules communs au sein des ESPé dans le cadre des UE « Education et promotion de la santé » des Masters Métiers de l'Enseignement, de l'Éducation et de la Formation (MEEF).

L'éducation à la santé est entre pédagogie et didactique, entre sujet et savoir³⁸⁵. La transmission de savoirs, de savoir-faire et de savoir être est un enjeu déterminant en ES. Les infirmières disposent d'un savoir scientifique et ce n'est pas leur rôle que de faire la classe. Elles n'y sont pas formées et ne sont pas expertes des apprentissages. C'est pour cette raison qu'elles souhaitent travailler avec les enseignants et qu'elles demandent des formations pour apprendre les méthodes et démarches pédagogiques en ES. Mais pour garder cette spécificité professionnelle d'expert scientifique, il faut pouvoir se dégager du « *comment faire* » et s'interroger davantage sur la dimension éthique pour se rapprocher des « acteurs » qui créent les conditions d'une articulation entre les savoirs scientifiques, les savoirs « profanes », les désirs des personnes, le contexte et les valeurs de santé qu'elles entendent « promouvoir ».

Les modèles vont façonner conceptions et pratiques. Selon quelles modalités ? Quelles dynamiques ? Ils constituent un ensemble structuré autour de savoirs, médicaux et éducatifs, de normes, de valeurs ; ils incluent aussi un système de représentations : du corps, de la santé, du rôle à tenir.

Travailler en partenariat pour éduquer à la santé nécessite que chaque membre connaisse et explique aux autres membres ce qu'est son propre champ de compétences et, donc, ce qu'est la limite de ses interventions. Pingoud³⁸⁶ décrit les différentes compétences que l'infirmière scolaire peut être amenée à mobiliser dans l'exercice de la profession (sur le plan des connaissances et des savoirs ; sur le plan des savoirs psychologiques ; sur le plan des savoir-faire pratiques ; sur le savoir-faire cognitif) sur le champ d'activité au carrefour de trois univers :

- Le domaine de la profession est l'univers de référence, porteur de valeurs et producteur de normes, de savoirs et de compétences qui orientent l'action des professionnels. Le système scolaire est le cadre dans lequel 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

³⁸⁵ Berger et al. (2009). *Jam. Cit.*

³⁸⁶ Pingoud, K. (2004). *Elaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire. Santé Publique*, vol. 16, (2), 225-238.

participants de cet univers organisé qui possède sa propre hiérarchie, ses règles de fonctionnement formelles et informelles, ses contraintes et ses espaces de liberté. Les infirmières sont ainsi appelées à coopérer avec d'autres professionnels. Elles doivent se situer (trouver leur place) dans un ensemble de rôles et de statuts parfois très éloignés de leur univers professionnel de référence.

- Par ailleurs, comme système éducatif, l'école est en même temps investie de diverses fonctions notamment pédagogiques et didactiques auxquelles les infirmières participent, même si, au départ, la valeur et l'objectif qui fondent leur action (la santé des élèves) n'est pas directement scolaire.

- La troisième dimension est le champ psycho relationnel de la relation de leur population cible. Les infirmières agissent avec et sur des personnes, traitent leur corps, 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 population cible, ainsi que ses comportements relatifs à la santé et à la maladie. L'évolution du rôle et des pratiques des infirmières liées aux changements sociétaux et au changement des paradigmes de référence (surveiller la santé des élèves devient veiller avec eux et leur famille à leur santé ; l'éducation pour la santé évolue vers la promotion de la santé) les amène à se confronter à des difficultés de plusieurs ordres et à la nécessité de disposer de conceptions précises sur leur rôle et leurs compétences.

La question de l'adéquation de leur formation est alors posée et son évolution vers une plus grande spécificité de l'étude du champ d'activité, d'un approfondissement des problématiques liées au contexte scolaire et d'un développement du professionnalisme s'est rapidement imposée. Elles contribuent, en partenariat avec les autres professionnels et la population concernée, à la définition et à la mise en œuvre de projets de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de l'école, dans une perspective d'action communautaire. Néanmoins, la formation en ES pose de nombreux problèmes quant à ses objectifs, son public, son insertion dans la formation professionnelle et ses modalités en particulier en formation initiale.

Ces difficultés trouvent leur source, entre autres, dans le fait que la formation professionnelle initiale reste problématique sur ces questions malgré les changements de programmes de formation en 2009, lors de la mise en œuvre du processus LMD dans les formations infirmières et la reconnaissance au niveau « Licence » du diplôme d'état infirmier, et même si une plus grande place a été faite aux soins éducatifs et à la promotion de la santé. Actuellement, la formation initiale est en train d'évoluer et envisage des masters en pratiques avancées. Dans ce cas, les infirmières, recrutées par l'éducation nationale pourraient passer un Master.

Nos résultats montrent que cette formation doit favoriser une réflexion approfondie sur la posture et l'éthique pour permettre le développement des pratiques dites du « care » de prévention et d'éducation à la santé en lien à la perspective holiste. Ce « care » prend tout son sens dans l'éthique de l'éducation à la santé. Le « care », selon Roux-Lafay (2014)³⁸⁷ renvoie donc à une attention bienveillante, à travers le soin porté à l'autre : « *La posture de l'éducateur est bien cette attitude prévenante, mais pour autant de mise à distance critique, de manière à ce que l'élève ne soit pas face à des injonctions paradoxales intolérables* » la question qu'elle pose est comment « *promouvoir éthiquement des normes de vie tout en respectant la liberté du sujet* »... « *L'éducateur peut ainsi faire advenir chez l'élève le statut d'un sujet qui s'autorise à être l'auteur de sa santé* ». Cette posture est complexe. Les infirmières pourraient aider leurs collègues enseignants à s'en rapprocher lorsqu'ils animent des séances d'ES. Éduquer à la santé est d'abord un travail pédagogique et éducatif qui nécessite une expertise didactique pour lequel les acteurs les plus experts sont les enseignants mais les infirmières par leur position d'expert sur les questions de santé et de santé publique interviennent de façon complémentaire dans l'accompagnement des projets.

La demande de formation des infirmières est massive pour pouvoir construire cette posture professionnelle et permettre un vrai travail en partenariat afin d'établir un réel lien permettant une culture commune d'éducation à la santé. Nos résultats montrent leur souhait de s'interroger davantage sur les dimensions éthiques pour se rapprocher des acteurs dans le contexte et les valeurs de santé à promouvoir en milieu scolaire.

Les infirmières par leur formation ont une culture de travail en équipe au sein des services de soins. Force est de constater que le travail en équipe^{388,389} pose problème en milieu scolaire et

³⁸⁷ Roux-Lafay, C. (2014), « Education à / pour la santé et éthique du care à l'école », in Éducation, Santé, Sociétés Vol.1:n°1 (2014).

³⁸⁸ Dupriez, V. (2003), de l'isolement des enseignants au travail en équipe : les différentes voies de construction de l'accord dans les établissements, in Halshs-00603511.

ne fait pas vraiment partie de la culture professionnelle des enseignants. S'ils disent travailler en équipe, il n'en demeure pas moins que le travail devant les élèves est essentiellement solitaire que ce soit dans la conception ou la mise en œuvre de situations didactiques et pédagogiques. C'est une différence de culture professionnelle importante entre les enseignants et plus largement tous ceux qui sont issus de ce corps et les infirmières pour qui la collaboration et le travail collectif vont de soi. Si les infirmières peuvent exprimer un sentiment d'isolement, les enseignants n'en ont parfois pas conscience.

Rechercher à l'extérieur du système éducatif le soutien de l'équipe se traduit par une forte attente vis-à-vis des partenaires externes à l'école : aide à l'élaboration de projets et interventions en classe. Jourdan et al. (2002) constatent la même demande pour les enseignants du primaire. Cette dimension d'étayage se retrouve également dans ce qui est exprimé : « pour amorcer le travail et conduire l'enseignant à se sentir mieux assuré » et traduit une incertitude quant à ses possibilités : « l'intervention d'un partenaire au cœur d'un projet de classe est un temps fort important pour la motivation des enfants ». Cet appel à l'extérieur signe une fragilité qui adjointe au sentiment d'isolement présente un contenu parfois dysphorique qui se peut se traduire par des difficultés relationnelles avec le milieu scolaire et un repli des activités professionnelles sur les élèves dans l'accueil à l'infirmerie, induisant ainsi le renforcement de la coupure avec le monde éducatif.

La fonction de conseillère technique auprès des enseignants et des équipes pédagogiques ne va pas de soi. Elle nécessite une formation importante pour mettre l'infirmière en situation de praticien réflexif de l'accompagnement des équipes. Il s'agit d'abandonner temporairement une des caractéristiques de l'infirmière hospitalière, l'action, pour pouvoir prendre le recul nécessaire au conseil scientifique et à l'aide pédagogique. Le professionnel de la prévention n'est pas là pour « faire » de l'ES mais pour apporter son expertise, assurer le lien et soutenir l'action des enseignants par sa compétence spécifique. Il s'agit d'accompagner les équipes et les personnes dans leurs réflexions collectives et individuelles sur des sujets qui leurs sont peu familiers, relevant parfois de l'intime et où les savoirs ont un statut particulier³⁹⁰. Il s'agit de mettre en place les conditions pédagogiques d'un travail sur projets souvent inter ou pluridisciplinaires. En matière de santé, la réflexion préalable est fondamentale ne serait-ce que pour fixer le cadre éthique et éviter une pensée normalisatrice dont on connaît par avance l'inefficacité et les possibilités de stigmatisation.

³⁸⁹ Barrere, A. (2002), les enseignants au travail : routines incertaines, éd. L'harmattan, Paris.

³⁹⁰ Berger, D et al. (2005), les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en ES, la santé de l'homme, n° 377, 33-38.

L'enquête de Jourdan et al. (2004)³⁹¹ montre que le « *Service de promotion de la santé en faveur des élèves* » est aujourd'hui le premier partenaire des enseignants dans le champ de l'ES. Il fait partie intégrante de l'école et apparaît comme un partenaire interne privilégié. Proximité, collégialité ou plus simplement connaissance et apprivoisement mutuel permettent le développement d'un partenariat réel. En ce qui concerne les infirmières, leur formation initiale avant l'obtention du DE puis leur formation continue lorsqu'elles intègrent l'éducation nationale et leur proximité avec les équipes éducatives ont également permis le développement de ces partenariats pour l'éducation à la santé des jeunes scolarisés. Ceci a déjà été observé dans l'étude sur les formations en ES dans les IUFM³⁹² où la Mission de promotion de la santé en faveur des élèves apparaît comme étant le premier partenaire des ESPé. Il s'agit de développer une culture commune en intervenant dans la formation initiale des professeurs. Ces éléments plaident fortement en faveur de la présence de cette mission au sein de l'Education Nationale ; Ménard (1989)³⁹³ était déjà arrivée à la même conclusion.

Ces éléments doivent être complétés par l'étude des obstacles cités par les infirmières qui ne pratiquent pas l'ES. Pour elles, l'obstacle le plus important est le « *manque de temps* » et la « *difficulté à trouver des partenaires* » ainsi que la réaction des collègues et de leur hiérarchie. Viennent ensuite les manques de formation, de matériel mais aussi la difficulté à une nouvelle nomination et /ou sur poste provisoire. La question du manque de temps est directement liée à une représentation de l'ES comme une discipline à part entière dont certaines se sentent investies. L'Education à la santé apparaît alors comme une véritable discipline d'enseignement avec des contenus thématiques arrêtés qu'il conviendrait d'enseigner au même titre que les mathématiques ou la langue nationale. Dans le rapport Mamecier (2004)³⁹⁴ sur l'évaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, les infirmières et les assistant(e)s des services sociaux sont décrits comme « *...chevilles ouvrières des actions éducatives en santé* ». Mais éduquer à la santé est un travail pédagogique pour lequel les enseignants sont missionnés. Cette tâche a été renforcée par la mise en œuvre du parcours éducatif de santé en 2016 ou tout membre de la

³⁹¹ Créé en 1991, qui a évolué en Mission en 2001,

³⁹² Jourdan, D., De Peretti, C., Victor, P., Motta, D., Berger, D., Cogérino, G., Marzin, P. (2004), État des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). In : Billon J. (dir.) L'éducation pour la santé. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.

³⁹³ Ménard, C. (1989). Les enseignants et l'éducation pour la santé. Paris : CFES.

³⁹⁴ Mamecier, A. (2004), Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, Rapport ministère de l'éducation nationale. n° 2004-003.

communauté éducative à sa place avec ses compétences propres. Mais pour cette mise en œuvre, le besoin de formation et d'explicitation des concepts est nécessaire. En effet :

« Comprendre ces conceptions et leurs origines est un stade indispensable pour pouvoir envisager des formations d'enseignants qui puissent faire évoluer leurs conceptions : c'est-à-dire faire évoluer les interactions entre leurs connaissances (celles qu'ils maîtrisent, et celles qu'ils acceptent d'enseigner) et les représentations et pratiques sociales (qui les empêchent souvent d'assumer ces enseignements sur la santé). Ceci est d'autant plus important que les données provenant de la littérature soulignent l'importance de l'implémentation de programmes d'éducation à la santé en milieu scolaire notamment dans la lutte contre les inégalités de santé. »³⁹⁵

Ce parcours a pour objectif de mettre en œuvre un ensemble cohérent de connaissances et de compétences sur la totalité du parcours scolaire de l'élève. Il doit permettre à chaque élève de disposer des connaissances, des compétences et de la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable, d'acquérir un certain nombre de savoir sur les questions de santé (Littératie en santé). La littératie en santé est un des leviers permettant de réduire les inégalités sociales de santé. Selon Van den Broucke (2017)³⁹⁶,

la littératie en Santé est *« la capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à utiliser une information sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche »*.

La question de la littératie en santé apparaît peu dans notre étude. Les infirmières de l'éducation nationale paraissent peu préoccupées par cette question et n'expriment pas de besoin de formation. Une carence manifeste apparaît à la fois dans les connaissances comme dans les pratiques professionnelles. Or, il est nécessaire d'accompagner les enseignants dans ce domaine en les conseillant. Un enseignant, pour être réellement efficace dans l'éducation à la santé, ne peut pas tout faire seul. L'éducation à la santé, par sa nature même comme apport

³⁹⁵ Berger, D. et al. (2010), Education à la santé et à la sexualité : représentations sociales, conceptions individuelles et pratiques d'enseignants de 15 pays. in Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève.

³⁹⁶ Van den Broucke, S. (2017), La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique, in la santé en action Juin 2017 / Numéro 440, éditions Santé publique France.

interdisciplinaire, nécessite une coordination entre les professionnels. Reiss (2001)³⁹⁷ confirme ce propos, en montre la complémentarité et nous explique que certains pays ont des infirmières scolaires qui sont souvent sous-utilisées mais qui pourraient jouer un rôle central dans l'éducation à la santé.

Une étude de Borawski et al. (2015)³⁹⁸, a examiné l'impact différentiel du programme de recherche « *Be proud! Soyez responsable !* » sur le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST). Cette étude compare les résultats lorsqu'il est mis en place par des infirmières scolaires ou des enseignants dans le cadre d'un programme d'études secondaires. Les élèves pris en charge par les enseignants étaient plus susceptibles de déclarer à leur instructeur d'être prêts, à l'aise avec le matériel et convaincus de penser à leur santé, que les étudiants éduqués par une infirmière de l'école. Les deux groupes ont signalé des améliorations significatives des connaissances sur le VIH / IST / préservatifs immédiatement après l'intervention, par rapport aux groupes témoins. Cependant, ceux guidés par les infirmières scolaires ont signalé des changements significatifs et soutenus (jusqu'à 12 mois après l'intervention) dans les attitudes, les croyances et l'efficacité, alors que ceux éduqués par les enseignants ont rapporté beaucoup moins de changements. Les enseignants et les infirmières scolaires sont efficaces pour transmettre l'information sur la santé reproductive aux élèves du secondaire. Enseigner les techniques (par exemple, l'utilisation du préservatif) et les compétences interpersonnelles (par exemple, la négociation) nécessaires pour réduire le comportement sexuel à haut risque nécessite un ensemble de compétences et d'expériences. C'est le binôme enseignant-infirmière qui sera le plus efficace. L'enseignant dispose de compétences spécifiques relatives aux dispositifs pédagogiques et aux stratégies d'apprentissage des élèves, l'infirmière apporte la dimension médicale. Elle peut également répondre à des questions sur des contenus relevant de l'intime qui posent souvent problème aux enseignants. Dans cette étude, il apparaît plus efficace que les enseignants puissent gérer des débats éthiques et des discussions où les problèmes ne sont pas seulement factuels, mais ceux qui concernent les valeurs (par exemple, l'acceptabilité des différentes formes de contraception).

³⁹⁷ Reiss, MJ. (2001), Health Science Education in Primary Schools: Evaluation of procedures and results http://www.academia.edu/29728153/Health_Science_Education_in_Primary_Schools_Evaluation_of_procedure_s_and_results site consulté le 12/01/2017

³⁹⁸ Borawski, E A., Tufts, K.A., Trapl, E. S., Hayman, L., Yoder- Lovegreen, LD. (2015). Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School. The Journal of School Health, 85(3), 189–196. <http://doi.org/10.1111/josh.12234> site consulté le 12/01/2017

Levinson et Turner (2001)³⁹⁹ nous montrent cependant une différence parfois notable entre les enseignants et pointent une différence avec les professeurs de sciences car ils sont généralement moins à l'aise avec la discussion et le débat que les autres enseignants. Ils soulignent également qu'il vaut la peine de prendre en compte les opinions des élèves parce que c'est un moyen important de les respecter. L'argument extrinsèque est que, en prenant les avis des élèves, les résultats souhaités de l'éducation à la santé sont plus susceptibles d'être atteints. Il y a un certain nombre de raisons à cela. D'une part, les élèves sont davantage motivés si leurs points de vue sont pris au sérieux. Cela les amène à s'engager davantage dans les débats et les projets. D'autre part, nous disent-ils, un enseignant doit tenir compte des connaissances, des compétences, des valeurs et des dispositions des élèves. Celles-ci sont plus susceptibles d'être révélés lorsque les élèves sont motivés. L'objectif des débats n'est pas tant de parvenir à un consensus que d'apprendre à écouter les opinions des autres, à développer des compétences argumentatives et à confronter les propres points de vue. Les compétences des enseignants de conduite de projet, de gestion de la classe, de gestion de groupes et de l'organisation du travail des élèves sont le socle qui permet l'intervention en ES auprès des élèves.

Dans le travail partenarial, au sens de Mérini (2009)⁴⁰⁰ avec les enseignants, les infirmières et les médecins scolaires ont la capacité d'identifier les demandes et les besoins de santé des élèves et possèdent l'expertise dans la définition des projets⁴⁰¹.

La planification et l'évaluation des actions de promotion de la santé en prenant en compte les facteurs de risques particuliers, le repérage et le suivi de situations font parties des tâches des infirmières. Elles sont en capacité d'aider au diagnostic et aux besoins de l'établissement par leur technicité en méthodologie de projet et sur le plan des connaissances médicales. L'infirmière accompagne les enseignants, travaille en collaboration avec eux et agit comme personne-ressource en matière d'éducation à la santé dans une démarche de promotion de la santé et de bien-être à l'école ou encore en prévention de comportements à risque (Pizon et

³⁹⁹ Levinson, R., Turner, S., Koulouris, P., Douglas, A., Evans, J., Kirton, A. (2001), The teaching of social and ethical issues in the school curriculum, arising from developments in biomedical research: a research study of teachers in School science review 2001, vol. 82, no300, 97-102 Editor Association for Science Education, Hatfield, ROYAUME-UNI (1919) (Revue).

⁴⁰⁰ Mérini, C., Bizzoni-Prévieux, C. (2009), Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école. Revue Formation et Profession, 2009, 32-35.

⁴⁰¹ Ministère de l'éducation nationale, (2015), Missions des personnels de santé de l'éducation nationale (BOEN n°42 du 12 novembre 2015).

al., 2010)⁴⁰². L'infirmière les conseille en matière de santé, leur fournit du matériel éducatif pour appuyer leur action et actualise aussi les informations dont ils ont besoin pour intervenir efficacement et de façon appropriée auprès des jeunes.

Pour l'*American Evidence-based practices*⁴⁰³, la « Nurse School » doit avoir développé l'expertise nécessaire en relation avec les divers sujets touchant la santé des jeunes. Elle doit aussi connaître les ressources éducationnelles et technologiques disponibles dans le milieu scolaire, et savoir utiliser les ressources communautaires appropriées. Enfin, elle doit agir en synergie et en complémentarité avec les intervenants du milieu scolaire. Il est important que l'infirmière applique efficacement les diverses étapes de la planification des activités d'éducation à la santé (Selekman, 2013)⁴⁰⁴ pour les interventions qu'elle réalise en relation avec d'autres intervenants scolaires. Organiser une activité d'éducation à la santé oblige l'infirmière à adopter une démarche systématique de planification afin de faciliter le processus d'apprentissage. Ainsi, à l'aide de méthodes reconnues, elle procède elle-même ou participe, de concert avec les intervenants du milieu scolaire, à l'évaluation des besoins des jeunes, dans le but de soutenir le développement de compétences personnelles et sociales, en relation avec leur santé et leur bien-être. Puis elle collabore avec les enseignants à la détermination des apprentissages requis et à la formulation des objectifs à atteindre. Ces objectifs doivent être réalistes, mesurables et atteignables.

Pour l'Association Américaine des infirmières scolaires, Lineberry et Ickes (2014)⁴⁰⁵ ont défini la spécificité de l'infirmière scolaire comme « *une pratique spécialisée en soins infirmiers professionnels qui favorise le bien-être, la réussite scolaire la réussite à long terme et la santé des élèves* », démontrant les effets des infirmières scolaires dans les écoles américaines de l'enseignement primaire, tels que la fréquentation scolaire, les résultats scolaires, la conformité à la vaccination, les examens de santé, la prévention de l'obésité, la connaissance de la santé et la satisfaction des parents. Pour Kirchofer et al (2007)⁴⁰⁶, les activités des infirmières scolaires peuvent être conceptualisées dans quatre domaines

⁴⁰² Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C., Berger, D. (2010), « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », Travail et formation en éducation [En ligne], 6 | 2010, mis en ligne le 18 janvier 2011,

⁴⁰³ Adams, S. (2009), Use of Evidence-Based Practice in School Nursing JOSN, Vol. 25 No. 4, August 2009 302-313.

⁴⁰⁴ Selekman, J. (2013), School Nursing: A Comprehensive Text by the National Association of School Nurses (NASN)

⁴⁰⁵ Lineberry, J., Ickes, L. (2014), The Role and Impact of Nurses in American Elementary Schools in The Journal of School Nursing Vol 31, Issue 1, 22 – 33, 10.1177/1059840514540940 (NASN, 2010).

⁴⁰⁶ Kirchofer, G., Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A. and Ritchie, M. (2007), "Elementary School Parents'/Guardians' Perceptions of School Health Service Personnel and the Services They Provide". Journal of School Health, 77: 607–614.

majeurs : (a) la promotion de la santé et prévention des maladies, (b) le triage et le traitement des problèmes aigus (par exemple, les blessures et les maladies infectieuses), (c) la gestion des conditions chroniques et (d) le soutien psychosocial. De plus, les auteurs démontrent que les écoles disposant d'un service infirmier ont des mesures de qualité meilleures en matière de compréhension de la lecture, de réussite en mathématiques et de fréquentation que les écoles sans infirmières ($p < 0.05$). Les infirmières scolaires fournissent également de « *l'éducation aux enseignants* » sur d'autres aspects de la santé tels que la nutrition, encouragent les enseignants à mettre en place des programmes de nutrition dans leurs classes, dans un modèle de conseiller technique.

Adams (2009)⁴⁰⁷ montre que l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes (EBP : Evidence Based Practices) entraîne une utilisation efficace des ressources, des résultats améliorés et l'élimination des pratiques inefficaces. Pour les infirmières, l'étude met en avant une nécessité de soutien et d'étayage, de formation et de leadership, ce que nous confirment nos résultats. Nous retrouvons le sentiment d'isolement, la nécessité de formation, et l'importance du rôle du chef d'établissement. L'intégration des pratiques fondées sur des données probantes reste cependant complexe au niveau français dans la mesure où le concept de données probantes reste très médical et concerne principalement les questions épidémiologiques et de santé des populations. Il n'y a pas à notre connaissance de réel consensus dans le champ éducatif.

⁴⁰⁷ Adams, S. (2009). *Jam. Cit.*

CONCLUSION

Notre travail exploratoire, pour comprendre les fondements sur lesquels s'appuient les pratiques professionnelles des infirmières scolaires, se veut enrichir la relative pauvreté des publications sur la question de la promotion et de l'éducation à la santé en milieu scolaire et du rôle particulier des infirmières de l'éducation nationale mobilisant une méthodologie mixte sur le sujet. La complexité de notre objet de recherche nous amène à une grande prudence dans nos résultats et nécessite sans doute des études complémentaires. Nous avons essayé d'accroître les savoirs sur ces professionnelles pour mieux identifier leurs besoins et construire des dispositifs de formation adaptées. L'objectif étant d'améliorer leurs pratiques professionnelles pour leur permettre de mieux exercer leurs missions au service des élèves et de contribuer de façon plus efficace à la réduction des inégalités de santé par la réussite de tous.

Notre recherche vise à mieux comprendre comment les systèmes de conceptions individuelles s'articulent à des connaissances et des organisations de représentations sociales qui conduisent à mettre en œuvre des pratiques professionnelles. Nous avons pu établir un profil des conceptions, représentations et pratiques en ES des infirmières scolaires françaises qui nous permet de répondre à notre problématique : En quoi les conceptions individuelles des infirmières de l'EN constituent-elles des systèmes de représentations sociales et influent-elles sur les pratiques déclarées et la mise en œuvre de dispositifs de promotion et d'éducation à la santé en milieu scolaire ?

Les résultats nous permettent d'avancer que les conceptions individuelles de la santé et de l'ES constituent un véritable ensemble de représentations sociales professionnelles qui agissent sur les pratiques professionnelles déclarées de notre population. Le constat le plus marquant est sans doute l'homogénéité importante des connaissances. La quasi-totalité des infirmières sont capables d'évoquer l'ensemble des concepts relatif à l'ES et à la promotion à la santé en milieu scolaire tels qu'ils sont présentés par les textes officiels régissant leur profession. Il n'en est pas de même lorsque l'on se penche sur la question des conceptions individuelles de la santé, de l'ES et de la promotion de la santé, de leur rôle et de leurs pratiques professionnelles.

Nous avons montré l'hétérogénéité des conceptions en ES portées par notre population. Ces conceptions se structurent en deux grands ensembles s'articulant entre un pôle orienté vers une déclinaison biomédicale de l'exercice professionnel et un pôle davantage centré sur des

pratiques éducatives. Ces conceptions sont fortement influencées par l'exercice professionnel au sein de l'éducation nationale. C'est le travail avec les équipes pédagogiques dans le cadre de projets concertés qui permet le passage d'un système de conceptions biomédicales largement imprégné par la formation initiale sanitaire et le milieu hospitalier en référence à la maladie et aux soins à un système de conceptions orienté vers une dimension sociale et éducative de la santé et de l'ES. Les pratiques collectives permettent aux infirmières de sortir d'un sentiment d'isolement dû à leur formation médicale initiale qui trouve difficilement sa place en milieu scolaire. Il s'agit pour elles de s'adapter à un métier nouveau nécessitant un ensemble de compétences professionnelles qu'elles acquièrent au quotidien dans la rencontre avec les équipes éducatives. Il semblerait que l'évolution des conceptions des infirmières soit liée à la durée de leurs expériences professionnelles qui leur permettent ainsi de muter d'une approche rationnelle à une approche humaniste. Cette évolution en fonction de l'ancienneté de service influe également sur les contenus abordés et les postures. Ce que nous confirment Hoekstra et al. (2016)⁴⁰⁸ dans leur étude. Cette récente recherche révèle que le rôle de l'infirmière scolaire en Angleterre est très diversifié. Le rôle de ces infirmières scolaires dans l'éducation pour la santé a aussi évolué au fil du temps, allant de l'enseignement de la santé sanitaire à l'éducation à la santé avec une approche globale, en passant par le conseil et le soutien aux écoles, ainsi que la mise en place de ressources pour les enseignants. Les infirmières scolaires ont aussi indiqué qu'elles sont dans une position unique pour avoir un impact direct sur la santé et le bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille.

Nous constatons également la carence des formations institutionnelles d'adaptation à l'emploi qui ne les accompagnent que très partiellement dans cette évolution et ne leur permettent pas pleinement de percevoir la complexité du métier d'infirmière scolaire à la croisée du médical et de l'éducatif. La déstabilisation provoquée par l'immersion du soignant, qu'elles sont initialement, dans le milieu éducatif, les conduit dans un premier temps à se replier sur les pratiques qu'elles pensent maîtriser le plus, à savoir une approche biomédicale thématique, renforçant encore davantage l'inadéquation de la réponse professionnelle et augmentant encore leur déstabilisation. 50% de la population enquêtée se retrouve dans cette situation. Par leur posture professionnelle de spécialiste de la santé, un sentiment d'isolement peut être fortement présent. En revanche, lors d'un rapprochement

⁴⁰⁸ Hoekstra, B., Young, V., Eley, C., Hawking, M., McNulty, C. (2016), School Nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: a qualitative study. Article in *BMC Nursing* 15(1) · December 2016 <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0194-y> visité le 17/06/2017

partenarial avec les enseignants, il sera bien moindre et permettra une approche plus globale de l'ES. Par contre, n'oublions pas une partie de notre population est dans un flou conceptuel et avec des pratiques paradoxales, ce qui les met en tension. Ces infirmières sont en besoin criant de formation et de management pour leur permettre sereinement d'accomplir leur mission en promotion de la santé avec une approche holistique telle qu'elle est définie dans leurs circulaires. La totalité de la population étudiée souhaite des formations adaptées leur permettant de se construire des compétences professionnelles en relation avec les missions définies par les textes.

Notre première hypothèse est donc confirmée concernant l'hétérogénéité des conceptions et leur double orientation entre un pôle biomédical qui conduit à un exercice professionnel de même type et un pôle davantage centré sur les pratiques éducatives. Cette double polarité a des incidences significatives sur la conception du métier d'infirmières scolaires, sur les pratiques professionnelles et sur les besoins de formation exprimés. Ces derniers sont particulièrement éloquents. Les infirmières avec le moins d'expérience professionnelle et recrutées depuis peu sont à la recherche de formations thématiques de type biomédical auprès de spécialistes extérieurs à l'institution pour accroître leurs connaissances médicales et mettre en œuvre des séquences d'information portant sur des questions médicales alors que les plus expérimentées recherchent des formations communes avec les membres de la communauté éducative et portant sur le partenariat et la pédagogie de projet.

Notre deuxième hypothèse est également confirmée. Nous avons constaté que les infirmières disposent de connaissances largement partagées sur l'éducation à la santé et la promotion de la santé en milieu scolaire mais qui ne se traduisent que partiellement dans les systèmes de conceptions individuelles et dans les pratiques déclarées. Ceci fait ressortir ce paradoxe qui constitue un obstacle à la mise en œuvre des politiques d'éducation à la santé et de promotion de la santé en milieu scolaire et donc obère la construction et la mise en œuvre des projets d'éducation à la santé. Les infirmières, malgré des connaissances en ES partagées, n'arrivent pas toutes à faire évoluer leurs conceptions initiales biomédicales et ont ainsi beaucoup de difficulté à se situer professionnellement dans la culture scolaire et à adopter les pratiques professionnelles attendues par ce milieu scolaire. Nous avons montré cette ambiguïté sur le rôle et la posture de l'infirmière scolaire qui se traduit également dans le système de relation établi autour des questions de santé au sein des établissements. Les textes existent mais parfois les demandes des chefs d'établissements et la place des infirmières n'est pas explicite pour tous. A la décharge des infirmières, ce flou de posture et d'attente des autres personnels

de l'éducation en lien avec leurs propres représentations amène une certaine partie de notre population à tâtonner et pour certaines à se réfugier dans des pratiques archaïques. Cette difficulté dans la posture demande aide et formation pour que ces collègues puissent trouver la place qui leur est dévolue. Les formations continues avec l'ensemble de la communauté éducatives sont un levier majeur pour permettre une évolution favorable.

Notre étude montre la nécessité de former les infirmières scolaires à l'accompagnement des enseignants, au travail collaboratif avec eux et à se positionner comme personne-ressource en matière d'éducation à la santé dans une démarche de promotion de la santé. La littérature nous montre que c'est le binôme enseignant-infirmière qui est le plus efficace.

La question de la littératie en santé n'apparaît dans notre enquête comme une des préoccupations manifestes. La littératie semble absente à la fois dans les connaissances comme dans les pratiques professionnelles. Or, la question de la littératie et de sa maîtrise de santé est un déterminant important de la santé permettant de réduire les inégalités sociales de santé. Il apparaît donc nécessaire de former les infirmières sur cette question pour qu'elles puissent accompagner les enseignants dans ce domaine. Cette question de la littératie en santé et de son acquisition en milieu scolaire est complexe car elle touche bien au-delà du développement des compétences psychosociales la question de penser l'ES comme une discipline « scolaire » à part entière. Ceci pose la question d'une didactique de l'ES à l'école, au collège et au lycée et de la programmation des contenus dans le temps, dans une perspective curriculaire qui n'est pas sans évoquer le parcours éducatif de santé.

Pour répondre à la demande prégnante d'accompagnement de la mise en place du parcours éducatif de santé, la formation en littératie de santé et d'explicitation de ces concepts, des infirmières et des enseignants, est une réponse adéquate pour répondre à cet objectif. Il s'agit de développer une culture commune entre tous les professionnels de la communauté éducative gravitant autour de l'élève. Ce parcours éducatif de santé a pour objectif de mettre en œuvre un ensemble cohérent de connaissances et de compétences sur la totalité du parcours scolaire de l'élève. Il doit permettre à chaque élève de disposer des connaissances, des compétences et de la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable, d'acquérir un certain nombre de savoir sur les questions de santé. C'est donc bien l'affaire de tous en respect avec les compétences de chacun.

Sur la question de la formation, un résultat saillant nous montre que plus les infirmières sont diplômées plus elles sont autonomes et s'investissent en promotion de la santé. Cette donnée confirme le besoin de formation continue diplômante. La demande de formation des

infirmières est massive sur les questions liées à la posture professionnelle et au travail en partenariat. La fonction de conseillère technique auprès des enseignants et des équipes pédagogiques qui leur est dévolue par les textes régissant leur profession ne va pas de soi. Elle nécessite une formation pour permettre à l'infirmière de se positionner en situation de praticien réflexif dans l'accompagnement des équipes et l'aide au pilotage de projets.

Mais le contexte impacte aussi leur posture ; nous avons établi que c'est en fonction du rôle que lui laisse prendre le chef d'établissement que l'infirmière va se situer dans un rôle de soignant ou d'éducateur en santé. Il est indispensable de former aussi les chefs d'établissements à la promotion à la santé et à l'ES afin de permettre une synergie des différents protagonistes de la communauté scolaire. Broussouloux (2016)⁴⁰⁹ a identifié le chef d'établissement comme la pierre angulaire pour la mise en place des écoles promotrices de santé. Selon Whitehead (2006)⁴¹⁰, les infirmières scolaires doivent s'investir dans la promotion de santé comme une opportunité leur permettant de développer leur expertise en milieu scolaire. Leur engagement dans cette mission est un moyen d'aller au-delà d'une éducation sanitaire limitée par leur formation initiale. Elle souligne la nécessité de l'engagement de tous les professionnels de l'école et du territoire.

Notre choix d'une méthode mixte à dominante quantitative s'est avéré judicieux et a permis de confirmer la validité de notre questionnaire et la robustesse des données obtenues, dont l'analyse est bien loin d'être terminée. Pour compléter ce travail, il serait intéressant d'en renforcer la dimension qualitative et de comparer les pratiques déclarées par une recherche observationnelle pour étudier l'influence du contexte de travail. Il serait tout aussi intéressant d'évaluer, par une autre recherche, les formations continues qui sont actuellement mises en place par les rectorats et leurs impacts sur les pratiques professionnelles.

D'autre part, nous avons abordé dans la discussion, l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes par les « American Nurses School » mais il existe aussi *les Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*⁴¹¹ établi par l'ordre infirmier du Québec qui mettent en exergue la contribution essentielle des infirmières scolaires et le leadership qu'elles assument dans leur domaine de pratique. Ces standards font ressortir le rôle *d'agent de changement*, de consultante et de conseillère des infirmières et intègrent, dans une vision

⁴⁰⁹ Broussouloux (2016). Jam. Cit.

⁴¹⁰ Whitehead, D. (2006). The health-promoting school: What role for nursing? in *Journal of Clinical Nursing* 15(3):264-71 · April 2006 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01294.x · Source: PubMed

⁴¹¹ Les Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire (2015) Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015 ISBN 978-2-89229-662-4 (PDF) (2e édition, 2015)

globale, l'ensemble de leurs activités professionnelles. Ils « *constituent un soutien à la pratique clinique et fournissent des balises d'application concrètes dans un champ de pratique dont la réalité est complexe* ».

Tableau 52 : Synthèse des Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire⁴¹² :

| STANDARD-1 | STANDARD-2 |
|---|--|
| La promotion de la santé | L'éducation à la santé |
| L'infirmière agit en partenariat et en collaboration avec la direction de l'école et l'équipe multidisciplinaire | L'infirmière apporte son expertise en santé, agit comme personne-ressource et collabore avec le milieu scolaire et les enseignants; elle intervient directement auprès des jeunes |
| <p>L'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Collabore à l'élaboration du profil de santé de l'école en se basant sur les éléments suivants: <ul style="list-style-type: none"> ○ Les déterminants de la santé ○ Le plan local de santé publique ○ L'approche systémique de l'école ■ Participe aux diverses étapes du processus de planification des activités de santé: <ul style="list-style-type: none"> ○ Analyse de la situation ○ Détermination des priorités ○ Planification d'une intervention de promotion de la santé ○ Mise en œuvre d'une intervention de promotion de la santé ○ Évaluation ○ Communication des résultats | <p>L'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contribue à l'intégration de l'éducation à la santé au curriculum scolaire, notamment: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lors de l'évaluation des besoins ○ Lors de la conception et du développement des programmes ○ Lors de l'évaluation des programmes ■ Participe à la planification d'activités d'éducation à la santé et à leur application : <ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation des besoins des jeunes ○ Détermination des apprentissages ○ Choix des stratégies et des méthodes d'apprentissage ○ Choix du matériel éducatif ○ Évaluation des activités d'apprentissage |
| Documentation : dossier général de santé de l'école | Documentation : dossier général de santé de l'école |

Les préconisations issues de notre étude se rapprochent de certains éléments des standards proposés par l'ordre infirmier québécois. Mais nous pouvons aussi les compléter par les compétences nécessaires énoncées par Pingoud (2004)⁴¹³ qui établit un référentiel de compétence nécessaire :

⁴¹² Les Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire (2015). Jam. Cit.

⁴¹³ Pingoud, K. (2004), Elaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire Santé publique volume 16, no 2, pp. 225-238.

Tableau 53: référentiel de compétence selon Pingoud

| | |
|---|---|
| -Sur le plan des connaissances et des savoirs | Interdisciplinarité et modélisation didactiques et pédagogiques, prévention et promotion de la santé, thèmes en lien avec la prévention et la promotion de la santé en fonction des bassins de formation et de leur intégration dans la politique régionale de santé. |
| -Sur le plan des savoirs psychologiques | Psychologie des groupes, les mécanismes de l'influence, le concept de crise, la gestion de conflit et les techniques de négociation, de médiation. |
| -Sur le plan des savoir-faire pratiques | La gestion de projet, le travail en interdisciplinarité, organiser des rencontres avec le réseau ou l'équipe interdisciplinaire, appliquer la méthodologie de projet. Au niveau personnel, être en capacité à décrire son propre rôle, ses activités, le sens de son action et ses limites et à décrire le rôle, les activités des membres de l'équipe interdisciplinaire, favoriser la coordination des personnes et des actions au sein de l'équipe interdisciplinaire. |
| - Sur le savoir-faire cognitif | Valoriser les complémentarités, motiver, stimuler, créer des synergies, veiller au respect des objectifs et de l'éthique du projet, résister aux pressions, repérer les mécanismes d'influence. |

Nos travaux montrent de plus qu'il est important de développer une attitude réflexive par rapport à son action et ses moyens d'action pour accroître son professionnalisme. Ceci nous amène à distinguer les grandes familles de compétences mobilisées par les infirmières scolaires, à savoir :

- Les compétences sociales et relationnelles nécessaires au travail collectif ;
- Les compétences de communication et d'information nécessaires à l'accompagnement des équipes éducatives ;
- Les compétences pédagogiques par la conception de dispositif d'ES et la mise en place du parcours éducatif de santé ;
- Les compétences infirmières spécifiques dans la dimension du soin ;

- Les compétences d'organisation et de gestion de projet.

Ces cinq groupes de compétences pourraient être le programme de formation à mettre en place pour toutes les infirmières rentrant dans le système scolaire. Ce référentiel montre que les compétences mobilisées ne sont pas l'apanage des infirmières seules, il y a transversalité des champs de compétences entre les enseignants, les membres de l'équipe interdisciplinaire de santé et les infirmières. Pour autant qu'il y ait connaissance et reconnaissance des spécificités de chacun, la richesse de l'apport du groupe devrait être bénéfique à l'objectif commun : le bien-être de l'enfant et de l'adolescent à l'école et la réussite des élèves comme facteur primordial de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Ce travail de recherche a permis la clarification des liens entre conceptions, représentations sociales et pratiques en ES, chez les infirmières scolaires. Cette étude a été riche d'enseignement pour nous et nous permet de préciser les enjeux et perspectives de l'action infirmières en milieu scolaire orientée vers la réduction des inégalités de santé. La mise en œuvre du parcours éducatif de santé est un enjeu majeur de santé publique au service de la réussite scolaire comme facteur déterminant de santé.

Bibliographie

1. Abric J.-C. (2001): L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie & Société*, 4, pp. 81-103.
2. Abric, J.-C. (1994), (dir.), *Pratiques sociales et représentations*, PUF, 1994, p.12 cité dans Martin Sanchez, M.-O., « Concept de représentation sociale », SERPSY, www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html VISITE LE
3. Abric, J.-C. (1994) *Pratiques sociales et représentations* (sous la direction de), PUF, Paris, 3^{ème} édition, 2001
4. Adams, S. (2009), Use of Evidence-Based Practice in School Nursing *JOSN*, Vol. 25 No. 4, August 2009 302-313.
5. Adams, S., McCarthy, AM. (2005) *Evidence-Based Practice and School Nursing* in *The Journal of School Nursing* Vol 21, Issue 5, 258 – 265 First published date: 2005. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10598405050210050301>
6. Allensworth, D, et al, Kolbe, L. (1987). *The comprehensive school health program: exploring an Anastasi (1994). Introduction à la psychométrie*. Guérin éditeur
7. Anastasi. A. (1985), *psychological testing*, 4th ed, Macmillan, New York for assessing health indices. *J Chronic Dis*: 38: 27-36
8. Anastasi. (1994), *Introduction à la psychométrie*. 1994. *approaches* (3e édition). Thousand Oaks, California: Sage publications.
9. Association of Schools of Public Health. (2000) What is public health practice? <http://www.aspph.org/discover/> site visité le 12/03/2016
10. Avanzini, G. (2010). *Education à la santé : défi pour les sciences de l'éducation ? l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF)*, Université de Genève.
11. Azel Avis Goff. (1934), « Rapport sur une étude de l'activité des infirmières visiteuses d'hygiène en Europe » dans la revue « l'infirmière française » tome 13,22 23.
12. Ballion, R. (1998) *Les comités d'environnement social*. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques EHESS-CNRS pour OFDT. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ces.pdf> site visité le 24/04/2016
13. Bandura, A. (2003), *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
14. Bardin, L. (2001) : « L'analyse du contenu ». PUF.
15. Barrere, A. (2002), *les enseignants au travail : routines incertaines*, éd. L'harmattan, Paris.
16. Batt. A. (1999). *Enquête sur les infirmier(e)s de l'Académie de Rennes Santé publique 1999*, Volume 11, no 4, pp. 493-501.

17. Berger, D et al. (2009). Éducation à la santé dans les écoles élémentaires... Représentations et pratiques enseignantes. DIDASKALIA - Numéro 34 - 2009 > <http://hdl.handle.net/2042/30429>
18. Berger, D. (2011), éducation à la santé en milieu scolaire, HDR ; université Lyon 1
19. Berger, D. et al. (2010), Education à la santé et à la sexualité : représentations sociales, conceptions individuelles et pratiques d'enseignants de 15 pays. in Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève.
20. Berger, D. et Jourdan, D. (2005), Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation pour la santé in La santé de l'homme n°377, mai-juin 2005.
21. Bernard, S. (2011), L'éducation à la sexualité, en France dans la seconde moitié du 20ème siècle et aujourd'hui dans d'autres pays. Programmes, manuels scolaires et conceptions des enseignants. Soutenue le 13 décembre 2011 à Lyon.
22. Berthon, I. (2004). Éduquer le patient, des compétences infirmières au carrefour du soin et de la pédagogie. Santé Publique, vol. 16, (2), 363-371. Doi:10.3917/spub.042.0363.
23. Bizzoni-Previoux (2011), *Les partenariats en éducation à la santé à l'école primaire : analyse comparée entre le Québec et la France*. Thèse de doctorat de l'Université du Québec à Montréal. Montréal
24. Bland, Altman. (1997), *Cronbach's alpha*. BMJ vol 314, page 572.
25. Blin, J-F. (1995), Représentations, pratiques et identités professionnelles, L'Harmattan.
26. Borawski, E A., Tufts, K.A., Trapl, E. S., Hayman, L., Yoder- Lovegreen, LD. (2015). Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School. The Journal of School Health, 85(3), 189–196. <http://doi.org/10.1111/josh.12234>
27. Broussouloux, S. (2016) Evaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire Soutenue le 16-02-2016 à Lyon <http://www.theses.fr/2016LYSE1028>
28. Broussouloux, S. Houzelle-Marchal, N. (2006) Education à la santé en milieu scolaire, éditions INPES.
29. Bruner, J-S. (1983) Le développement de l'enfant. Savoir-faire, savoir dire, textes traduits et présentés par Deleau Michel, avec la collaboration de Michel Jean. Presses Universitaires de France, 2011.
30. Bury, J A. (1988), Education pour la santé, De Boeck & Larcier S.A.
31. Bury, J. (2001), Education pour la santé, concepts, enjeux, planification. Bruxelles: De Boeck Université, 2001, 30.
32. Canguilhem, G. (1988), « La santé : concept vulgaire et question philosophique », Cahiers du séminaire de philosophie.

33. Cardot, J-P. (2011) Formateurs d'enseignants et éducation à la santé : analyse des représentations et identité professionnelle. Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II; Clermont Ferrand 2, 2011. Français.
34. Cardot, J-P., Berger, D. (2012), Formateurs en éducation à la santé : un outil d'analyse des conceptions. Revue Spirale n° 50.
35. Castillo, F. (1984), Le chemin des écoliers, Louvain la neuve: Cabay.
36. Catanas, M. (2003) « La notion de représentation sociale », 23 janvier 2003, tome VI, mai 1898, site web : www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html , p.16 visité le 12/03/2014.
37. Centre Hygée - Centre Régional de Prévention des cancers <http://wp.centre-hygee.eu/>
38. Chaboissier, M. (2009). Les compétences infirmières et la formation initiale. Revue Soins, n°732, 1-2
39. Chabot, G., Godin, G., Gagnon, M.-P. (2010), Determinants of the intention of elementary school nurses to adopt a redefined role in health promotion at school. In Implementation Science : IS, 5, 93. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-5-93>
40. Chambers, D. Narayanasamy, A. (2007), a discourse and foucauldian analysis of nurses health beliefs: implications for nurse education. In Nurse Education Today, doi:10.1016/j.nedt.2007.03.009
41. Charles, G. (1979) « *L'infirmière en France, d'hier à aujourd'hui* », éditions Le Centurion.
42. Chartier, R. (1998) Au Bord de la Falaise. L'Histoire entre certitudes et inquiétude, Paris, Albin Michel.
43. Chevandier C, 2006 « Former des professionnelles, former une profession : la formation des infirmières au XXe siècle », in B. Carrier-Reynaud, dir. L'enseignement professionnel et la formation technique du début du XIXe au milieu du XXe siècle, Saint-Étienne, Institut des Études Régionales et des Patrimoines, p. 33-44.
44. Clément P. (2004) Science et idéologie : exemples en didactique et épistémologie de la biologie, Actes du colloque sciences, médias et sociétés de l'ENS Lyon.
45. Collière, M-F. (2001) « Soigner... Le premier art de la vie » Editions: MASSON
46. Collière, MF. (2003) Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, Masson, 4e édition, 2003. 23.
47. Creswell, J-W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods*
48. Dahl, BM. (2013), "Contradictory discourses of health promotion and disease prevention in the educational curriculum of Norwegian public health nursing: A critical discourse analysis" Scandinavian Journal of Public Health Vol 42, Issue 1, pp. 32 – 37 First published date: August-27-2013 10.1177/1403494813502585.
49. Darlington, E. (2016) "Vers une compréhension des modalités d'implantation des dispositifs d'éducation et de promotion de la santé : Conceptualisation du processus d'implantation, et

analyse des facteurs intervenant dans l'effet des programmes", Thèse de doctorat de l'Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand.

50. De Von et al. (2007) *A psychometric toolbox for testing validity and reliability*.
51. Delahaye, J-P. (2015), Grande pauvreté et réussite scolaire ; le Choix de la solidarité pour la réussite de tous, Rapport à Madame la Ministre de l'Education nationale, http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/52/7/Rapport_IGEN-mai2015-grande_pauvrete_reussite_scolaire_421527.pdf site visité le 12/03/2016
52. Derouet, J.L., Normand, R. (2014), La question du leadership en éducation : perspectives européennes. Academia l'Harmattan (Louvain-la-Neuve), 299, 978-2-8061-0175-4. <halshs-01067536>
53. Develay, M. (1994), L'apprentissage, l'enseignement et la pédagogie différenciée Le Nouvel Educateur n°56, février 1994.
54. Dhanapati, S. (2016) "Explanatory Sequential Mixed Method Design as the Third Research Community of Knowledge Claim" in *American Journal of Educational Research*, 2016, Vol. 4, No. 7, 570-577
55. Downie R. S., Tannahill, C., Tannahill, A. (1996) *Health promotion Models and Values*. Oxford University Press.
56. Dozon, J- P. & Fassin, D. (2002). *Critique de la santé publique*. Paris : Ballan
57. Dubar, C. (2002), La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 3ème édition, Armand Colin.
58. Dupriez, V. (2003), de l'isolement des enseignants au travail en équipe : les différentes voies de construction de l'accord dans les établissements, in Halshs-00603511.
59. Durkheim, E., « Représentations individuelles et représentations collectives », Les cahiers psychologie politique [En ligne], numéro 8, Janvier 2006. URL: <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1084>
60. El Sanharawi.M, Naudet.F " Comprendre la régression logistique » *Journal français d'ophtalmologie* (2013) 36, 710-715. <http://www.em-consulte.com/en/article/842576>
61. Endsley, P.(2016), School Nurse Workload A Scoping Review of Acute Care, Community Health, and Mental Health Nursing Workload Literature, *The Journal of School Nursing* Vol 33, Issue 1, 43 – 52.
62. Eymard, C. (2004), Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. *In Education à la santé ou éducation pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ? Université de Provence Questions vives*, vol. 2, n°5, pp 13-34.
63. Fassin, D. (1996) *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France
64. Fermanian,(1996) *Evaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter*. *Rev Epidem et Santé Publique*, 1996, 44 : 278-286

65. Fortin, J. (2004) « Du profane au professionnel en éducation à la santé : modèles et valeurs dans la formation en éducation à la santé » in Jourdan D. (Dir.) *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, Editions Universitaires du Sud. 2004
66. Foucaud, J. Moquet, MJ. Rostan, MF. Hamel, E. Fayard, A. (2008), direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, inpes État des lieux de la formation initiale pour la santé en France.
67. Fuchs, E. (1986), La fidélité dans le consentement in *Médecine et Hygiène*, 44e année, n° 1665, 2024-2025.
68. Gaborit, E. (2015), Sanitarisation de l'école et scolarisation de la santé. Socio ethnographie de la mise en œuvre et de l'appropriation du programme « Bien manger et bouger dès l'école maternelle » en Haute-Garonne et en Ariège, Thèse de doctorat de l'Université de Toulouse.
69. Galichet, F. et Manderscheid, J.-C. (1996), L'éducation à la santé et la construction de l'identité dans le contexte des sociétés occidentales contemporaines, *Revue Française de Pédagogie*, n°114, janvier-février-mars 1996.
70. Gardner, M. (1926), « L'infirmière visiteuse » Presses universitaires de France, 461.
71. Gaudron, G., Pinville M. (2011), dans « Rapport d'information déposé par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la médecine scolaire ». Documents d'information de l'Assemblée (<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3968.asp>) site visité le 13/03/2016
72. Gindt-Ducros, A. (2012) « Les médecins de l'éducation nationale : une professionnalité originale au cœur des pratiques collectives de la santé à l'école » <http://www.theses.fr/2012PA083517#> site visité le 15/03/2016
73. Giordan, A. (1994), Le modèle allostérique et les théories contemporaines sur l'apprentissage in *Conceptions et connaissances*, Giordan A, Girault Y. et Clément P.(sous la direction de) Berne, Peter Lang
74. Giordan, A. et de Vecchi, G. (1987) *Les origines de savoir*, Delachaux et Niestlé.
75. Grandall, E-P. (1926), cité par Gardner dans « L'infirmière visiteuse » Gardner Mary Sewall Presses universitaires de France, (461 p). 1926
76. Guével, M. & Pommier, J. (2012). Traduction par Guevel, M-R. du terme anglais *quantitizing* in *Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration*. *Santé Publique*, vol. 24, (1), 23-38. doi :10.3917/spub.121.0023.
77. Guével, M-R. (2012) Etude des facteurs intervenant dans la mise en œuvre d'une approche de promotion de la santé a l'école primaire. Soutenue le 02-07-2012 à Clermont-Ferrand 2, en partenariat avec Laboratoire Acté (Clermont-Ferrand) (équipe de recherche).
78. Guet-Sylvain. J. et al. (2011) Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. *Carrefours de l'éducation*, Armand Colin, 2011, 2 (32), pp.105 - 127. <hal-00986544
79. Hardy. AF et al. (2014), « développement professionnel infirmier en promotion de la santé », *Recherche en soins infirmiers* /3 (n°118) 75-84.

80. Hardy-Durst J., Hybert M., Rigaudy T., & Guillon, M. P. (1997). Les Services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Education nationale. Berger-Levrault.
81. Henry, S. (2009), « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire* [En ligne], mis en ligne le 20 décembre 2009, consulté le 17 septembre 2016. URL : <http://genrehistoire.revues.org/836>
82. Hoekstra, B., Young, V., Eley, C., Hawking, M., McNulty, C. (2016), School Nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education and health promotion in England: a qualitative study. Article in BMC Nursing 15(1) · December 2016 <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0194-y> visité le 17/06/2017
83. Houssaye, J. (1993). «Le triangle pédagogique ou comment comprendre la situation pédagogique». in. La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui. Paris : ESF. http://www.ulb.ac.be/psycho/psysoc/ressources/Fiche_ACP.htm visité le 10 mai 2017
84. Huberty, C.J. (1994), Applied discriminant analysis. CIMMYT. New York (USA), John Wiley and Sons, 466 p
85. Hybert, M., Rigaudy, T., & Guillon, M. P. (1997). Les Services médicaux, infirmiers et sociaux de l'Education nationale. Berger-Levrault
86. IRaMuTeQ : Logiciel libre développé par Pierre Ratinaud <http://www.iramuteq.org/telechargement>
87. James F., Mc Kenzie, Martin L., Wood, Jerome E Kotecki, Jeffrey K Clark, Rebecca A Brey. (1999) Establishing Content Validity: Using Qualitative and Quantitative Steps. Am J Health Behav, 1999, 311-318. http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic181818.files/McKenzie_et_al.pdf
88. Jeanguiot, N. (2006) Des pratiques soignantes aux sciences infirmières« Recherche en soins infirmiers » 2006/4 (N° 87), URL : www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-75.htm visité le 13/12/2015
89. Jodelet, D. (1991), Les Représentations sociales, Paris, PUF, 1991, p. 36 in Martin.
90. Jolliffe, I. (2002) Principal Component Analysis, 2nd edition, éd., Springer-Verlag
91. Jourdan, D. (2004) La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Toulouse, France. Éditions universitaires du Sud collection " École et santé ", pp.397, 2004, 2-7227-0109-X. (hal-01085398)
92. Jourdan, D., De Peretti, C., Victor, P., Motta, D., Berger, D., Cogérino, G., Marzin, P. (2004), État des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). In : Billon J. (dir.) L'éducation pour la santé. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.
93. Jourdan, M. (2015), Santé et bien-être des adolescents. : Conceptions et pratiques déclarées des professionnels et des adolescents, Thèse de Doctorat de l'Université Blaise Pascal,
94. Kerneur, C. (2004), La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Jourdan D. in éditions universitaires du sud 2004. 277-283.

95. Kirchofer, G., Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A. and Ritchie, M. (2007), "Elementary School Parents'/Guardians' Perceptions of School Health Service Personnel and the Services They Provide". *Journal of School Health*, 77: 607–614.
96. Kline, P. (1986) *A Handbook of test construction*. Methuen and Co. 1986
97. Kline, P. (1993), *The handbook of psychological testing*. 1993. Routledge.
98. Kvarme, L., Helseth, S., Sørum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., & Natvig, G. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn schoolchildren: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1389–1396. Doi :10.1016/j.ijnurstu.2010. 05.001.
99. Lange, J-M. Victor, P. (2006), *Didactique curricula ire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ?* Didaskalia n°28, juin 2006.
100. Lange, JM., Victor, P., (2010), « Vers l'élaboration d'indices, mesures de l'efficience de l'éducation au développement durable en milieu scolaire » Actes du congrès de l'Actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève, septembre 2010.
101. Larue, R., Fortin, J., Michard, J-L. (2000), *Ecole et santé : le pari de l'éducation*, collection enjeux du système éducatif, Hachette éducation.
102. Lashe. A., (1975) quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* Vol 28, issue 4, 563-575.
103. Le Boterf, G. (1999), *L'ingénierie des compétences*, éditions d'Organisation, 2^{ème} édition
104. Léal, Y. (2012) *L'éducation à la santé dans un enseignement polyvalent : une étude de cas contrastés en didactique clinique à l'école élémentaire*. Education. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2012. Français
105. Léal, Y., Carnus, MF. (2012), "Le déjà-là décisionnel de l'enseignant en éducation à la santé. Une étude de cas en didactique clinique à l'école élémentaire" dans *Spirale – Revue de Recherches en Éducation – 2012 N° 50* (139-152).
106. Lebeaume J., (2000), *L'éducation technologique*, collection Pratiques et enjeux pédagogiques, ESF éditeur, Paris.
107. Lebeaume J., (2007), « Les manuels scolaires : des sources particulières pour l'étude curriculaire des sciences et des techniques à l'école », *IOSTE Congress, Critical analysis of sciences textbooks*, Hammamet, Tunisia.
108. Lebeaume, J. (1999). Enjeux et perspectives de la didactique curriculaire : contribution de la didactique de la technologie. Actes des premières rencontres scientifiques de l'ARDIST - L'actualité de la recherche en didactique des sciences et des techniques. Paris : ARDIST. 167-172.
109. Lebeaume, J., Girault, Y., Lange, J.-M., Fortin-Debart, C., Simonneaux, L. (2007). La formation des enseignants dans le cadre de l'éducation au développement durable : problèmes didactiques. *Éducation relative à l'environnement, Vol. 6*. 119-136.
110. Lebeaume, J., (2008), « Les éducations à ... » in Berger D. (dir.). *Education à la santé : enjeux et dispositifs à l'école*. Editions universitaires du sud.

111. Lecler, M-A. (1857) « Charlemagne et l'enfant pauvre » bibliothèque des écoles chrétiennes, 1857 originales provenant de l'université d'Oxford et numérisé le 29 mai 2007 sur le site www.google.fr
<https://play.google.com/books/reader?id=2mcIAAAAQAAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=fr&pg=GBS.PP9> visité le 13/05/2016
112. Lecomte, MC et al. (2014) Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique Expertise collective <http://www.cancer-environnement.fr/LinkClick.aspx?fileticket=vdyNptTILH0%3D&tabid=178&mid=891>. Site visité le 12/03/2016
113. Lecorps, P. & Paturet, J-B (1999) Santé publique du biopouvoir à la démocratie, Rennes, éditions ENSP.
114. Lecorps, P. (1989). Actes du colloque Comité des Yvelines d'éducation pour la santé. CYES, Versailles.
115. Legardez, A. & Simonneaux, L. (2011). *Développement durable et autres questions d'actualités, Questions socialement vives dans l'enseignement et la formation*, Dijon : Educagri
116. Legardez, A. & Simonneaux, L. (2011). *Développement durable et autres questions d'actualités, Questions socialement vives dans l'enseignement et la formation*, Dijon : Educagri
117. Les Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire (2015) Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015 ISBN 978-2-89229-662-4 (PDF) (2e édition, 2015)
118. Leselbaum, N., Peretti, C. (1992), De La Prévention à l'école, t. 2. Contribution à la mise en place d'actions pour la santé au collège et au lycée, analyse de leurs dynamiques, évaluation de leurs effets. Paris, INRP, 1992, 150
119. Levinson, R., Turner, S., Koulouris, P., Douglas, A., Evans, J., Kirton, A. (2001), The teaching of social and ethical issues in the school curriculum, arising from developments in biomedical research: a research study of teachers in School science review 2001, vol. 82, no300, 97-102 Editor Association for Science Education, Hatfield, ROYAUME-UNI (1919) (Revue).
120. Liimatainen et al. (2001), Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education Health Education Research, Volume 16, Issue 1, 1 February 2001, 33-48, <https://doi.org/10.1093/her/16.1.33>
121. Lineberry, J., Ickes, L. (2014), the Role and Impact of Nurses in American Elementary Schools in the Journal of School Nursing Vol 31, Issue 1, 22 – 33, 10.1177/1059840514540940 (NASN, 2010).
122. Lockwood-Rayermann, S. McIntyre, S.J. (2009), Understanding *HPV Disease and Prevention: A Guide for School Nurses* The Journal of School Nursing Vol 25, Issue 4, 261 - 269 First published date: April-10-2009.
123. Loewentahl. K. M. (2001), an introduction to psychological tests and scales. 2nd edition Psychology Press. 2001
124. Longtin, M. et al. (2006) « L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière », Recherche en soins infirmiers, vol. 87, no. 4, 2006, 4-15.

125. Macleod Clark, J. Maben, J. (1998) Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses. *Health Education Research*, 13, 185–196.
126. Mamecier. A. (2004) « Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège n° 2004-003 » Rapport ministère de l'éducation nationale.
127. Manderscheid, J-C. (1996) Quelles recherches pour l'éducation à la santé? In: *Revue française de pédagogie*, volume 114, 1996. L'éducation à la santé.
128. Martinand J.L., (2006), « Didactique et didactiques » in Beillerot J. et Mosconi N. (Dir.), *Traité des sciences et pratiques de l'éducation*, Dunod, 353-367.
129. Massé, R. (2003), *Ethique et santé publique*, Les presses de l'université Laval.
130. Masson, R (2006) *Les Infirmières, identité, spécificité et soins infirmiers. 3ème Edition Masson*
131. Maurice, A. (2014). *Les préadolescents comme ressorts des actions de santé publique : analyse d'un projet d'éducation alimentaire en collège*. Soutenue le mercredi 24 septembre 2014 à Université Paris Descartes (Paris)
132. Ménard, C. (1989). *Les enseignants et l'éducation pour la santé*. Paris : CFES
133. Mérini, C., Bizzoni-Prévieux, C. (2009), *Construire un partenariat en éducation à la santé à l'école*. *Revue Formation et Profession*, 2009, 32-35. <hal-00821353>
134. Midy, F. (1996), LATEC (UMR 5601 - CNRS, Université de Bourgogne) http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/2304/LATEC-DT_96-12.pdf?sequence=1
135. Miglioretti, M., Velasco, V., Celata, C., Vecchio, L., (2013), *Teachers' ideas about health: Implications for health promotion at school* Vol 72, Issue 6, 2013 *Health Education Journal*.
136. Miquel P, (1996) « Vincent de Paul » 530 pages éditions Fayard
137. Moscovici, S. (1997) a dirigé notamment : *Psychologie sociale*, Paris, PUF,
138. Moscovici, S. cité par Jodelet, D (1996). in *Psychologie sociale*, « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie »,
139. Nourrisson, D. (2002) Dans « éducation à la santé XIXe – XXe siècle » aux éditions ENSP 2002
140. Orban, M. (1993) *Prévention globale des assuétudes, quelle place pour la prévention dans les écoles ? Enquête auprès des enseignants*. Liège: CERES;
141. Paakkari, L. et al. (2010), “Student teachers' ways of experiencing the objective of health education as a school subject: A phenomenographic study” in *Teaching and Teacher Education* Volume 26, Issue 4, May 2010, Pages 941-948
142. Parayre, S. (2011), « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIIIe-XIXe siècles) », *Carrefours de l'éducation* 2011/2 (n° 32)
143. .
144. Parayre, S. (2011), *L'hygiène à l'école, une alliance de la santé et de l'éducation (XVIIIe-XIXe siècles)*, PUSE (Presses Universitaires de Saint-Etienne).

145. Parayre, S., Guiet-Silvain, J., et al. (2011), « Éducation à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale », Carrefours de l'éducation 2011/2 (n° 32).
146. Pélissier, D. (2017) Initiation à la lexicométrie, Iramuteq, V6, <https://presnumorg.hypotheses.org/187> consulté le 14/09/2017
147. Perrenoud, P. (1990), Culture scolaire culture élitaires? Revue Coordination n° 37, 21-23, repris dans Perrnoud, P. (1996), La pédagogie à l'école des différences, ESF, Paris.
148. Perrot, J-C. (1975), Genèse d'une ville moderne. Caen au XVIIIe siècle, Paris, Mouton.
149. Piaget, J. (1996) La psychologie de l'enfant, Paris, PUF, « que sais-je ? » n°369, 17^{ème} édition.
150. Pingoud, K. (2004), Elaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire Santé publique volume 16, no 2, pp. 225-238.
151. Pizon, F. (2008), Education et santé au lycée : quelle contribution à la prévention du tabagisme pour les professionnels ? Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2008. Français <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00780184>
152. Pizon, F. (2017), De la face cachée des conceptions en santé : un clair-obscur décisionnel, Habilitation à Diriger les Recherches, Faculté de médecine, Université d'Auvergne.
153. Pizon, F. al. (2010) in <https://spirale-edu-revue.fr/IMG/pdf/11pizonspi43.v2.pdf>
154. Pizon, F., Jourdan, D., Simar, C., Berger, D. (2010), « Les déterminants des pratiques d'éducation à la santé à l'école primaire : essai de catégorisation à partir du point de vue des enseignants », Travail et formation en éducation [En ligne], 6 | 2010, mis en ligne le 18 janvier 2011,
155. Pluye P, Nadeau L, Gagnon MP, Grad R, Johnson-Lafleur J, Griffiths F. (2009) *Les méthodes mixtes*. In: Ridde V, Dagenais C, editors. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009. p. 123-41.
156. Poisson, M. (1998). Origines républicaines d'un modèle infirmier : 1870-1900. Histoire de la profession infirmière en France, Vincennes, Éd. Hospitalières,
157. Pommier J, Jourdan D. (2008), La promotion de la santé selon le modèle de Downie & Tannahill.
158. Pommier, J. (2005) « de la médecine à l'éducation pour la santé » Santé de l'homme, n°377, 23-25.
159. Pommier, J. Grimaud, O. (2007) sources, dans « Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles. », (Santé Publique hors-série/2007 (Vol. 19), p. 9-14)
160. Portney LG, Watkins M, (2008), *Foundations of Clinical Research: applications to practice*, 3rd ed. Prentice-Hall.
161. Reiss, MJ. (2001), Health Science Education in Primary Schools: Evaluation of procedures and results http://www.academia.edu/29728153/Health_Science_Education_in_Primary_Schools_Evaluation_of_procedures_and_results

162. Rochigneux, J-C. (2012), Education à la sexualité auprès d'un public à besoin éducatif particulier : l'exemple de la SEGPA. Psychologie. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2012. Français.
163. Rouquette, M-L., Rateau, P. (1998) Introduction à l'étude des représentations sociales, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
164. Roux-Lafay, C. (2014), «Education à / pour la santé et éthique du care à l'école », in Éducation, Santé, Sociétés Vol.1:n°1 (2014). - 97-111.
165. S Broussouloux / N Houzelle-marchal (2006), Education à la santé en milieu scolaire, éditions INPES octobre 2006
166. S. James Press and Sandra Wilson, (1978), Choosing between Logistic Regression and Discriminant Analysis, Journal of the American Statistical Association, Vol. 73 , Iss. 364
167. Saab, O. (2011), *L'éducation à la santé en milieu scolaire au Liban : d'une approche analytique biomédicale vers une perspective écologique biopsychosociale. Étude du curriculum, des manuels scolaires libanais de Sciences de la Vie et des conceptions d'enseignants et d'élèves relatives à l'éducation à la santé dans des écoles privées et publiques de Beyrouth. Université Saint Joseph*, Thèse de doctorat, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00804711/document>
168. San Marco, J-L., Siméoni, M-C., Thirion, X., Auquier, P., Garnier, J-M., Magnan, M. (2000), De la prévention des maladies à la promotion de la santé : manifeste pour l'éducation à la santé, académie d'Aix-Marseille.
169. Sanchez, M.-O. (1996) op. Cit. Voir également l'ouvrage fondateur sur ces questions de Peter Berger et Thomas Luckmann : La Construction sociale de la réalité, Masson/Armand Colin, Paris, 1996, Deuxième édition - (La première parution originale de cet ouvrage date de 1966)
170. Sandrin Berthon, B. (1997), *Apprendre la santé à l'école*, collection Pratiques et Enjeux pédagogiques, Paris ESF éditeur.
171. Sapp and Jensen, (1997). *The reliability and validity of nutrition knowledge and diet-health awareness tests developed from 1989 ± 1991 diet and knowledge surveys*. J. Nutr. Educ. 29, 63 ± 72)”. <http://strokengine.ca/assess/definitions-en.html>:
172. Schaffer, M A. Anderson, L. Rising, S. (2015) The Journal of School Nursing Vol 32, Issue 3, pp. 195 – 208 First published date: September-24-2015
173. Selekman, J. (2013), School Nursing: A Comprehensive Text by the National Association of School Nurses (NASN)
174. Simar, C et al. (2010). Éducation à la santé à l'école : étude des déterminants des pratiques des enseignants du premier degré. *Revue des sciences de l'éducation*, Revue des sciences de l'éducation, 2010, 36 (3), pp.739-760
175. Simar, C. (2010) Analyse de l'activité des enseignants du premier degré en éducation à la santé : de la tâche prescrite à la tâche représentée Education. Université Blaise Pascal - Clermont-Ferrand II, 2010
176. Siméoni, M., Auquier, P., Gentile, S., (1999) Conceptualisation et validation d'instruments de qualité de vie à la santé. Enseignements d'une revue critique de la littérature. Journal d'économie médicale, 1999, 17-28

177. Sournia, J.C. (1991), Dictionnaire français de santé publique. Editions de santé.
178. Streiner and Norlan, (1989) Health measurement Scale. A pratical guide to their development and use. Oxford medical publication.
179. Streiner and Norman, (1989), Health Measurement scale. A practical guide to their development and use. Oxford medical publication.
180. Tones, B. K. and Tilford, S. (1994) *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chapman & Hall, London
181. Toussaint, JF. (2006). Rapport Stratégies Nouvelles de Prévention (Commission d'Orientation de Prévention présidée par le Dr Jean-François Toussaint) 15 Décembre 2006 Ministère de la Santé et des Solidarités.
182. Tschirhart, A. (2008), « Rôle et évolution de l'hygiène scolaire dans l'enseignement secondaire de 1800 à 1910 », *Carrefours de l'éducation*, 2008/2 (n° 26), p. 201-213. DOI : 10.3917/cdle.026.0201 <http://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2008-2-page-201.htm>
183. Tubiana, M. (2004) Préface in *La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire*, éditions universitaires du sud.
184. Tursz, A. et al. (1999) Le dépistage en population générale, adsp, mars 1999, n°26, pp45-54.
185. Van den Broucke, S. (2017), La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique, in la santé en action Juin 2017 / Numéro 440, éditions Santé publique France.
186. Veneziano Hooper. (1997) A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *Am J Health Behav* 1997, 21 (1): 67-70
187. Verney-Carron, N. (2002) « in Nourrisson, D. [dir.], Éducation à la santé XIXe-XXe siècle, collection « Santé, social, histoire », Rennes, École nationale de santé publique, 2002, 158.
188. Verney-Carron, N. (2002), in Nourrisson, D. (textes rassemblés par), À votre santé ! Éducation et santé sous l'IVe République, Saint-Étienne, Publications de l'université de Saint-Étienne.
189. Viau, R. (1997) La motivation, condition essentielle de réussite in *Eduquer et former*, éditions sciences humaines.
190. Wafo F. (2012), Problématique d'une éducation à la sexualité en milieu scolaire dans les pays d'Afrique Subsaharienne : L'exemple du Cameroun, Thèse de doctorat de l'Université de Clermont Ferrand
191. Whitehead, D. (2006). The health-promoting school: What role for nursing? In *Journal of Clinical Nursing* 15(3):264-71 · April 2006 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01294.x · Source: PubMed
192. Whitehead, M., Dahlgren, G. (1991), What can we do about inequalities in health. *The lancet*, n° 338: 1059–1063.

193. World Health Organization (WHO) (1997). Life skills education in schools. Geneva: WHO, dans Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes ; la santé en action, n° 431 - mars 2015. Santé publique France.
194. Zirkel, PA., Granthom, FG, Lovato, L. (2012), *The Pivotal Position of the School Nurse* The Journal of School Nursing Vol 28, Issue 6, 423 – 432 First published date: May-31-2012.

Sitographie

Ministère de l'éducation nationale(2001) Circulaire du 12 janvier 2001 (n° 2001-012)
<http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm>

Ministère de l'éducation nationale (1998) Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998, « orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », BO de l'éducation nationale n°45 du 3 décembre 1998. <http://www.education.gouv.fr/bo/1998/45/default.htm>

Ministère de l'éducation nationale (2013) Code de l'éducation
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027677984&categorieLien=id> site visité le 20/06/2016

DEPP (2015), Acquis des élèves au collège : les écarts se renforcent entre la sixième et la troisième en fonction de l'origine sociale et culturelle, Note d'information n°25, Ministère de l'Education Nationale, Paris <http://www.education.gouv.fr/cid91463/acquis-des-eleves-au-college-les-ecarts-se-renforcent-entre-la-sixieme-et-la-troisieme-en-fonction-de-l-origine-sociale-et-culturelle.html>

Ministère de l'éducation nationale (1973) La circulaire Fontanet (1973) www.assemblee-nationale.fr/13/controle/com.../rapport_cc_medicine_scolaire.pdf site visité le 24/04/2016

Ministère de l'éducation nationale (2013) Le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat, (2013) <http://www.education.gouv.fr/cid73215/le-referentiel-de-competences-des-enseignants-au-bo-du-25-juillet-2013.html> site visité le 22/05/2016

LEPCAM est un site de e-Learning permettant aux étudiants et professionnels de santé d'acquérir des compétences statistiques en recherche médicale. <http://lepcam.fr/index.php/les-etapes/stat/> site visité le 15/03/2015

MEN (2015), Repères pour l'analyse de gestion, Education prioritaire, [https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=DGESCO+\(2015\).+%C3%89ducation+prioritaire.+Tableau+de+bord+national%2C+Donn%C3%A9es+2014-2015](https://www.google.fr/?gws_rd=ssl#q=DGESCO+(2015).+%C3%89ducation+prioritaire.+Tableau+de+bord+national%2C+Donn%C3%A9es+2014-2015). Consulté le 27 octobre 2016.

MEN (2016), <http://eduscol.education.fr/cid46766/les-etablissements-regionaux-d-enseignement-adapte.html>, consulté le 27 octobre 2016

MEN (2016), source <http://www.education.gouv.fr/cid1114/les-internats-au-college-et-au-lycee.html>, consulté le 27 octobre 2016

Ministère de l'éducation nationale (2016) BOEN n° 30 du 26/08/2016
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=34854 site visité le 1/09/2016

Ministère de l'éducation nationale (1998),Le Livre III du code de l'éducation
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191>

Ministère de l'éducation nationale (2003). BOEN n°46 du 11 décembre 2003
<http://www.education.gouv.fr/bo/2003/46/MENE0302706C.htm> site visité le 12/05/2016

Ministère de l'éducation nationale (2006) , La circulaire n° 2006-197
<http://www.education.gouv.fr/bo/2006/45/MENE0602019C.htm> site visité le 13/05/2016

Ministère de l'éducation nationale (2006) , Le livre V du code de l'éducation
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191> site visité le 13/05/2016

Ministère de l'éducation nationale (2006). Le décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006
<http://www.education.gouv.fr/cid58688/l-education-a-la-sante-dans-les-etablissements-du-second-degre.html> site visité le 12/05/2016

Ministère de l'éducation nationale (2013) , La loi du 8 juillet 2013
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027677984&categorieLien=id> site visité le 20/06/2016

Ministère de l'éducation nationale (2013) , La loi du 8 juillet 2013
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91598 site visité le 12/07/2016

Ministère de l'éducation nationale (2015), La circulaire des missions des personnels de santé (2015)
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?pid_bo=33367 site visité le 20/05/2016

Ministère de l'éducation nationale (2016) , la circulaire du ministère de l'éducation nationale n° 2016-008
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990 site visité le 20/05/2016

Ministère de l'éducation nationale (2016) , La circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105518 site visité le 1/09/2016

Ministère de l'Education nationale (2016), Repères et références statistiques:
<http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html>

Ministère de l'éducation nationale ,(2003), L'article L 312-16
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?jsessionid=C025A00C43F43CDA1324AA99CD8A73D3.tpdila11v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006182408&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20170922

Ministère de l'éducation nationale (2001). La circulaire du 12 janvier 2001
<http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm> site visité le 20 avril 2016

Ministère de l'éducation nationale (2003). BOEN n° 9 du 27 février 2003
<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm> site visité le 12/05/2016

Ministère de l'éducation nationale, (1998), BOEN www.education.gouv.fr/bo/1998/28/ensel.htm

Ministère de l'éducation nationale, (1998), Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998, « Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège », BOEN n° 45 du 3 décembre 1998.

Ministère de l'éducation nationale, (2015), Missions des personnels de santé de l'éducation nationale (BOEN n°42 du 12 novembre 2015).

Ministère de l'éducation nationale. (2016) Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. Circulaire du 28 janvier paru au BOEN du 4 février 2016.
http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=97990 site visité le 20/05/2016

Ministère de la santé (1946) loi du 8 avril 1946 dans le code de la sante publique livre IV, titre II, article L
473 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006155219&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=19891219> site visité le 13/12/2015

Ministère de la santé (1972) loi n°78-615 du 31 mai 1978
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000643537&dateTexte> site visité le 15/12/2015

Ministère de la santé (2016) , loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=i>
d site visité le 2/08/2016

Ministère de la santé, (2004),loi n° 2004-806
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=i>
d site visité le 12/05/2016

Ministère de la santé, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264> site visité le 5/01/2016

Ministère de la santé, L'Arrêté du 31 juillet 2009
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&dateTexte=20171008> site visité le 5/01/2016

Ministère de la santé, Le décret du 11 février 2002,
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355> site visité 4/01/2016

Ministère de la santé, Le décret du 12 février 1980
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886863> site visité le 22/12/2015

Ministère de la santé, Le décret du 17 avril 1984,
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000868837> site visité le 30/12/2015

Ministère de la santé, Le décret numéro 93-221 du 16 février 1993
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742> site visité 3/01/2016

Ministère de la santé, loi sur la stratégie nationale de santé.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=i>
d site visité le 20/06/2016

Ministère de la santé. (1960) La circulaire du 18 octobre 1960
<http://www.fonctionpublique.gouv.fr/archives/home20051107/fp/metiers/opmop.htm> site visité le 19/03/2016

Ministère de la santé. (1964) Le décret numéro 64-782 du 30 juillet 1964 https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/IR/Fran_IR_022610 site visité le 22/03/2016

Ministère de la santé. (1973). La circulaire n°73-097 https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/IR/FRAN_IR_022610. Site visité le 19/04/2016

Ministère de l'éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. Note d'information de la DEPP11.17/ Décembre /2011 France.; François Alluin ; Chi-Lan Do. p 2/6. <http://www.education.gouv.fr/cid58688/l-education-a-la-sante-dans-les-etablissements-du-second-degre.html>

ODAS (2017), Résultats de l'enquête nationale « Bilan et perspectives de la protection de l'enfance », <http://odas.net/IMG/pdf/enquetenationalevf.pdf> site visité le 12/03/2016

OFDT (2016), <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/> site visité le 15/03/2016

OMS (1997). Promoting health through schools: report of a WHO Expert Committee
<apps.who.int/iris/handle/10665/41987>

Rapport Flajolet (2001), annexe1 <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>. Site visité le 10/09/2015

Référentiel de compétences en éducation pour la santé, (2013) Santé publique France.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1453.pdf>. Site visité le 08/07/2015

Repères et références statistiques 2017 Publication annuelle de la DEPP et de la SD-SIES
<http://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html>

Santé publique France, (2012), Les campagnes de communication
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/campagne-communication/>

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien semi directif

PRÉSENTATION DE L'INTERVIEWER

Bonjour, je m'appelle..., Je suis étudiant en..., éducation à la santé à l'université Lyon1

Au cours de l'entretien, j'aimerais que nous abordions le thème suivant : l'identité professionnelle de l'infirmier(ère) scolaire

Identification du public

| Questions principales | Questions complémentaires | Questions de clarification |
|--|--|--------------------------------------|
| Age | | |
| Sexe : M/F | | |
| Titulaire ou contractuelle | | |
| Ancienneté dans la fonction d'infirmier(ère) scolaire : | | |
| Contractuelle | Depuis...années ou pendant ...années | Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? |
| Titulaire | Depuis... années | Pouvez-vous m'en dire davantage ? |
| Résidence administrative : | Collège, Collège + secteur, Lycée Général, Lycée professionnel, EREA Secteur rural, urbain, semi-urbain, ZEP | Pouvez-vous me donner des exemples ? |
| Quotité de travail : Distance géographique entre votre résidence administrative et lieu d'habitation (aller simple): | Temps plein, Temps partiel | |

Identité professionnelle

| Questions principales | Questions complémentaires | Questions de clarification |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Portez-vous une blouse blanche | stéthoscope autour du cou, trousse | Pouvez-vous m'en dire |

| | | |
|---|--|--|
| dans votre activité professionnelle à l'éducation nationale ? ou tout autre signe distinctif au quotidien qui rend votre fonction d'infirmière « reconnaissable » ? | d'urgence à la main... Oui non, pourquoi ? | un peu plus ? Pouvez-vous m'en dire davantage ? Pouvez-vous me donner des exemples ? |
| Quelles ont été vos motivations pour rentrer à l'éducation nationale ? | | |
| Ces motivations sont-elles les mêmes aujourd'hui ? | Satisfactions ? Écueils ? | |
| Sur quoi repose selon vous votre identité professionnelle d'infirmière en milieu scolaire ? | Quelle est selon vous votre spécificité d'infirmière scolaire ? | |
| Classer par ordre d'importance ce qui est au quotidien attendu dans votre activité professionnelle ? | | |
| Classer par ordre d'importance ce qui est au quotidien attendu par votre hiérarchie dans votre activité professionnelle ? | | |
| Ces missions ou rôles ou actions sont-ils selon vous en accord avec vos missions prescrites par l'institution ? | Si non, qu'est ce qui selon vous pourrait les mettre en adéquation ? | |
| Comment définiriez-vous l'éducation à la santé ? | | |
| Comment déclinez-vous votre rôle d'éducatrice de santé dans votre pratique professionnelle ? | Action individuelle lors des passages à l'infirmierie Action collective devant un groupe d'élèves (classe ou club santé) Les deux Autre | |
| Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en éducation à la santé ? | | |
| Quelles satisfactions avez-vous dans l'exercice de votre profession ? | | Pouvez-vous m'en dire un peu plus ? Pouvez-vous m'en dire |
| Quelles insatisfactions avez-vous dans l'exercice de votre profession ? | | |

| | | |
|--|--|---|
| | | davantage ? |
| <p>Selon vous, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société?</p> | | <p>Pouvez-vous me donner des exemples ?</p> |
| <p>Clôture</p> | | |
| <p>Est-ce qu'il y a d'autres questions que nous n'avons pas abordées et qui vous semblent essentiels ?</p> <p>OU</p> <p>Avez-vous quelque chose d'autres à ajouter concernant l'identité professionnelle de l'infirmier(ère) scolaire?</p> <p>Ou quelles autres questions auriez-vous aimé que je vous pose?</p> | | |

ENTRETIEN 1 (E1)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge?

Très bientôt 52ans

Tu es titulaire? Oui,

Tu es infirmière à l'éducation nationale depuis combien de temps? Depuis 1998 soit 15 ans

Tu exerces dans quel secteur? Lycée d'enseignement général

Quelle est ta quotité de travail? A temps plein

Y a-t-il une longue distance entre ton lieu de travail et ton lieu d'habitation?

40 km

Est-ce que extérieurement des gens qui ne te connaîtraient pas en tant qu'infirmière scolaire peuvent te reconnaître quand ils te croisent ? Est-ce que tu as un signe distinctif ?

Non, aucun signe, je n'ai pas de blouse, j'ai pas de mallette à la main, pas de signe distinctif. Quand je suis arrivée au lycée, les infirmières qui étaient là avaient une blouse, et moi j'avais une blouse qui m'était attribué quand je suis arrivée et que je n'ai jamais mise parce que vraiment, dans un lycée avec une blouse blanche, ben voilà vraiment ce n'est même pas une réflexion, non, je ne mettais pas une blouse blanche dans un lycée mais je n'ai pas eu plus de réflexion, c'était vraiment non, pas de signe distinctif...

Est-ce que tu peux m'en dire davantage?

Heu, parce que je fais vraiment partie de l'équipe éducative, parce que je l'envisage vraiment comme ça dans mon établissement avec l'équipe de la vie scolaire et ça me mettrait vraiment en marge cette blouse blanche ça me limiterait vraiment je trouve à un travail de soin d'infirmière de soin alors que je trouve que je suis beaucoup plus un travail d'écoute, de la même manière que si j'ai un soin, ben voilà je vais mettre des gants je vais aller vers mon chariot de soin voilà, là je suis dans une fonction mais sinon, je ne me vois pas infirmière, pour moi la blouse blanche c'est l'infirmière soignante dans les soins physiques et elle me mettrait en marge et pour moi, elle m'empêcherait de m'intégrer, de me sentir faire partie de la communauté éducative, c'est vraiment l'impression que j'ai.

Est-ce que tu te rappelles, au départ, quelles étaient tes motivations pour passer le concours à l'éducation nationale ?

J'ai pas eu de motivations parce que c'est une amie qui m'a parlé, qui a passé le concours d'infirmière scolaire et je me suis dit pourquoi pas donc ma motivation c'est que j'étais directrice de crèche parentale et c'était un poste fragile au niveau sécurité de l'emploi et donc je me suis dit d'une part que j'avais envie de quelque chose de plus sécurisé au niveau de l'emploi et voilà, et je ne m'y plaisais pas vraiment mais quand j'ai passé le concours d'infirmière scolaire, je ne savais pas du tout ce que c'était une infirmière scolaire, j'en avais vu une fois dans ma vie quand j'étais lycéenne et voilà... Quand je dis sécurité de l'emploi, ce n'était pas du tout fonctionnaire, pas du tout cette idée je veux être fonctionnaire pour la sécurité de l'emploi, c'était plus quitter un poste de directrice de crèche que je trouvais fragile parce que tous les mois on nous disait bon ben voilà on ne sait pas si on va pouvoir vous payer et j'étais responsable de ma situation familiale donc il me fallait quelque chose de plus sur et en plus, ça m'allait pas du tout ce poste de directrice isolée et la gestion d'une équipe, voilà, ça ne me convenait pas donc cette amie a passé le concours d'infirmière scolaire et je me suis dit pourquoi pas et j'ai découvert un peu le métier d'infirmière scolaire en lisant le bouquin infirmière scolaire aujourd'hui voilà, parce que je l'ai pas du tout bossé par le CNED ni rien mais je ne savais pas du tout ce que c'était, le hasard complet. Cette amie m'aurait dit je passe le concours d'infirmière au travail, et ben ç'aurait été pareil, c'était pas du tout me dire que j'allais devenir fonctionnaire, je voulais quitter quelque chose qui ne m'était pas sur et qui ne me convenait pas et qui ne m'épanouissait pas du tout et donc, ça a été ça mes motivations

Est-ce que ces motivations aujourd'hui, elles sont les mêmes?

Heu (blanc)

Reformulation : elles sont devenues quoi ces motivations de départ ? Est-ce que ce sont les mêmes motivations qui aujourd'hui font que tu restes à l'éducation nationale ?

Ah non, alors sécurité de l'emploi, je me dis bien sûr, en ce moment surtout je me dis que voilà, bien sûr, c'est quand même confortable quand on entend autour de soi plein de gens qui sont en difficulté ben voilà mais c'est pas quelque chose qui m'habite et qui me préoccupe mais aujourd'hui c'est vraiment je crois le travail qui me convient le plus et c'est vraiment un épanouissement dans ce travail aujourd'hui.

Aujourd'hui, sur quoi elle repose ton identité professionnelle en tant qu'infirmière scolaire ?

Elle repose sur l'écoute, sur la relation à l'élève et à l'adolescent, sur l'attention, sur l'attention à l'élève, voilà, pour moi c'est ça, vraiment l'attention portée sur l'élève individuellement, c'est ce qui fait ma spécificité d'infirmière scolaire, la mienne en tout cas, après en lien avec une équipe bien sûr mais vraiment, si je pense à ma fonction, c'est vraiment ça, c'est l'accueil de l'élève, individuel, et l'écoute et l'évaluation de ses besoins, voilà, pour moi, c'est ça

Qu'est ce qui est attendu de toi par ta hiérarchie selon toi aujourd'hui, en tant qu'infirmière scolaire au quotidien ?

Alors là, présence, présence, après mes chefs ils ne s'occupent pas du tout de moi, ils ne se montrent jamais intéressés par moi, donc moi, je dis présence, voilà, que je sois présente, que je pallie s'il y a un incident, que je sois là pour pallier aux besoins du moment voilà, mais voilà, je pense que c'est leurs besoins, en tous les cas, c'est ce que je ressens, après, est ce qu'ils voient plus ce que je fais par derrière, j'en suis pas sûre.

Est-ce qu'il y a selon toi une différence entre ce que toi tu attends professionnellement de ton activité et ce qui est attendu par tes chefs ?

Ah oui, ah ben oui, moi j'aimerais qu'un jour on me ; je ne pense pas qu'ils savent ce que je fais, je pense qu'ils vont savoir ce qui est très visible de l'infirmière c'est-à-dire l'élève qui fait un malaise, qui a un truc d'urgence, ou voilà, je vais agir voilà, le truc vraiment de l'infirmière pompier de service entre guillemet, ça ça va les rassurer mais après, tout ce que je fais à l'infirmerie dans l'accompagnement, l'écoute, discerner ce qui se passe là, ce qu'il faudrait mettre en place, le contact avec les parents, avec les profs, avec les CPE tout ce qui se fait mais qui ne fait pas de bruit mais bon voilà qui est indispensable, là, je ne crois pas qu'il le sache, en tout cas ils ne s'y intéressent pas

Est-ce que selon toi il y a une dissonance entre ce qui est attendu par tes chefs et les prescriptions, les missions qui sont attendu de l'infirmière scolaire ?

Après si, ils aiment bien aussi ce qui se voit, les actions prévention même si mon proviseur maintenant il ne demande pas qu'il y a en ai des dizaines, il ne cherche pas trop une vitrine alors que d'autres avant lui oui. Après moi, je ne suis pas sûre toujours de correspondre à nos missions, c'est pour ça que j'ai un peu de mal

C'est-à-dire ?

Ben moi au lycée, c'est principalement l'accompagnement des élèves et l'accueil et l'accompagnement après, c'est-à-dire que dans une journée j'ai environ 25 à 30 passages par jour et dans ces 25/30 passages je vais dire que je vais avoir à peu près, en moyenne cinq passage au moins par jour qui vont me prendre du temps, derrière lequel je vais avoir vu quelque chose, qui vont m'emmené à un accompagnement après, un suivi de l'élève voilà, est ce que c'est vraiment notre mission voilà ? Eux je suis sûre qu'ils ne savent pas que j'ai ce suivi des élèves par la suite. Ils pourraient s'ils s'intéressaient à ce que je fais, il faudrait qu'ils prennent le temps enfin moi, je pense que c'est juste ça dans mon cas, c'est pas du tout qu'ils me méprisent, mais ils ne prennent pas le temps, une fois de temps en temps de savoir ce que l'on fait, si on a beaucoup de travail, mais jamais moi dans mon, jamais... ils ne prennent ce temps, ils vont me dire bonjour mais comment ça va... Ils vont remarquer si à un moment donné quelque chose c'est passé et que je n'étais pas là, par exemple, j'avais une formation l'autre jour qui était sur la gestion des conflits dans le lycée, à l'intérieur du

lycée et ça c'était pour un CPE, pour les AED la vie scolaire et l'infirmière donc j'étais vraiment, voilà, j'étais inscrite à ce stage et pendant ce stage la vie scolaire était fermée donc y avait pas de surveillants qui accueillait les élèves donc la proviseure adjointe m'a jusqu'à ce que j'arrête, que je dise que je ne fais plus la formation m'a fait appeler à chaque fois qu'il y avait un élève pas bien, voilà, là c'est la seule fois où elle s'est , tu vois, c'est vraiment ma fonction, c'est vraiment la présence, elle s'est pas du tout demandé si c'était important pour moi cette formation, si c'était important pour moi dans ma fonction ou voilà, y a pas de temps, je pense qu'on les apaise, qu'on doit les reconforter par notre présence sur les risques je pense vraiment physiques je pense que c'est plus ça et le temps, oui, ils ne prennent pas le temps, moi les miens, ils ne prennent pas le temps et moi, je le vis comme un manque de reconnaissance, ah mais vraiment je le vis comme ça mais après il est peut être alimenté différemment par chacun mais quand j'en parle à mes autres collègues infirmières, elles ressentent beaucoup la même chose ah mais pour moi c'est évident ; quand on s'intéresse pas plus à ce qui se passe oui, c'est évident, quand on s'intéresse pas plus à ce qui se passe, moi mon infirmerie en plus elle est vraiment à l'écart à l'écart, elle est tout au fond heu donc heu je pourrais y rester toute la journée, de huit heures le matin à 17 h le soir si j'étais comme ça mais personne ne s'en préoccuperait ; on ne verrait que j'existe que si mettons y avait un accident, une blessure et que je n'intervenais pas mais si j'interviens voilà, c'est dans ce sens-là mais moi je trouve que c'est un manque de reconnaissance, moi, je le vis comme ça, vraiment comme ça.

Quels leviers pourraient être actionnés selon toi pour réparer ce manque de reconnaissance?

Au niveau des chefs d'établissements, j'en sais rien moi au niveau de mon lycée, je sors de mon infirmerie, j'ai au début de la réunion, à la rentrée de septembre, lors de la grande réunion avec tous les profs j'ai demandé à prendre la parole pour expliquer que j'étais là de 8h à 17h30 tous les jours à l'infirmerie, que je ne resterais pas toujours à l'infirmerie, que j'en sortirais, que j'irais rencontrer des ; parce qu'on est très critiqué aussi sur l'infirmerie fermée c'est-à-dire, voilà, c'est vraiment en s'affirmant mais ça demande une énergie, et c'est une énergie solitaire alors le levier qu'on peut trouver, c'est le levier avec d'autres acteurs, par exemple moi dans mon lycée ça va être avec les CPE où je vais avoir vraiment et c'est pour ça que j'ai vraiment une reconnaissance, qu'ils vont m'aider dans ma reconnaissance, et c'est pour ça que là je rejoins le pas de blouse blanche parce que là, je fais partie vraiment de leur équipe, quand y a des réunions j'y suis conviée, donc je pense que les leviers c'est si on trouve des partenaires à l'intérieur de l'établissement après l'idéal ce serait aussi de se sentir un vrai groupe, un vrai corps de métier, qu'on trouve des temps pour se rencontrer, pour s'harmoniser dans notre travail, après c'est vraiment un travail de solitaire, je pense que c'est difficile dans un établissement de trouver des partenaires qui nous aident à exister, vraiment c'est ça et ça il faut vraiment se battre seul quoi, après ça dépend peut être des établissements ; moi dans ce grand établissement mais ça a été ; j'ai gravi des montagnes vraiment, ça a été difficile. Voilà, c'est vraiment trouver des partenaires et après tu as toujours des vieux trucs et puis tu gardes des susceptibilités alors après c'est peut être moi individuellement mais je me bats depuis des années pour participer de temps en temps aux réunions d'équipes et donc, j'ai réussi à participer à une réunion d'équipe une fois par mois mais c'est amusant comment j'y suis dans cette réunion d'équipe, je ne m'y sens pas à ma place mais je pense aussi que ça vient de moi, c'est-à-dire qu'on attend peut être comme on est seule, on n'est pas dans notre culture peut être, la dedans dans ce milieu scolaire, donc on attend beaucoup d'être soutenue d'être, et dès qu'on se sent peut être moins soutenu on a toujours un questionnement par rapport à sa place voilà, moi je crois que c'est ça, c'est vraiment par rapport à sa place.

Quelle définition donnerais-tu de l'éducation à la santé ?

A moi, c'est vraiment pour moi une éducation individuelle, moi c'est vraiment, éducation à la santé heu c'est amener l'adolescent puisque moi ce sont des adolescents, contribuer à son mieux être, à son bien-être, à son mieux sentir voilà c'est vraiment ça l'éducation à la santé.

Et comment il se décline ce rôle d'éducatrice de santé dans ton métier d'infirmière scolaire ?

Surtout en individuel car c'est un gros gros établissement il y a 1970 élèves après, moi je suis toujours satisfaite quand on fait avec les secondes l'éducation à la sexualité avec la conseillère conjugale sage-femme du centre de planification, j'aime bien aussi mais je crois qu'il doit toujours être soutenu

derrière par un accueil individuel c'est-à-dire on peut faire une grande messe comme ça si après derrière ben l'élève qui a lors de cette grande action, s'il a senti quelque chose, s'il a des interrogations, s'il a pas un professionnel en face pour pouvoir s'épancher, ou et ben ça suffit pas. Je pense qu'il faut faire attention à l'éducation à la santé grande vitrine je crois, je pense qu'il faut faire attention à ça. Moi, j'ai l'impression vraiment quand je vois l'élève, quand je lui en parle individuellement et quand je le revois après, je me sens peut être plus efficace

Si je devais te demander de classer entre 1 et 10 ton niveau de compétences en éducation à la santé, tu te positionnerais où ?

Je mettrais 6

Et d'après toi, qu'est ce qui pourrait le faire évoluer ce niveau de compétences ? Je ne sais pas

Quelle satisfaction et insatisfaction trouves tu dans l'exercice de ta profession d'infirmière scolaire ?

Alors, les satisfactions, c'est vraiment quand je me sens à ma place, à ma place dans l'accueil de l'élève, dans l'écoute de l'élève, quand je me sens juste dans mon évaluation, tu sais on sent alors après, avec la pratique, là cet élève, j'ai senti, pof c'est juste, que ce que je lui ai dit ça l'a apaisé, que voilà je sens que je lui ouvre une fenêtre, voilà que je lui apporte de l'air, pas toute seule tu vois, que je contribue, que je lui ouvre une première fenêtre voilà ça c'est vraiment une satisfaction quand je me sens à ma place, là je me sens vraiment à ma place quand c'est comme ça, quand je prends le temps, quand heu ; au début quand j'étais infirmière scolaire, c'était difficile, je voulais être un peu le zorro là maintenant je me sens plus juste, dans le dosage aussi, pof je pose ça mais je sais que je reposerais après, voilà, je me sens satisfaite la dedans, vraiment, vraiment, je me sens satisfaite dans les outils que j'ai mis en place, et que je voudrais encore ; l'importance des outils, tu vois les outils, les supports, le cahier que je me suis fait où je prends mes notes voilé, je me sens satisfaite dans mon travail d'équipe avec les CPE surtout un là oui, je me sens vraiment satisfaite, je me sens satisfaite quand je pense que je contribue au mieux-être de l'élève quand j'ai vraiment senti quelque chose.

Je me sens vraiment insatisfaite dans la reconnaissance, vraiment c'est ça, je me sens insatisfaite dans l'isolement, je me sens insatisfaite ; moi par exemple cette année je me suis pris comme outil un cahier et tous les jours je note mais très très brièvement et de manière schématique ce que je fais alors pas tous les passages mais tel élève tien pof, j'ai senti un truc pope pope je résume parce que j'ai besoin d'avoir ça parce que personne ne le voit et ça je trouve que c'est d'une violence, mais vraiment c'est violent violent que ce ne soit pas reconnu, pas vu, des fois je me dis mais après c'est peut être un manque de maturité, c'est peut être aussi mon cheminement à moi mais heu des fois je me dis, tu vois la satisfaction que je peux avoir d'avoir contribué au mieux-être d'un élève, d'avoir fait le lien je vais vraiment être satisfaite pour l'élève mais professionnellement, je vais tout de même avoir l'insatisfaction qu'il n'y a que moi qui le sait, que l'élève qui le sait, que les parents puisque des fois ce sont avec les parents voilà, le CPE et encore ça dépend des situations et après y a un truc on peut dire voilà je pourrais être très sûre de moi mais je pense que moi il me manque ce truc à moment donné « ah ben oui je vois que vous faites du bon boulot » mais jamais .

De qui tu l'attendrais cette reconnaissance ?

Des chefs d'établissements surement, alors des enseignants je l'ai plus maintenant, pas parce que j'ai un retour mais tu vois, maintenant, je fais, quand je vois un élève, pof, j'envoie un mail aux profs, prof principal, CPE donc j'ai des traces, alors tu vois, je me dis on voit plus, avant je pouvais mettons rencontrer des élèves mais euh j'allais le dire comme ça aux profs oralement mais voilà, même pour moi, ça me donne de la matière, ça me donne de la matière à cette rencontre. Oui, du chef d'établissement déjà, mais je dis pas peut être qu'il pense que je bosse bien mais je ne sais pas comment il peut le penser, oui il voit que je suis bien intégrée dans le lycée mais encore. Voilà, l'insatisfaction c'est ça, c'est que et pourtant je l'ai posé que moi, Madame X infirmière, je ne pourrais pas rester 9h dans mon infirmerie et ben quand je vais être à la vie scolaire et que je vais faire des choses, et ben, un des proviseurs va passer par la vie scolaire et m'y voir et bien je vais tout de suite me sentir coupable, y a quelque chose comme ça qui est difficile ; pour moi, l'intérêt que tu portes à une personne, ça passe par des choses mais très simple : comment ça va ? Vous avez beaucoup de travail ? Mais quand ces questions ne sont pas posées, tu es transparente, soit tu es transparent soit tu

te dis houlà, je ne suis pas à ma place là, je suis à la vie scolaire, je devrais être à l'infirmierie tu vois ! On est quand même, alors moi peut être que je suis très dépendante aussi de ce regard là mais c'est toujours à soi de trouver les solutions ; moi par exemple si je suis à la vie scolaire, si le proviseur passe, je vais me sentir coupable, après qu'est-ce que j'en fait ? Soit je me dit oh non, c'est trop lourd cette culpabilité, je retourne dans mon infirmierie, soit je me sens coupable mais je me dis allez bon, je la mets de côté cette culpabilité mais ce qui n'est pas possible soit je me dis, tiens je me sens coupable mais comment je vais y travailler sur cette culpabilité, et qu'est-ce que je vais en faire de cette culpabilité : et bien je vais en faire, c'est toi qui va te justifier, trouver ; ben non, ta présence, elle est justifié, tu fais ça mais c'est à toi de trouver les solutions, ils ne vont pas t'aider à la trouver mais après c'est moi, c'est ma représentation peut être très simpliste parce qu'ils ne me font aucune réflexion ni négatives, ni positives mais bon, ils ne me font aucune réflexion.

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

Alors moi quand j'en parle, au début c'est vraiment la planque, c'est un peu ça pour la plupart des gens, voilà, c'est ça après je pense que par ce qu'on peut dire ça change petit à petit, moi en tout cas dans mon entourage proche. Voilà.

Mais d'après toi, qu'est ce qui pourrait la faire évoluer cette image?

Déjà tu sais, d'abord y a tellement d'images, il y a infirmière scolaire mais il y a d'abord infirmière donc déjà infirmière c'est tout une image, donc euh, en tout les cas pour moi c'est vraiment infirmière ; mais infirmière hospitalière c'est pas la planque donc ce n'est pas le problème de infirmière, ce qui pourrait faire évoluer l'image c'est comment on en parle, ce qu'on peut dire autour, ce qu'on peut voilà ; après moi je crois que grâce au travail que je peux faire avec certains profs, avec certains CPE, et bien y a tu vois des images qui ont pu bouger, et puis elle est transmise comme ça, on en parle comme ça, voilà, je pense que c'est sans doute comme ça et après une reconnaissance. Tu vois l'autre jour j'entendais une émission sur France inter le téléphone sonne et c'était une femme qui avait écrit un bouquin sur, elle avait été maltraitée tu vois par son père et elle a raconté son histoire et à moment donné elle disait que c'était voilà, elle avait vécu des années d'enfer jusqu'à ce qu'elle rencontre l'infirmière scolaire de son lycée et j'étais là : « ah mais, c'est sur France Inter, y a plein de gens qui sont en train d'écouter ça et j'étais hyper fière, je me disais voilà y a plein de gens qui entendent ce que c'est, voilà et heu, voilà, jr pense que c'est par des choses comme ça.

Dans cet entretien, y a-t-il des questions que j'aurais oublié selon toi ou des questions que tu aurais aimé que je te pose ?

Non, mais j'en ai parlé un petit peu, notre isolement par rapport à la culture scolaire, la culture de l'enseignement et heu nos difficultés à nous individuellement dans nos établissements à nous rencontrer nous infirmières scolaires, tu vois, un peu cette difficulté à nous à trouver une âme commune d'infirmières scolaires, voilà je trouve que ça c'est ; voilà sinon non. Après oui, je pense que les chefs d'établissements, les CPE, les enseignants et les parents influencent l'identité professionnelle de l'infirmière, soit en mal soit en bien, après je pense que c'est vraiment, c'est-à-dire une infirmière scolaire dans un établissement où le chef d'établissement CPE, les enseignants et les parents sont pas dans la reconnaissance de son travail, si elle a pas la force, vraiment l'énergie et la confiance suffisante en elle tu vois pour se sentir exister et bien elle peut périr dans son infirmierie, se flétrir dans son infirmierie, alors que moi je pense que si dans un établissement y a voilà une hiérarchie, des CPE, des profs qui sont là dans l'accueil de cette fonction, dans la reconnaissance ben ils vont impulser quelque chose, après on peut trouver soi la force ; moi quand je suis arrivée au lycée, je me suis dit mais je vais faner dans cette infirmierie, mais je vais voilà, ce qui est terrible dans cette profession c'est que je pense que je pourrais depuis 15 ans être dans mon infirmierie à distribuer les médicaments, à dire voilà, à faire voilà, je pourrais avancer que comme ça et c'est ce qui me paraît incroyable dans cette fonction voilà c'est que, et je crois que c'est là que ça influence mais après tu peux avoir une hiérarchie, des CPE un groupe autour qui ne va pas être moteur pour toi mais bon voilà, tu vas te dire ah ben non ça va pas ça et tu vas trouver l'énergie, et arriver à renverser les choses, à marquer par ta présence par ta fonction et mais c'est moi je trouve que ça demande beaucoup d'énergie et c'est pour ça que je pense que ça influence voilà.

Merci beaucoup

ENTRETIEN 2 (E2)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge? 40 ans

Tu es titulaire? oui

Tu es infirmière à l'éducation nationale depuis combien de temps?

5 ans et pas contractuelle avant

Tu exerces dans quel secteur? Lycée d'enseignement professionnel

Quelle est ta quotité de travail? 90%

Y a-t-il une longue distance entre ton lieu de travail et ton lieu d'habitation?

20km aller

Est-ce que dans ton activité professionnelle, tu portes un signe distinctif qui permettrait à quiconque te croise de t'identifier comme l'infirmière ?

Non, ça pourrait être un badge, je connais des collègues qui portent la blouse mais moi je ne me suis pas posé la question de ne pas avoir de blouse mais en voyant une autre collègue le faire, je me suis posé la question de savoir s'il y a chez elle un besoin d'identification ? Un besoin physique de se faire identifier ? Heu, choses dont moi je n'ai pas eu besoin, il ne m'a pas semblé avoir un besoin autre de se faire connaître, de l'animer même la première année par quelque chose physiquement par contre, non, même au moment des soins, là je vois j'ai un gros pansement mais je n'ai pas de blouse.

Quelles ont été tes motivations pour rentrer à l'éducation nationale et passer le concours ?

Les premières motivations ont été de quitter le soin palliatif, et pour quitter le soin palliatif, j'ai fait réanimation et soins palliatifs, ça a été changer de population, heu, quelle population je ne connais pas et j'ai envie de connaître ? Et ça s'est tourné vers la population ados et j'ai commencé à me renseigner sur quel était le rôle de l'infirmière scolaire, d'ailleurs sachant que j'avais fait un stage durant mes études et ça c'était plutôt bien passé et j'ai dit pourquoi pas avec un privilège des vacances scolaires étant donné que j'avais deux enfants en très bas âge mais en me disant aussi, si ça ne me plaît pas, c'est pas les vacances scolaires qui feront que j'y resterais. Mais voilà, je dirais que l'orientation car on peut aller faire du labo ou je ne sais quoi, c'était l'adolescent, se diriger vers l'adolescent et l'envie de ne plus être en service.

Et du coup, ces motivations, sont-elles les mêmes aujourd'hui ?

Oui, le travail auprès de l'adolescent, ça reste tout de même le moteur du quotidien, le travail auprès de cette population adolescente, heu, oui, qui s'est même amplifié on va dire au fur et à mesure des formations et je dirais des nouvelles connaissances, heu ça a encore plus, j'ai plus mesuré l'importance de prendre en charge qui est à un tournant, un lieu de dépistage au sein du scolaire et vraiment si on en faisait quelque chose, on peut dépister beaucoup de choses à cet instant là et en tout cas, qu'à l'adolescence tout n'est pas figé parce que même s'ils décompensent vers quelque chose de psy, même si y a des maltraitances, même, c'est pas figé et en ayant les bonnes rencontres ou les bons relais on peut aider l'adolescent alors que moi j'étais en réanimation en soins palliatifs où à un moment donné, on est dans l'acceptation qu'il n'y ait plus rien et là, tout est venu de se nourrir de ça c'est-à-dire que oui, à cet âge-là, tout peut basculer du bon côté et ça vient remotiver à ce moment-là sauf que ça re questionne est ce que dans le scolaire il y a une place pour le soin, quelle place on laisse, enfin oui, la réponse est oui et quelle place on lui laisse au scolaire au-delà du dépistage de début d'année, du DIA, quelle place on laisse vraiment à l'infirmière scolaire, dans la relation au médecin parce que je pense qu'il y a vraiment quelque chose à faire

Et si tu devais identifier les plus gros écueils entre cette motivation de départ et aujourd'hui ?

Y a d'une part comment articuler scolarité et bien fait de scolarité et la prise en charge de l'élève et dans sa réussite scolaire et dans son épanouissement personnel où là je pense qu'on a vraiment, ça serait retravailler l'aspect pluri disciplinaire dans cette prise en charge et ce serait aussi l'institution au sens large à se re questionner sur son mode de fonctionnement et quelle place elle laisse à tout le monde et moi je reste quand même avec plus haut, c'est pas qu'un état d'établissement, je pense qu'il

faut aussi qu'il faut le repenser plus haut, c'est à deux niveaux, c'est ça mais à plusieurs niveaux, à plusieurs échelles.

D'après toi sur quoi repose l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire?

Sur la personne en elle-même, je pense que cette identité, il faut aller la chercher, elle est pas donné, elle est pas reconnue il me semble, heu, parce qu'on est dans le scolaire, parce que ce qui prime beaucoup c'est la réussite scolaire, parce qu'il faut se battre pour faire accepter que sans épanouissement personnel il n'y aura pas de réussite scolaire ou qu'un élève qui a 19 de moyenne et qui est prêt à se tailler les veines ça peut pas aller avec et ça, c'est un combat de tous les jours et c'est très très long à faire accepter au monde du professeur, au monde de notre hiérarchie qui est proviseur ou adjoint, et c'est à faire bouger ces convictions qu'un élève ça ne lui suffit pas, ça n'ira pas que ce soit au collège ou au lycée juste de lui distribuer un savoir, à un moment, je pense qu'il faut s'interroger sur comment lui distribuer, comment éduquer, comment enseigner, et lui, qu'est ce qu'il est prêt à recevoir à cette étape de sa vie et je pense que ce n'est pas reconnu parce que à un moment donné on nous signifie pas assez ; tiens, y a une infirmière, elle est là pour ça, je pense de toute façon que nos missions elles ne sont pas clairement définies hein, et qu'après, il faut une vraie volonté du chef d'établissement pour dire voilà quel travail on peut mettre en place. Je pense que c'est le travail de la pluri catégorielle, c'est vraiment d'accès sur croiser les regards autour de la prise en charge de l'élève et de laisser au centre l'élève. Enfin moi il me semble.

Relance : et selon toi quelle serait la spécificité de l'infirmière scolaire ?

Le dépistage et le relai. Pour moi, l'infirmière scolaire elle est là pour aider au dépistage des troubles et permettre de relayer ayant connaissance des, une fois qu'on a pu aider au dépistage, aider la famille ou autres à relayer vers les bonnes personnes pour prendre en charge les maux. Voilà, ça serait la spécificité parce que c'est un lieu de vie, heu un micro cosmos quoi dans le sens où à cet âge-là, ado, y a tout qui bouge, y a ce mode d'identification, y a tout ce côté hormonal, sociétal, intellectuel et l'infirmière elle est là soit pour aider, et cadrer, écouter et à un moment si ça dépasse ses fonctions être en capacité de relayer et pour moi, on est là surtout pour ça, aider à dépister et relayer.

Qu'est-ce que ta hiérarchie attend de toi aujourd'hui, en tant qu'infirmière scolaire au quotidien ? Ta perception à toi, ce serait quoi ?

Rien... Ma nouvelle hiérarchie n'est là que depuis septembre et la place et le travail en collaboration, tout ça s'est mis en place au cours de ces 5ans mais vraiment en allant démarcher, en allant vers les gens, en allant se faire connaître, faire du lien avec les enseignants, qu'est-ce qu'on peut faire, identifier tout ça et heureusement tout ça n'est pas mis à mal dans ce travail pluri disciplinaire à côté de ma hiérarchie, il continue malgré cette nouvelle hiérarchie, sauf que, pour la première fois depuis septembre, je pense que j'ai une proviseure qui n'attend rien de l'infirmière, en tout cas de moi, je ne dis pas de l'infirmière au sens large mais qui ne la prend ni comme conseil en santé, après je lui donne, tant pis, ni ; je pense qu'elle ne connaît pas mes missions, je pense qu'elle ne connaît pas mon emploi du temps, heu, non, je pense qu'elle n'a pas d'attente par rapport à moi si ce n'est ne pas faire trop de bruit dans les conseils de disciplines, ne pas donner trop mon avis si ça va à l'encontre de ce qu'elle pensait à savoir mettre dehors les gens, c'est dur ce que je suis en train de dire mais je crois que cette année, c'est ça mais heureusement, ça n'a pas toujours été ça

Quelle définition donnerais-tu de l'éducation à la santé ?

A partir d'un constat ou d'un bilan après un groupe d'élève, ou d'un élève isolé mais plus particulièrement un groupe d'élèves, identifiant un manque ou un besoin, heu la nécessité d'approfondir ou de développer des connaissances, heu en vue de heu de les interroger sur leurs comportements, en terme de santé ou leurs comportements citoyens, au moins que ça vienne les interroger, on identifie des besoins voilà, des manques, des comportements déviants on part de ce constat-là, pour moi on est obligé de partir de ce constat-là, et par rapport à ça au sein du groupe, on s'appuie sur l'identification de ces manques, on vient nourrir d'un apport sous multiples formes, supplémentaires, au moins qu'on les fasse bouger, pas forcément modifier parce que ce serait génial s'ils modifiaient leurs comportements mais c'est pas toujours ça, en tout cas que ça amène une réflexion autour de leurs comportements ou de leur pratique en terme de santé. En tout cas, ça part de

quelque chose, de l'identification d'un manque, d'un besoin, d'un questionnement ou d'un gros phénomène : on a un gros phénomène d'alcoolisation, donc y a pas forcément un manque ou un besoin, ou en tout cas, je pense à une classe qui s'alcoolisait mais génial, super dynamique de groupe mais à s'alcooliser, à fumer, à tout essayer et en fait on a travaillé sur le groupe ; c'est pas forcément un manque mais c'est venu à moment donné s'interroger sur le groupe.

Relance : autre chose ?

Non, parce que à partir du moment où je suis dans de l'individuel, pour moi on n'est pas dans le même cheminement d'éducation à la santé, on est dans une relation duelle donc à un moment oui, je vais faire de l'éducation à la santé, comment faire ton pansement, ce serait un diabétique, comment utiliser ceci ou comment utiliser la pompe à insuline et tout ça sauf que je trouve que c'est très médical à ce moment-là en fait et si c'est sur quelque chose de plus profond, je vais relayer à un professionnel, donc, dans le côté duel, soit je suis le relai de quelqu'un d'autre au sein de l'établissement et on est dans un travail d'éducation à la santé mais individuellement, avec du relai soit des infirmiers ou autre, je le vois pas de la même façon en fait.

Si je devais te demander de classer entre 1 et 10 ton niveau de compétences en éducation à la santé, tu te positionnerais où ?

6

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

Plan plan, distributeur de doliprane, bobologie

Comment on pourrait la faire évoluer cette image ?

En faisant évoluer les infirmières scolaires, chaque personne est responsable de cette image, l'éducation nationale, mais il faut aussi une volonté de la faire évoluer cette image. Et dans nos missions et nos rôles, parfois c'est tellement pas clair, c'est pas, enfin pour moi, c'est le fouillis les missions, j'ai du doliprane mais j'ai pas le droit de le donner, j'ai le droit de donner du norlévo, à moment donné, je ne trouve pas ça cohérent à ce niveau-là et je pense qu'il faudrait une vraie volonté commune à chaque infirmière scolaire de se dire je ne veux pas être perçue dans ma relation aux autres, aux parents, aux médecins que j'appelle, aux urgentistes, comme donc voilà, il y aurait une nécessité de maintenir une formation, moi, je crois que ça passerait aussi par-là, l'obligation d'avoir au cours des différentes années, de formation en soin... Les filles qui refusent après tout soin, ça me questionne, qu'est ce qui fait qu'on en arrive là à refuser le geste technique et à faire appel à des infirmières libérales, nous obliger à se maintenir à jour... on ne sait plus perfuser, plus faire une intradermo, les cathé aujourd'hui, ils sont auto rétractant, qui, jr sais pas si beaucoup savent ? Peut-être faire une semaine dans des actes de pure technicité, voir ce qu'il existe aujourd'hui et après je pense qu'il y a une formation continue qui doit se faire sur nos gestes de secours... Enfin, à moment donné, on veut que tous les élèves mais est ce que toutes les infirmières et on le voit dans le recyclage SST l'infirmière qui fait tous les gestes mal quand on nous met en condition et qui dit : ah mais oui mais c'est parce que. Ah ben non, si déjà ça c'est oublié alors qu'on est monitrice ; ce qui veut dire que les infirmières qui sont pas monitrices, elles n'ont plus, c'est loin et je trouve qu'on s'éloigne de notre, et on ne devrait pas s'en éloigner autant ; je crois que c'est ce qui crée ; l'autre fois, le SAMU me disait : votre collègue m'a appelé, l'élève avait une bille dans le nez et elle a pas eu le réflexe d'appuyer sur l'autre narine et de souffler ; enfin, qu'est ce qui a fait qu'à un moment donné on en arrive là ? je pense que ça doit venir des infirmières elles-mêmes à un moment donné de dire soyons reconnu, voilà ; formons nous, demandons une formation pour en effet réapprendre ce discours professionnel, ces pratiques professionnelles et peut être que ça fera bouger les choses où on peut être reconnu en tant que telle, je pense que ça viendra de là, après, ça peut venir du plus haut niveau en disant vous devez avoir telle ou telle compétences pour continuer en tant qu'infirmière scolaire, c'est les deux, enfin il me semble.

Je reviens sur tes satisfactions professionnelles, aurais tu des choses à rajouter ?

Non, mais il y a plein de satisfaction, y a quand même à travers tout ce travail cette reconnaissance du travail de l'infirmière scolaire par la communauté éducative, par les élèves, les premiers c'est eux tout de même, heu arriver à être dans un travail de collaboration de qualité, sans proviseur tant pis mais avec tout le reste, c'est quand même quelque chose qui tient bien avec l'assistance sociale, avec les

CPE et malgré tous les disfonctionnement, ça tient ça ; heu arriver, malgré un public difficile à quand même orienter comme il faut dans les cas d'élèves les plus en difficulté psychologiquement, arriver à des prises en charge ça c'est tout de même une satisfaction ; effectivement à un moment en ayant les bonnes rencontres et sans se lasser et sans baisser les bras, arriver à des prises en charge qui soient de qualité et pour le bien être de l'élève, arriver à un questionnement commun même avec des enseignants qui n'ont pas forcément cette culture du prendre soin, heu voilà, oui après moi ça reste.

Je pense que tout chef d'établissement devrait savoir quelle formation on a, qu'est-ce qu'une infirmière, d'où on vient, on a un cursus avant, leur redéfinir quelles sont nos missions, je pense qu'ils ont quelque chose à lire qu'ils ne lisent pas forcément et les sensibiliser sur cette notion, comme avec l'assistante sociale de notre rôle de conseillère en santé, c'est-à-dire à un moment donné quel que soit le chef hiérarchique que l'on a, les décisions leur appartiennent mais de s'entourer de personnes avec des compétences qu'ils n'ont pas, à un moment donné des compétences en santé, voilà, je crois que c'est à ce niveau-là, redéfinir auprès de ces proviseurs, on met des infirmières, avec telle ou telle compétence qu'il faut se saisir parce que ça passera par-là.

Et qui peut faire ça d'après toi ?

Un recteur ? J'en sais rien

Et l'infirmière elle-même, c'est pas son rôle ?

Si mais ça marche ou ça marche pas, voilà

Et est-ce que tu penses que c'est une problématique partagée par nos collègues médecins et AS ?

Non, je ne crois pas, quoi que cette année chez nous, l'AS est mise à mal de la même façon et le médecin non, parce qu'il y a une espèce de reconnaissance du corps médecin même si on sait qu'il est totalement inefficace le médecin, et qu'il ne remplit pas son rôle, et qu'on ne le saisit pas et qu'on est voilà, on lui reconnaîtra un statut de médecin. Là, pour le rôle de l'assistante sociale et de l'infirmière, même dans des situations de disfonctionnement où on aurait dû faire appel à l'infirmière et à l'assistante sociale, les dysfonctionnement étaient majorés, même si ça a été mal géré parce qu'on ne fait pas appel, dans une situation, l'assistante sociale n'a pas été appelé, on a appelé une prof pour faire une investigation sur une maltraitance à domicile, voilà la proviseure a appelé la prof pour faire une investigation sur maltraitance à domicile, donc c'est qu'à un moment donné, et c'est pas faute d'avoir aussi une assistante sociale qui a demandé à se présenter en début d'année, qui a demandé d'expliquer quel est son rôle, qui l'a fait au niveau de la proviseure, je pense que par rapport à certaines personnalités, malgré toute l'énergie que l'on peut déployer pour voilà, après, ça nous empêche pas de faire savoir mais on s'en fiche.

Dans cet entretien, y a-t-il des questions que j'aurais oublié selon toi ou des questions que tu aurais aimé que je te pose ?

Non, ç'aurait peut-être été intéressant de voir l'identification par rapport à nos pairs, est ce qu'on s'identifie aussi par rapport à nos autres collègues infirmières, comment, sur quel mode, à qui on s'identifie nous en fait ?

Je ne te cache pas que j'ai un questionnaire à l'attention des chefs d'établissements, enseignants, CPE et parents à mettre en perspective avec ces entretiens.

Oui, je sais, ils nous l'ont fait passer à nous, les collègues en ont parlé à la réunion de ce matin et moi la question que je me pose c'est à qui s'identifier ? Est-ce que l'on doit s'identifier ?, en général, il y a des pairs, on devrait avoir des pairs, on fait partie d'un corps infirmier, sauf qu'on fait plus partie des infirmières hospitalières, on n'a plus un cadre au-dessus de nous, notre hiérarchie, c'est notre proviseure donc on ne peut plus, dans quel mesure on peut s'identifier à un proviseur alors qu'il ne fait pas partie du même corps, on prend, enfin pour ma part, je prends de certaines de mes collègues des compétences qu'elles ont, j'admire la rigueur de certaines, est ce qu'on doit s'identifier ?

Merci beaucoup

ENTRETIEN 3 (E3)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge? 44

Tu es titulaire? OUI

Tu es infirmière à l'éducation nationale depuis combien de temps? 5ans, contractuelle 4 mois

Tu exerces dans quel secteur? Collège secteur urbain

Quelle est ta quotité de travail? Temps plein

Y a-t-il une longue distance entre ton lieu de travail et ton lieu d'habitation? 5 km

Est-ce que extérieurement des gens qui ne te connaîtraient pas en tant qu'infirmière scolaire peuvent te reconnaître quand ils te croisent? Est-ce que tu as un signe distinctif?

Je pourrais porter la cornette rire, non, pas de signe parce qu'on n'est pas là pour faire du soin technique, on n'est la plus pour du relationnel et pour moi la blouse protège des bactéries peut être, protège de l'autre peut être, et puis moi j'ai pas envie de cette distance

Est-ce que tu te rappelles, au départ, quelles étaient tes motivations pour passer le concours à l'éducation nationale ?

Le ras le bol, je travaillais dans le privé, bloc opératoire, salle de réveil, service ambulatoire et on était arrivé à un moment où c'était plus des patients, c'était des clients, et tout était dans le rendement, on avait des journées terribles, il fallait aller vite, tout le temps et on avait plus le temps de se poser et prendre soin donc ça c'était une première motivation et deuxième motivation j'avais un problème relationnel avec une collègue et on arrêtait pas de se crêper le chignon donc fallait qu'y en ait une qui s'en aille et puis ça me trottait dans la tête depuis un petit moment quand même et je voulais pas franchir le pas parce que concours académique et je ne voulais pas me retrouver à l'autre bout de la région et puis un jour voilà, fallait que je fasse quelque chose et je me suis dit , j'avais regardé, des postes, je cherchais petite enfance, halte-garderie, crèche, et puis je me suis dit pourquoi pas essayer le scolaire et j'ai dû tomber sur le site de l'IA, envoyer un mail à la conseillère technique qui m'a rappelé dans les trois jours et m'a dit venez on se rencontre et voilà et je suis partie quoi.

Si je veux faire le lien entre les motivations qui étaient les tiennes quand tu as passé le concours et tes motivations aujourd'hui à y être et à y rester, ce serait quoi ?

Les mêmes, je ne sais pas. Le côté relationnel oui pas de souci la dessus mais je sais pas quand je suis partie dans le scolaire si je me rendais compte du rôle d'une infirmière scolaire, je crois que j'ai appris sur le tas et qu'on peut tellement faire des choses ; c'est ça le bonheur de ce métier c'est qu'on peut faire des trucs complètement différents entre ce que je faisais avant et le milieu scolaire, c'est le grand écart et c'est ça que je trouve vachement intéressant et comme en plus j'ai été amené à déménager pas mal de fois et à changer de boulot pas mal de fois, voilà maintenant je me dis que j'ai un éventail d'expérience assez large et je trouve ça super enrichissant

D'après toi sur quoi repose ton identité professionnelle d'infirmière scolaire?

Je ne comprends pas la question

Quelle est selon toi la spécificité du métier que tu exerces?

Avoir un autre regard que les profs sur les élèves, avoir un regard différent

Mais ça, ça pourrait être l'identité professionnelle du CPE ?

Le coté empathie avec les élèves, essayer de comprendre, mais les CPE tu vas me dire ils sont aussi la dedans, je ne sais pas, oui, l'empathie, la bienveillance, le regard différent de celui des enseignants mais je ne sais pas, je ne me suis jamais posé cette question, tu me colles, je ne sais pas.

Qu'est-ce qu'on attend de toi selon toi aujourd'hui, en tant qu'infirmière scolaire au quotidien ?

Etre là pour accueillir les bobos de tous les jours, pour beaucoup c'est la première chose après, il y a des gens qui réfléchissent un petit peu plus et qui voit un autre rôle à l'infirmière mais ouais, être là parce qu'il y a des maux de tête et de entorses et ça, on a du mal un petit peu à.

Relance : Et toi, si tu devais dire pourquoi tu es là ?

Pour apporter aux élèves, plus on est des connaissances, voilà on est plus sur le être capable de faire des choix pour sa propre santé, voilà, moi je le vois plus dans ce sens- là, essayer de leur donner des billes pour qu'ils soient bien dans leur corps et qu'ils puissent, voilà, se rendre compte que la santé c'est important

Et comment tu expliques la différence entre ce qui est attendu et le pourquoi toi tu es là ?

Parce que oui, je pense que l'infirmière elle a encore cette image de la bonne sœur, la religieuse, le stéréotype de l'infirmière qui est là pour soigner les petits bobos et voilà, oui on est là pour soigner les petits bobos et beaucoup et les profs notamment ils sont parfois très étonnés quand on leur dit qu'on peut faire autre chose, éducation à la santé, présenter « je tu il », par exemple, ah ouais, tu peux faire ça toi ? Ah ouais ; après avec ma principale par exemple, elle est super ouverte et voilà, elle est pas dans le l'infirmière est là pour les petits bobos, elle a une autre idée quand même de l'infirmière.

Quelle définition donnerais-tu de l'éducation à la santé ?

Donner aux élèves des billes pour faire des choix constructifs et positifs pour eux, pour leur vie future, pour les positionner par rapport aux autres, pour bien vivre ensemble.

Et comment il se décline ce rôle d'éducatrice de santé dans ton métier d'infirmière scolaire ?

Alors là, je suis, j'ai commencé cet autre que moi et je m'éclate dans ce truc-là, même si c'est un peu lourd mais heu voilà et j'aimerais voilà, j'ai fait une formation sur tout ce qui était estime de soi là sur les relations garçons filles, et pour l'instant, j'avoue que j'étais encore dans les prémices et voilà, j'aimerais arriver à faire des choses dans ce sens-là. Après en individuel ou en collectif, on est dans de l'éducation à la santé, parce que dans un bilan infirmier de 6^{ème} ou de Ce2, on est aussi dans de l'éducation à la santé, pourquoi c'est important de se laver les dents et de se laver, est ce que tu as tes règles mais c'est quoi les règles, là aussi on est dans l'éducation à la santé, se connaître soi, connaître son corps etcetera et puis, aussi dans les interventions collectives où il faut qu'il se rende compte aussi que les autres ils ont, on fonctionne tous pareils, et que oui, c'est important de faire attention aux autres aussi, on n'est pas tout seul dans la vie.

Comment évaluerais-tu ton niveau de compétences en éducation à la santé sur un curseur de 0 à 10?

Au milieu, à 5 parce que je pense que j'ai encore plein de progrès à faire, sur voilà, sur la façon de présenter les choses, sur l'animation, sur, parce que c'est un autre métier, on n'a pas été formé à ça en écoles d'infirmière et que oui, j'ai l'impression d'apprendre un autre métier. Et heureusement, il y des formations et jusque-là, je suis tombé sur des formations qui m'ont super intéressée dans lesquelles je me retrouve bien et qui m'avance, m'aide à avancer et j'espère que ça va durer, et je me dis que quand j'aurais fait le tour des formations, je resterais sur ma faim.

Quelle satisfaction trouves tu dans l'exercice de ta profession d'infirmière scolaire ?

Plein, c'est quand les gamins en primaire nous reconnaisse et nous sautent dans les bras quand on arrive dans l'école, on se dit ça y est, on est quelqu'un de reconnu dans cette école, heu, voilà, au collègue quand oui les élèves nous croisent ou reviennent vers nous parce qu'on a été, on les a aidé à quelque chose, ça c'est de la reconnaissance. Après quand on fait une action dans une classe et qu'on a l'impression que ça c'est bien passé, qu'on a été utile aux élèves, ça oui, qu'on n'a pas fait flop quoi.

Et quelles seraient tes insatisfactions ?

Le manque de, les difficultés de travail en équipe, notamment avec les médecins scolaires, ah oui, ça c'est ma grosse déception de pas se sentir, enfin, ce n'est pas qu'on se sent pas soutenu mais j'ai l'impression de travailler voilà, elle elle est là, moi je suis là, moi j'essaie de faire du lien mais y a pas de retour ou pratiquement pas et ça ouais, pour moi, c'est une grosse déception. Avec l'assistante

sociale, ouais, je me suis rendue compte y a pas très longtemps, ça tient à la personnalité, avec l'assistante sociale, de mon collègue, voilà, c'est assez, enfin, on se voit pas déjà, on n'est pas là forcément les mêmes jours, et puis c'est une personnalité un peu particulière qui fait que bon, bref, et la COP, on n'a pas les mêmes jours au collège donc voilà, je me sens, sur le plan médico scolaire social un peu isolée, heureusement, je m'entends super bien avec la chef d'établissement et on échange beaucoup sur plein de truc.

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

« Ça doit être cool comme métier » ah ouais, ben détrompe toi, viens passer une journée avec moi et puis, tu vas voir, heu ouais, peut-être l'infirmière qui est cool dans son bureau, voilà, qui fait de la petite bobologie, mais ils se rendent pas compte du rôle éducatif, psy, tout ce qu'on peut apporter ou pas aux élèves. Et pour faire bouger cette image, on pourrait peut-être intégrer plus les parents dans les établissements, ouais, les faire rentrer plus, alors on essaie, moi j'essaie de participer aux réunions parents profs de début d'année, aller me présenter, expliquer un peu ce que c'est, que je vais voir leurs gamins, que voilà, mais ouais, y a un gros manque là-dessus. Moi je vois mes filles qui maintenant sont grandes, quand je leur parle de mon boulot, surtout l'ainée, elle me dit mais moi, quand j'étais au collège, j'ai jamais eu une infirmière qui faisait des trucs comme ça donc voilà, l'infirmière elle était là pour soigner les bobos

Dans cet entretien, y a-t-il des questions que j'aurais oublié selon toi ou des questions que tu aurais aimé que je te pose ?

Non

Merci beaucoup

ENTRETIEN 4 (E4)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge? 29ans

Tu es titulaire? Stagiaire cette année

Tu es infirmière à l'éducation nationale depuis combien de temps? DE 2009, 1 an

Tu exerces dans quel secteur? Collège secteur rural

Quelle est ta quotité de travail? Temps plein

Y a-t-il une longue distance entre ton lieu de travail et ton lieu d'habitation? 40 km

Est-ce que extérieurement des gens qui ne te connaîtraient pas en tant qu'infirmière scolaire peuvent te reconnaître quand ils te croisent ? Est-ce que tu as un signe distinctif ?

Non, je me suis demandé si j'allais porter une blouse ou pas et de ne pas en porter m'a aidé à laisser tomber la blouse de l'hôpital je pense. Dans ma tête, même si je ne savais pas ce qu'était l'infirmière scolaire, ce n'était pas du tout une infirmière d'hôpital et l'école n'est pas un lieu de soins et je ne voulais pas incarner le soin mais vraiment l'écoute. Mais dés fois j'hésite et l'année prochaine, je me demande si je n'en porterais pas une car des parents nouveaux me confondent avec des élèves, donc c'est pour ça. Mais si je le fais, c'est pour être reconnu par les autres.

Quelles ont été tes motivations pour rentrer à l'éducation nationale ?

J'avais envie d'avoir plus de temps pour faire le travail d'infirmière, le travail d'écoute, le rôle propre de l'infirmière, l'éducation, l'écoute et parce que j'étais fatiguée aussi de travailler, la nuit, le matin l'après-midi, j'avais envie d'un autre rythme mais sans que ça empiète sur mon temps, j'avais envie de gagner du temps personnellement pour mieux travailler professionnellement

Est-ce que ces motivations quand tu as passé le concours, elles sont toujours les mêmes aujourd'hui ?

S'en sont ajoutées. En fait, comme j'ai appris ce qu'était le métier d'infirmière scolaire, j'ai en plus des motivations plus professionnelles, et par rapport à l'endroit où je travaille et notamment les relations entre les enfants et entre les adultes et les enfants, et après viens autre chose mais je ne sais pas vraiment si je pourrais agir dessus , c'est vraiment là que je me prends en pleine gueule l'isolement rural, le désert médical, voilà, les difficultés d'accès aux soins, par le manque de praticien et par le manque d'argent . Faudrait que je me rapproche de l'association ou regroupement pays médoc mais je ne sais pas ce qu'on peut faire contre ça quand on est infirmière scolaire.

D'après toi sur quoi elle repose ton identité professionnelle d'infirmière scolaire ?

Ce que les gens en savent, ce que je leur dis, comment je présente ma profession et la mise en acte de ce que je leur dis par les interventions de prévention, par les réponses que je peux leur apporter quand ils en ont, voilà par ce que je leur dis et ce qu'ils peuvent en voir quand ils en ont besoin.

Qu'est-ce qu'on attend de toi selon toi aujourd'hui, en tant qu'infirmière scolaire au quotidien ?

Heu, alors sur certaines situations, ils attendent un avis en tant que professionnelle de la santé, sur d'autres, ils attendent un avis en tant que professionnelle de la santé qui connaît tel enfant ou tel famille, et ils attendent aussi je pense une aide par rapport à des problématiques de violence, en tout cas dans cet établissement, des problématiques de jeunes filles qui ont des enfants, voilà, une aide tant pour aider les enfants que pour les aider eux à gérer ça.

Est-ce que c'est selon toi conforme aux missions de l'infirmière ce qui est attendu, d'après toi ?

Alors en fait j'ai dit ce qu'ils attendraient par rapport à mes missions mais ils attendraient aussi des choses qui pour moi ne sont pas conforme à mes missions, des fois certains adultes voudraient savoir des choses pour les savoir mais pas forcément pour un intérêt pour l'enfant et puis cette attente comme chez le médecin généraliste donc salle d'attente et que l'on reçoive les enfants pour tout et pour rien et

finalement être déchargé d'une certaine responsabilité, d'une certaine charge de travail parce que eux aussi sont débordés et je pense à la vie scolaire et les professeurs parfois attendent heu, un enfant qui répond en classe, ils ne savent pas quoi en faire, ils l'envoient à l'infirmerie. Il faudrait que dans le cursus de leurs études, on explique aux différents intervenants de l'école avec quels intervenants ils vont être amenés à travailler parce que je suis pas sûre qu'on leur parle, enfin qu'ils sachent exactement quel est le rôle de l'infirmière, de l'assistante sociale ou du gestionnaire, voilà, qu'ils sachent un petit peu avec qui ils vont travailler parce que avant ils le voyait pendant leur stage en fait mais les nouveaux arrivants, ils arrivent ils travaillent en fait ; après qu'est-ce qu'on pourrait changer ? Peut-être que géographiquement, que l'infirmerie ne soit pas à côté de l'endroit où on stocke les enfants dont on ne sait pas que faire et au niveau des infirmières, de mieux présenter ses missions et son rôle auprès des gens de qui on travaille et aussi de mieux connaître leur travail aussi parce que ça vient un peu dans les deux sens.

Quelle définition donnerais-tu de l'éducation à la santé ?

L'éducation à la santé, c'est permettre aux individus d'être acteur de leur santé en toute connaissance des choses. Blanc

Et comment il se décline ce rôle d'éducatrice de santé dans ton métier d'infirmière scolaire ?

Alors, les interventions en classe qui après suscitent des questions qui, bien souvent, les enfants ne les abordent pas en classe mais après viennent à l'infirmerie en rediscuter ou alors au cours de, quand je reçois un enfant sur les passages, on discute de certaines choses et je leur passe une plaquette et après ils reviennent de chez eux avec des questions et y en a d'autres qui entendent des choses en classe lors des éducations ou même lors de cours parfois et qui après reviennent en disant, ma mère m'a dit de vous en parler et là du coup c'est une éducation à la santé auprès de l'enfant mais qui s'étend aussi parfois à la famille en fait.

Si je devais te demander de classer entre 1 et 10 ton niveau de compétences en éducation à la santé, tu te positionnerais où ?

Pour l'instant je suis à 5 parce que je suis dans l'envie, dans la maîtrise de ce que j'ai fait mais il y a tellement de choses que je n'ai pas encore fait que je dirais cinq.

Quelle satisfaction trouves tu dans l'exercice de ta profession d'infirmière scolaire ?

Je suis contente quand un enfant que je voyais régulièrement, je ne le vois plus ; je ne le vois plus à l'infirmerie et je vois qu'il évolue bien à l'école ; heu je suis satisfaite quand je réussis à instaurer un dialogue entre un enfant et ses parents sur quelque problématique que ce soit même des questions normales de la vie de l'adolescent ; je suis satisfaite quand ça se passe bien avec mes collègues, les professeurs et la vie scolaire parce que avec mes l'assistante sociale et l'APS ça se passe toujours bien, on sait chacune ce que l'on a à faire même dans une même situation. Voilà

Et tes insatisfactions ?

Ben quand j'arrive pas à suffisamment bien communiquer ou en tout cas quand ça ne se passe pas bien dans la communication avec mes différents collègues, quand je ne sais pas quoi faire, quand je me retrouve devant une situation et que je ne sais pas quoi faire et que j'ai un peu le sentiment qui y a rien à faire, que j'arrive pas à avoir d'accroche avec les parents, c'est pas forcément quelque chose qui nécessite une accroche avec le procureur, voilà, quand je suis dans quelque chose et que je ne sais pas quoi faire et voilà.

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

Glander, faire de la bobologie, parler de sexualité et que de ça aux enfants, et surtout être pépère. Blanc

Qu'est ce qui pourrait la faire évoluer cette image ?

Peut-être que le manque de connaissance que les gens ont de notre métier, ça vient peut-être de nous, parce que je pense qu'y a des choses qui faut savoir dire mais sans tout dire et que plutôt que de

prendre le risque d'en dire trop on préfère ne rien dire et si les gens ne savent pas c'est qu'il y a rien à savoir et si y a rien à savoir c'est que rien n'est fait

Dans cet entretien, y a-t-il des questions que j'aurais oublié selon toi ou des questions que tu aurais aimé que je te pose ?

Est-ce que contrairement à l'hôpital, enfin par rapport à la qualité du travail que j'avais l'impression de donner à l'hôpital et la qualité que j'ai l'impression de donner ici, est ce que j'ai l'impression d'avoir une meilleure qualité de soins ici ? Parce que moi, ce qui m'a fait partir de l'hôpital, c'est que voilà, ce sentiment de toujours courir après le médico-légal, finalement pas vraiment avoir de qualité de soins qui correspondent à mes valeurs de soignantes voilà, c'est ça.

Et ta réponse car la réponse m'intéresse tout autant que la question ?

J'ai l'impression d'être plus dans le concret de mon travail de mon rôle propre, après, mais peut être que ça vient de l'endroit où j'exerce mais c'est difficile d'aller jusqu'au bout, de passer le relai aux bonnes personnes parce qu'elles n'existent pas forcément dans le coin ou elles ne sont pas accessibles financièrement ou géographiquement.

Merci beaucoup

ENTRETIEN 5 (E5)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge? 49ans

Tu es titulaire? oui

Tu es infirmière à l'éducation nationale depuis combien de temps? 13ans

Tu exerces dans quel secteur? Collège urbain

Quelle est ta quotité de travail? 90%

Y a-t-il une longue distance entre ton lieu de travail et ton lieu d'habitation? 2km

Est-ce que tu portes dans ton activité professionnelle un signe distinctif ?

Blanc... Relance

Est-ce que extérieurement des gens qui ne te connaîtraient pas en tant qu'infirmière scolaire peuvent te reconnaître quand ils te croisent? Est-ce que tu as un signe distinctif?

Non, peut-être pour ne pas être différente de la communauté éducative, ne pas connoter une différence, voilà pour ne pas être différente, pour être comme eux.

Est-ce que tu te rappelles, au départ, quelles étaient tes motivations pour passer le concours à l'éducation nationale ?

Horaires, les horaires adaptés à une vie de famille,

Autres choses ?

Honnêtement, les vacances scolaires

Et est-ce que ces motivations sont les mêmes aujourd'hui ?

Oui... Blanc

Est-ce que tu as des écueils ?

Oui, la charge de travail qui ne rentre pas dans 9h de journée de travail. Blanc

Sur quoi elle repose selon toi ton identité d'infirmière scolaire ?

Sur la reconnaissance de mon travail, ma satisfaction, la reconnaissance des élèves en premier, ensuite des parents, en troisième de la communauté éducative, par ce que la reconnaissance du principal, pour l'instant, il n'y en a aucune. Donc c'est surtout les élèves. Elle repose sur ça mon identité. Blanc

Relance : est-ce que tu as selon toi une spécificité d'infirmière scolaire ?

Heu, en tant qu'infirmière scolaire, je dirais l'empathie mais je pense qu'il y en a beaucoup qui l'ont ; et la mise en place, parce que c'est un tout petit établissement de toutes les actions de prévention.

Qu'est-ce qu'on attend de toi selon toi aujourd'hui, en tant qu'infirmière scolaire au quotidien ?

Accueillir, on attend que j'accueille tous les élèves qui viennent à l'infirmerie, on attend du professionnalisme, donc ne pas tomber, comme j'étais au début dans trop d'empathie qui fait que tu ne vois plus où est ton rôle donc vraiment on attend du professionnalisme, c'est-à-dire le repérage des élèves qui en ont vraiment besoin ; par ordre de priorité, de l'écoute je dirais, heu et heu mon action de prévention qui est voilà très importante aussi.

Est-ce que ce qui est attendu de toi est conforme à ce que tu aimerais donner toi dans ton exercice ?

Au jour d'aujourd'hui oui, beaucoup plus conforme. Avec l'expérience maintenant, je dirais que je suis plus professionnelle dans le sens où je suis moins maternelle et plus éducatrice voilà, éducatrice de santé avec le temps.

Est-ce que c'est selon toi conforme aux missions de l'infirmière ce qui est attendu, d'après toi ?

Heu non, le principal par exemple pense que, ne voit pas pourquoi on fait des bilans de diagnostic infirmier. C'est la dernière fois que je l'ai rencontré et il m'a dit ça sert à rien donc ce n'est pas conforme à ce que lui attend d'une infirmière. Blanc

Comment on pourrait mettre selon toi en accord les prescriptions institutionnelles et les attentes de ton chef d'établissement ?

Sans doute faudrait-il que les chefs d'établissements ne soient plus nos supérieurs hiérarchiques. Moi je me verrais rattaché au ministère de la santé, plutôt une instance sanitaire et non plus éducative avec une hiérarchie médicale qui nous apporterait probablement une cohésion dans le sens dans le sens de notre mission dans un établissement scolaire alors que là, j'ai l'impression que le sens, ce n'est pas le même pour le chef d'établissement, pour la communauté éducative, heu pour nous infirmière, enfin, on n'a pas le même sens ; voilà, je pense que le chef d'établissement, on est là, ça le rassure, on est un pompier de service, s'il arrive quelque chose il est content parce qu'on est là mais tout ce que l'on fait à côté de ça, je crois qu'il voit pas trop le sens.

Quelle définition donnerais-tu de l'éducation à la santé ?

L'éducation à la santé c'est heu, informer les adolescents des dangers qu'ils encourent dans la vie qu'ils vont poursuivre, donc les informer des dangers, ce n'est pas interdire, c'est informer pour leur laisser le libre choix ensuite de ben fumer ou ne pas fumer, voilà donc je pense que c'est une information à leur donner.

Et comment il se décline ce rôle d'éducatrice de santé dans ton métier d'infirmière scolaire ?

Heu en mettant en place heu des actions ciblées par niveaux qui ont été auparavant heu, je dirais mis en œuvre heu par rapport aux passages que j'ai déjà à l'infirmierie, heu et par rapport à des thèmes dont les élèves ont envie de parler puisque j'avais fait une enquête en 2010 et j'avais interrogé toutes les classes sur ce qu'ils avaient envie qu'on leur parle donc voilà déjà et ça a été mis en place par rapport à ça et j'en suis assez fière. Ce sont des actions sur des classes de niveaux.

Si je devais d'évaluer ton niveau de compétences en éducation à la santé ?

Je l'évaluerais par un questionnaire aux parents parce que je pense qu'une éducation à la santé doit soulever des questions, et que peut être les élèves ces questions ils les posent à leurs parents ou ils en parlent à leurs parents de ce qu'ils ont entendu ce jour sur le tabac et peut être qu'y a un échange qui se fera avec les parents et du coup les parents pourraient peut-être évaluer mon action.

Si je te demander de classer entre 1 et 10 ton niveau de compétences en éducation à la santé, tu te positionnerais où ?

Très difficile comme question étant donné que, je fais des actions moi-même en face des élèves et parfois j'ai pas eu le sentiment d'avoir été efficace donc cette année sur le tabac, je pourrais te dire que mon action vaut deux sur dix parce que je n'ai mené mon objectif jusqu'au bout ; j'avais un objectif et comme je n'ai pas pu fonctionner comme je voulais en demi classes avec deux heures, c'est-à-dire qu'on m'a pas donné les moyens que j'avais réclamé du coup mon action n'a pas été efficace, c'était brouhaha, c'était taisez-vous, donc voilà, en terme d'évaluation, heu, c'est différent à chaque fois, tu vois à chaque, chaque action est différente par contre je te dirais que sur le tabac, le fait d'avoir fait venir le CHR CHU de Haut Lévêque avec des tabacologues, voilà, mon action je pense qu'elle a été de 8/10 voilà

Quelles satisfactions et insatisfactions trouves tu dans l'exercice de ta profession d'infirmière scolaire ?

Plus de frustrations que de satisfactions tout de même. Heu, mes satisfactions, ce sont effectivement mes rapports avec les élèves, ça c'est une satisfaction, le côté éducatif de ma fonction, heu, le fait de pouvoir sortir du collège pour aller voir les petits c'est une satisfaction heu parce que là tu te sens un petit peu, ben justement, t'as pas cette hiérarchie derrière toi, que tu sens quand même quand tu es au collège, heu voilà, je dirais que tu as un accueil dans les maternelles qui est différent, où là je pense que le sens il est effectivement tout à fait compris et beaucoup plus par les institutrices et les directeurs d'école.

Ça peut sembler paradoxal que les institutrices et les directeurs d'école qui nous ont moins au quotidien, que tu perçois qu'il y a plus de sens dans notre pratique qu'un chef d'établissement qui est notre supérieur hiérarchique et qui donc du coup nous évalue et connaît mieux l'étendue de nos missions. Comment tu l'expliques ça ?

Devrait connaître mieux. Comme tu dis, les institutrices et les directeurs d'école ne nous voient pas souvent et c'est vrai que quand tu arrives, on est souvent, malheureusement pris pour le médecin scolaire, du fait qu'ils viennent moins et quelque part, ils peuvent nous raconter, nous parler de leurs élèves qui sont en difficulté, qui savent pas comment faire pour toucher les parents, pour arriver, en fait on est un maillon supplémentaire pour eux je pense pour arriver à faire bouger les choses quand ils voient qu'un enfant n'est pas bien et que la famille, ça prend pas quoi et ils se disent ah, par l'intermédiaire de l'infirmière, peut-être qu'on va pouvoir y arriver, bon voilà.

Et tes insatisfactions, tes frustrations comme tu disais ?

Beaucoup trop de missions qui ne peuvent pas être menées à bien, chacune donc obligée de faire des choix dans mes priorités même si je trouve qu'elles sont toutes importantes et bé, ce boulot, t'es obligée de faire des abstractions, des mises de côté, parce que c'est pas possible, trop de missions, les bilans de santé sont très importants pour moi, la prévention est hyper importante, l'écoute est très importante aussi voilà, mais on ne peut pas tout faire voilà, donc y a des frustrations.

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

Malheureusement, je pense que ça véhicule une image de, de manque de dynamisme, peut-être même manque de professionnalisme, je pense que pour eux on est loin de la santé, pour eux, on est des gens qui sont sortis des hôpitaux, qu'on n'est plus au courant des dernières technologies, voilà, je crois que malheureusement ça véhicule vraiment un manque de dynamisme et quelqu'un qui est un peu planqué derrière son bureau et oui qui est infirmière scolaire ben oui plus pour avoir des horaires et être fonctionnaire entre guillemets et avec le terme fonctionnaire péjoratif. Alors bien sûr, il faudrait la faire évoluer cette image. Comment ? En se faisant beaucoup plus voir dans les milieux associatifs, de la mairie, comme quelqu'un qui, ben qui s'occupe de tous les enfants d'une commune et je trouve que malheureusement on est un peu relayé à l'infirmière du collège. Moi, ce que j'essaie de faire en étant ici est d'être un peu partout, pour dire que je suis un pôle important au niveau de la Mairie, puisqu'on voit les élèves de grande section de maternelle, je pense que le maire doit savoir que on existe et qu'il faut beaucoup plus être un élément de la jeunesse de la commune. Un référent dans la commune mais pas que dans le collège quoi, ça je pense que c'est très important ; je sais que j'essaie voilà d'aller dans tous les, tout ce qu'il peut y avoir au niveau de la mairie, pour être reconnue : ah, c'est l'infirmière scolaire, mais pas du collège machin, de la mairie, de la commune, voilà.

Et est-ce que tu penses qu'un chef d'établissement, un CPE, les profs et parents influencent ta pratique professionnelle ?

Oui, oui, un CPE comme celui que j'ai depuis trois ans influence ma pratique professionnelle puisqu'il est complètement en communication avec moi, que les infos que je détiens, et les siennes sont tous les jours échangés. Je peux rencontrer quelqu'un de pas bien ou c'est lui qui le rencontre et à ce moment-là, il fait tout de suite le lien avec moi. Heu, je peux gérer un problème de harcèlement et bien entendu, si c'est un problème de harcèlement, c'est un problème de CPE donc oui, avec mon CPE, la façon dont je travaille est éminemment liée. Avec la communauté éducative, heu oui mais je pense que c'est surtout à moi de faire l'effort d'aller vers eux, et c'est pareil, je pense que quand il y a une confiance qui s'instaure entre la communauté éducative et l'infirmière, la façon de travailler est aussi importante et te bouge quoi, bouge la façon dont tu travailles. La preuve, c'est qu'au début où je suis arrivée, j'avais énormément de passages parce que tous professeurs à qui on demandait d'aller à l'infirmierie disait oui, vas-y et à force de discuter, de mettre en place des choses, c'est quasiment terminé, les élèves ne sortent plus pendant les cours, mais ça ça demande du travail par rapport au pourquoi un élève lève le doigt et donc oui, c'est lié ; le principal aussi, oui, donc tout est lié donc la façon dont tu travailles est lié au reste de la population de l'établissement.

Dans cet entretien, y a-t-il des questions que j'aurais oublié selon toi ou des questions que tu aurais aimé que je te pose ?

Ce que je voudrais rajouter, c'est que la formation est inexistante pour moi et que quand on a le concours d'infirmière scolaire, il est éminemment, on ne peut pas rentrer dans un collège sans avoir eu une solide formation pour moi, voilà, on fait pas infirmière anesthésiste sans formation, on n'est pas puéricultrices sans formation, on n'est pas infirmière scolaire, au collège, sans une formation je dirais d'un minimum de 3 mois minimum et la formation à l'emploi n'est pas suffisante ; je rajouterais de la pratique, de la pratique par exemple avec un médecin scolaire déjà, voir comment un médecin, puisqu'on va travailler ensemble, voir déjà comment un médecin scolaire travaille ça me semble essentiel, voir comment lui, moi j'ai jamais été formé à faire un bilan de grande section de maternelle, jamais ; peut-être que j'aurais pu avoir une semaine, suivre un médecin scolaire.

Merci beaucoup

ENTRETIEN 6 (E6)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge? 55ans

Tu es titulaire? Oui

Tu es infirmière à l'éducation nationale depuis combien de temps? DE 1986, 27 ans et à l'éducation nationale depuis 17 ANS

Tu exerces dans quel secteur? Collège secteur rural

Quelle est ta quotité de travail? Temps plein

Y a-t-il une longue distance entre ton lieu de travail et ton lieu d'habitation? 3 KM

Est-ce que extérieurement des gens qui ne te connaîtraient pas en tant qu'infirmière scolaire peuvent te reconnaître quand ils te croisent? Est-ce que tu as un signe distinctif?

Non, pour éviter de mettre une barrière entre les élèves et moi

Est-ce que tu te rappelles, au départ, quelles étaient tes motivations pour passer le concours à l'éducation nationale ?

Au départ, j'y suis rentrée pourquoi ? Parce que pour moi, au départ, le milieu enseignant c'était un milieu ouvert, le monde de l'enseignement c'était ça, c'était un milieu avec une grande ouverture d'esprit et parce qu'aussi je voulais m'occuper d'enfants sains et que plutôt je voulais travailler dans l'éducation à la santé puisque quand j'ai fait mes études d'infirmières, ce n'était pas pour le soin technique mais déjà j'étais orientée vers tout ce qui était soins relationnels donc c'était pour le côté relationnel et éducatif on va dire.

Si je veux faire le lien entre les motivations qui étaient les tiennes quand tu as passé le concours et tes motivations aujourd'hui à y être et à y rester, ce serait quoi ?

Elles sont toujours les mêmes mais elles sont très difficiles à mettre en pratique ; Ces motivations font que je suis toujours là aujourd'hui mais ces motivations font que c'est toujours la même problématique depuis 16 ans, c'est toujours très difficile de travailler surtout autour de l'éducation à la santé. Blanc

Et c'est difficile pourquoi ?

Parce qu'on a une casquette nous les infirmières qui nous colle à la peau au sens pur technique du soin voilà, on nous restreint à ce qu'on ne voudrait pas qu'on nous restreigne, on est restreinte à ça, le côté éducatif et préventif, oui, on nous dit oui oui oui oui oui mais dans la réalité, on nous donne pas les moyens de pouvoir le mettre en place, alors il faut se battre et on peut sortir de l'infirmierie c'est pas le problème mais après, il faut aller quémander des heures, il faut faire tout un tas de choses et après l'éducation à la santé, on peut l'envisager sous différentes formes, est ce qu'on envisage simplement de faire appel à des gens de l'extérieur et de se positionner en tant qu'organisatrice de tout ce qui est éducation à la santé dans l'établissement ou est ce qu'on veut plus et se positionner en tant qu'intervenante et là où ça pose problème c'est quand même quand on veut se positionner en tant qu'intervenante parce que là il faut partir de l'infirmierie et c'est plus compliqué même si c'est pas impossible et puis après, que dire, il y a tellement à dire sur l'éducation à la santé, tout est compliqué en éducation à la santé, même si on en a envie.

D'après toi sur quoi repose ton identité professionnelle d'infirmière scolaire?

Elle repose sur ça, pour moi, l'identité propre de l'infirmière scolaire, c'est l'infirmière éducatrice de santé même si après, dans le cadre de nos missions, on nous demande d'être à l'écoute de tous les enfants qui vont mal et ça aussi, c'est une identité qui est en train de prendre le pas ; peut-être quelque part sur la fonction primaire me semble-t-il ou alors il va falloir gérer les deux approches

Qu'est-ce qu'on attend de toi selon toi aujourd'hui, en tant qu'infirmière scolaire au quotidien ?

Un peu tout, l'équipe ils attendent encore toujours bien que je sois dans mon rôle d'infirmière soignante au sens propre du terme c'est-à-dire au sens technique, relationnel aussi quand même un petit peu oui, infirmière soignante, c'est comme ça.

Et toi, est ce que tu aimerais qu'ils attendent quelque chose de différent ?

Qu'ils m'attendent en tant qu'infirmière conseillère technique en matière de santé, infirmière oui comment dire peut être à l'écoute de tous les problèmes qu'ils rencontrent dans les classes, de tous les problèmes qu'ils rencontrent avec leurs élèves pour aider quand c'est possible, et puis aussi prendre en charge les élèves qui posent souci dans la mesure où c'est dans mes compétences et ça, ils ne le font pas autant qu'ils le devraient selon moi. Parce ce que c'est quelque chose en fait sur lequel ils interviennent et la classe, c'est quelque chose de compliqué pour eux, c'est leur place, en gros, c'est ça ; je pense qu'ils ont recours aux gens quand c'est vraiment débordant, c'est vraiment oui dans les situations débordantes d'extrême urgence qu'ils n'arrivent plus à gérer et pas en amont comme ils devraient le faire pour éviter d'en arriver ou tenter d'éviter d'en arriver à ça. Voilà. Bon après je crois qu'il y a trois gros pôles dans l'infirmière en milieu scolaire, sur lequel on doit se pencher, donc, y a l'éducation à la santé, la relation comment dire le suivi individualisé des élèves qui posent problème à l'institution ou le suivi individualisé des élèves à la demande des familles ou à leur propre demande pour des situations de mal être très différentes, là je parle pour le collège, bon et après, la gestion de l'infirmier, c'est pas la partie la plus intéressante mais ça mérite aussi qu'on s'y penche parce que quand on gratte et qu'on écoute ce qu'ils ont à dire, on atterrit sur des situations pareilles, qui posent souci, ils ne passent pas franchement la porte de l'infirmier par hasard et pas pour rater les cours comme beaucoup pourraient le croire, ça c'est quelque chose, tu vois, qui, beaucoup de problématique dans les cours

Mais est-ce que tu dirais que ces missions-là elles sont en accord avec ce qui est attendu des missions de l'infirmière ?

Oui, sauf qu'on ne peut pas tout faire, et on est obligé de faire des choix, et je pense qu'à partir d'un moment, on est porté par un mouvement et on ne fait même plus des choix, on a des directives, les bilans des 6^{ème}, les bilans des GS, donc voilà y a déjà ça, imposé par notre hiérarchie entre guillemets, le ministère, puis ça doit rentrer aussi dans des politiques qui nous échappent et ensuite, et bé, on est pris dans une certaine mouvance puisqu'on est là en tant que personnel ressource et ben, l'établissement, il a une problématique particulière et on suit, on est emmené comme ça, je ne trouve pas qu'on est dans la maîtrise des choses en fait, y a que dans l'éducation à la santé peut être encore où on peut mais tout le reste, on n'est pas dans la maîtrise

Quelle définition donnerais-tu de l'éducation à la santé ?

L'éducation à la santé, ben c'est amener les gens à être responsable, à réfléchir sur ce qu'ils font au quotidien pour être dans le mieux-être, le mieux vivre, et puis essayer qu'ils aient des comportements qui permettent au mieux d'être dans ce mieux être et dans ce mieux vivre.

Et comment il se décline ce rôle d'éducatrice de santé dans ton métier d'infirmière scolaire ?

Ben cette année, ça se dégrade de plus en plus, parce que moi de toute manière le CESC, j'suis arrivé dans mon établissement y en avait pas, ça a été mis en place par une personne qui était là pour un an avec moi puis on a vécu sur les acquis et tout est en train de se détériorer, quand je dis que tout est en train de se détériorer, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'actions qui se mettent en place, ça veut dire qu'il n'y a pas de cohésion, pas de sens, pas de concertation, pas de réflexion, en fait là cette année, CESC réunion 0. Voilà, chacun travaille dans son coin. Alors l'éducation à la santé on peut la décliner de façon individuelle lors des bilans mais je parle d'éducation collective, quand je parle d'éducation à la santé, je suis plus dans une réflexion collective, de projets, de. En action individuelle, on donne du conseil personnalisé, on donne un conseil individualisé, qui est comment dire, qu'une personne peut s'approprier parce que normalement il doit être, correspondre à ce qu'est la personne, il doit tenir compte de qui elle est, dans quel environnement elle évolue, quand on est en collectif, c'est plus compliqué forcément. Voilà, en éducation individuelle, on est vraiment dans le conseil, en éducation collective, on est plus dans la réflexion je trouve, voilà, c'est plus le groupe qui apporte ses réponses, enfin, moi, je le vois comme ça.

Si je devais te demander de classer entre 1 et 10 ton niveau de compétences en éducation à la santé, tu te positionnerais où ?

Je me mettrais la moyenne quand même, allez, je me mettrais 8, j'ai le droit (rire) !

Et d'après toi, qu'est ce qui pourrait le faire évoluer ce niveau de compétences ?

Déjà qu'on ait de vraies formations, diplômantes, en éducation à la santé, certaines existent déjà mais faut y aller à titre privé, qu'on ait accès à des formations diplômantes du style des formations qui y a dans les DU, formations en addicto, tabacologue, voilà, avoir des vraies formations, pas des formations, des vraies formations avec des vraies connaissances, c'est-à-dire par exemple quand tu vas travailler sur le tabac, même si c'est pas important de les avoir ces connaissances pour faire réfléchir par exemple les élèves de la classe d'âge que j'ai, mais qu'on ait par exemple sur les addictions une vraie formation, et qui soit diplômante voilà c'est ça.

Qu'est ce que tu en ferais aujourd'hui de ces formations diplômantes ?

Pour moi, parce que je ne serais pas payer plus mais en terme de reconnaissance et de compétences. Et puis je pense que pour l'instant, mon petit mic mac que je me fais pour des élèves du collège et du primaire ça suffit mais je pense que si demain je veux aller dans un lycée ou avec des adultes, il va falloir que je rebosse quoi et donc, alors que si j'avais déjà ces vraies formations, j'aurais déjà tout.

Quelle insatisfaction trouves tu dans l'exercice de ta profession d'infirmière scolaire ?

Ben déjà, c'est la place de l'infirmière dans l'institution, je trouve que l'infirmière elle est pas reconnu à sa juste valeur mais toujours ça vient du fait qu'on porte une étiquette, par qu'en fait, notre rôle est méconnu, même quand on essaye de l'expliquer, les gens ils restent encore fermés, bloqués toujours sur cette infirmière soignante quoi, piqûres, pansements, na na, par exemple le rôle d'écoute, d'accompagnement, de suivi individuel, le psychologique, ça c'est pas l'infirmière pour eux, ce sera plus l'assistante sociale ou le COP, l'infirmière elle soigne, et l'éducation à la santé, bof, à quoi ça sert, de toute manière, depuis le temps que tu fais tout ça, est ce que tu trouves qu'il y a eu des changements ? Donc tout ça je trouve...

Qu'est ce qui pourrait la faire évoluer cette reconnaissance d'après toi ?

Je sais pas, j'en sais rien parce qu'on réexplique sans arrêt et je vois pas les choses avancer. Alors j'ai vu beaucoup de choses avancer notamment l'éducation à la santé, en 16 ans, il y a un grand chemin qui a été fait l'air de rien même si on en est pas complètement satisfait, il y a quand même eu des choses mais là, je trouve qu'on stagne, même qu'on régresse, on était sur le haut d'une courbe et on est en train de plonger, on nous remet dans le soin individualisé, les bilans, vraiment dans ce rôle de soignante pure et dure et ça oui, c'est une insatisfaction, parce que pour moi c'est de la régression quoi, voilà, en fait ça va à l'encontre même du cursus des jeunes là, les jeunes ils sont en train de rentrer dans un cursus universitaire, il va y avoir des master un petit peu partout qui vont se former et là je lisais éducation à la sexualité et à la santé, et nous on est en train de nous faire retrograder dans une position d'infirmière de base alors que des filles qui sont sur le terrain, elles ont quand même des compétences alors la reconnaissance oui, et la reconnaissance, quand on a des formations, qu'on nous donne des attestations, oui après la reconnaissance dans l'établissement, moi je vois pas parce que quand on est évalué par notre chef d'établissement, quand on est évalué, il a notre fiche de poste donc il sait tout ce que l'on doit faire, donc il va le remplir mais en fait, je crois que lui aussi il attend toujours aussi ce rôle de pompier mine de rien. C'est ça, pour lui, si on devait lui demander la mission prioritaire de l'infirmière scolaire, c'est le soin et le pompier, le reste, c'est de l'annexe, c'est du surplus, et pourtant, c'est vrai que dans les CESC, ils ont quand même envie qu'on soit là parce qu'ils savent que quelque part, c'est nous qui faisons vivre ces projets, là je vois, sur le CESC dans la ZAP, j'ai relu le projet, j'ai quand même monté sur mes grands chevaux l'autre jour parce que les CESC, qui en a été à l'origine lors de la création, c'est quand même pas mal avec les chefs des infirmières et des infirmiers qui y ont réfléchi et là on a quand même dans les objectifs marqué :mobiliser les infirmières ; à mais là, moi je peux plus voir des trucs comme ça, bon enfin voilà c'est compliqué, donc voilà, la reconnaissance et ben écoute, franchement, expliquer, réexpliquer, même si c'est fatigant mais après aussi peut être qu'on soit pas sous la coupelle des chefs, je pense que ce n'est pas une bonne idée d'être sous la coupelle des chefs d'établissements, parce que même à la limite, on

passerait sous un autre ministère, ce ne serait pas plus mal, parce qu'on aurait plus de poids pour dire qu'on vient là pour faire ça ça et ça. La notation des chefs d'établissements, c'est en fonction des relations qu'on entretient avec eux, c'est tout, faut pas rêver, si tu es dans une relation qui est opposante, ça n'ira pas, si on se met dans leur starting block et qu'on fait ce qu'ils attendent de nous, ça ira bien même si après on est formidable en éducation à la santé, on met tout ce qu'on veut sur le papier, la réalité, c'est celle-là.

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

Négative. Ben quelqu'un qui ne fait pas grand-chose, qui manque de compétences, quelqu'un qui s'est mis à la retraite anticipée de la fonction publique hospitalière, moi je le vois comme ça parce que déjà, quand on a les parents qui arrivent, la première chose quand ils voient comment sont envahies les infirmeries, ils découvrent qu'on travaille déjà et après, quand on a de jeunes étudiants infirmiers qui arrivent et ça fait trois que j'ai cette année, ils me disent jamais j'imaginais que vous faisiez tout ça. Voilà.

Qu'est ce qui pourrait la faire évoluer cette image ?

Je ne sais pas, peut-être plus travailler avec les parents, à la limite c'est comme ça, je ne vois pas comment faire, parce qu'après, les élèves, mine de rien, quand ils viennent nous voir, ils comprennent, ils nous vient à l'œuvre depuis quelques années, au bout d'un moment, moi je vois, quand je vais dans les classes, quand je leur demande, les élèves avec qui j'ai travaillé sur des projets, quand on leur demande à quoi ça sert une infirmière scolaire, ils sont capables de dire à faire des projets, à nous donner des conseils, donc ils sont sortis de l'infirmière soignante de même que les élèves, quand on les accompagne dans des problèmes personnels on va dire, ils sont capable de dire qu'on est pas là pour mettre un pansement mais tu ne peux parler de quelque chose que quand tu le connais ; c'est comme quand tu vas à l'hôpital, que tu es confronté à la maladie, que tu es confronté au manque de personnel à l'hôpital, ben tu te rends compte des conditions d'exercice de l'infirmière, et des difficultés du métier ben pour notre boulot, je crois que les parents ils ne peuvent changer d'image sur ce que l'on est que lorsqu'ils ont eu besoin de nos services. Moi, j'ai des mamans, je les reconnais leur tête me dit quelque chose et elle me dit oui, je vous remercie pour ma fille, gnagnani, gnagnana, voilà, je crois que c'est comme ça. En allant expliquer, réexpliquer, réexpliquer, je ne sais pas si ça change quelque chose, je ne sais pas parce qu'on ne fait que ça.

Dans cet entretien, y a-t-il des questions que j'aurais oublié selon toi ou des questions que tu aurais aimé que je te pose ?

Y a un truc mais je ne sais pas dans quel truc ça pourrait aller ça ; changer notre nom quand on est infirmière scolaire, déjà, c'est peut-être dans la reconnaissance de nos spécificités, faut changer, faut mettre éducatrice de santé, mais bon après, tout le monde n'est pas d'accord chez nous, donc c'est un problème aussi, c'est ce qu'on disait tout à l'heure, quand on a des missions, on a des missions très variées et donc en fait, je ne suis obligée de rien moi, si je ne veux pas faire mes bilans, personne ne va rien me dire, si je vais dans la classe, si je choisis d'aller dans la classe, ben voilà, si je ne suis pas dans l'infirmerie, là on va peut-être me dire quelque chose mais les bilans, personne ne va rien me dire, tout le monde s'en fout qu'ils soient fait ou pas, je peux même dire que j'ai vu tout le monde et personne ne viendra vérifier, non mais, la réalité, c'est celle-là tout de même, et au bout du compte oui, que je fasse de l'éducation à la santé, on va me dire pourquoi vous faites ça, à quoi ça vous sert, ben c'est vrai, ben ça me sert à moi, de sentir que je fais ce que j'ai envie de faire et ce qui m'anime mais après, quand tu n'es pas dans ton infirmerie, et c'est là que je pense vraiment qu'on nous attend, tu risques avoir des remarques et des remarques de tout le monde et c'est pour ça que je dis qu'on en est pas encore sorti de cette infirmière dans son infirmerie et ce qu'on pourrait faire pour nous sortir de ça, nous enlever l'armoire à pharmacie, voilà, déjà puisqu'on ne peut pas en donner des médicaments, virer l'armoire à pharmacie, on n'en a pas besoin d'armoire à pharmacie si on veut changer de rôle ; voilà, changer de nom, enlever l'armoire à pharmacie, et après mettre un cadre un peu plus structuré pour les interventions, à savoir, si on est peut être une semaine collège/primaire, bon ben deux jours et demi, une demie journée pour faire ça mais vraiment que ce soit obligatoire, après on négocie peut être avec le chef en fonction des besoins, c'est le matin, l'après-midi, l'après-midi, le matin, mais voilà, y a deux jours et demi au collège, ben y a tant d'élèves à voir ben y a une journée par semaine pour les

bilans, une demie journée pour l'éducation à la santé, une demie journée pour les élèves qui posent problèmes et quant à la bobologie, ben, c'est pas nous, c'est comme dans le primaire, c'est tout le monde mais là, on est dans le cœur du problème... Rire

Merci beaucoup

ENTRETIEN 7 (E7)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge? 50 ans

Tu es titulaire? Oui

Tu es infirmière à l'éducation nationale depuis combien de temps? 12 ans

Tu exerces dans quel secteur? Je travaille en collège de secteur urbain

Quelle est ta quotité de travail? 90 %

Y a-t-il une longue distance entre ton lieu de travail et ton lieu d'habitation?

1 kilomètre

D'après toi qu'est-ce qui caractérise l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire?

...Blanc ...Reformulations

Qu'est-ce qui définit l'infirmière scolaire?

Je dirais ses missions. Faut-il que je détaille? ...Rire

Oui, c'est un entretien donc ça m'aide si tu détailles, ...rire

Donc dans un collège avec secteur c'est d'abord la mission d'accueil et d'écoute

Oui ...donc selon toi l'accueil caractérise l'infirmière scolaire?

Ben oui je trouve assez. Ensuite elle doit faire des bilans infirmiers des élèves de sixième sur son collège et des élèves de troisième année de maternelle. Euh elle doit aussi voir les CE2

Les missions selon toi caractérisent le rôle de l'infirmière scolaire et son identité professionnelle ?

Ça simplifie en tout cas la vision qu'on peut avoir

Est-ce que extérieurement des gens qui ne te connaîtraient pas en tant qu'infirmière scolaire peuvent te reconnaître quand ils te croisent? Est-ce que tu as un signe distinctif?

Je suis rousse... Rire

Toutes les infirmières scolaires sont rousses ? Rire...

Non, je n'ai pas de signe distinctif, certaines collègues utilisent la blouse blanche mais moi c'est pas mon genre, je n'ai jamais senti le besoin de le faire.

Qu'est-ce que tu en penses toi des collègues qui portent une blouse blanche ?

C'est chacune qui voit midi à sa porte

Est-ce que c'est un signe qui t'interroge, pourquoi selon toi certaines collègues et le font et toi tu ne le fais pas ?

Je ne sais pas, c'est peut être un besoin de reconnaissance, la collègue à laquelle je pense n'est pas arrivée depuis longtemps dans l'établissement et peut être qu'elle a besoin qu'on l'identifie rapidement et peut être que moi après dix ans dans un établissement je n'avais pas besoin de cette reconnaissance

Mais en as-tu eu besoin au début ou pas ?

Non, j'avais la blouse dans l'infirmierie mais je ne la mettais pas...on avait eu le plan de mise en conformité et une entreprise de l'extérieur était venu voir chaque corps de métier et la personne en question m'avait fortement conseillé pour être dans les normes d'avoir une blouse

Mais tu ne te souviens pas des arguments qu'il avait développés pour justifier ça ?

Non mais je me souviens bien des miens et je lui avais dit qu'on était bien loin des normes d'hygiène exigée en hospitalier et que c'était bien loin au quotidien d'être nécessaire après, c'est personnel...donc j'avais emmené ma blouse en cas de soin un peu plus...

Est-ce que tu te rappelles, au départ, quelles étaient tes motivations pour passer le concours à l'éducation nationale ?

Mes motivations c'était vraiment de mettre en œuvre des projets d'éducation à la santé, heu, et j'avoue que quand j'ai passé le concours je pensais que c'était la mission première de l'infirmière et je me souviens aussi qu'en même pas deux ans je me suis rendue compte que c'était beaucoup plus compliqué que ça et que ce n'était pas facile à mettre en œuvre et que seule on pouvait rien faire et que c'était très difficile d'obtenir l'accord de tous les partenaires internes à l'établissement.

Ce serait quoi les freins pour mettre en œuvre les projets d'éducation à la santé puisque c'était ta motivation première et que tu t'es aperçu que ce n'était pas si aisé que ça ?

Les freins, c'était... Quand j'ai commencé, je me suis rendue compte qu'il fallait au moins deux trois ans pour bien connaître les partenaires, les enseignants et les gens avec qui on travaille pour qu'ils aient confiance donc y a une histoire de confiance et puis apprendre avec qui ont peu travailler et avec qui on ne peut pas et avec qui on ne pourra jamais travailler pas par manque spécialement d'affinité mais par manque de , parce qu'on n'est pas sur la même longueur d'onde et ambition

Et donc du coup si quand on passe le concours, la motivation première c'est faire de l'éducation à la santé et qu'au final, on se rend très vite compte que c'est pas la réalité du terrain, la réalité c'est quoi ?

C'est-à-dire qu'on se rend vite compte aussi qu'y a deux catégories d'infirmières, celles qui essaient de mettre en œuvre des projets d'éducation à la santé et celles qui purement dans l'accueil, l'écoute et le soin plus particulièrement, c'est bien souvent en lycée d'ailleurs, à mon avis, je sais pas et après c'était quoi la question ?

Et bien, du coup, si on arrive à l'éducation nationale et que concrètement on se rend compte qu'on ne peut pas mettre en œuvre ses projets, on tient sur quelle autre mission ?

C'est pas définitif, on peut quand même en faire mais on met son mouchoir sur ses propres envies pour coller au plus près de ce qui est préconisé au sein du CESC après c'est à chacune d'œuvrer pour que les autres adhèrent à son idée mais c'est vrai que la difficulté c'est qu'on se retrouve souvent seule et que en théorie, comme les projets on ne les monte que quand il y a une problématique et pour qu'ils répondent à une problématique, comme on est seule pour faire ce travail d'enquête , voilà c'est le premier frein.

Si je veux faire le lien entre les motivations qui étaient les tiennes quand tu as passé le concours et tes motivations aujourd'hui à y être et à y rester, ce serait quoi ? BLANC

Reformulation : elles sont devenues quoi ces motivations de départ ? Elles se sont transformées ?

Alors, elles sont également liées et je ne l'ai pas abordé au chef d'établissement. Si le chef d'établissement est dynamique et a envie de s'entourer de gens dynamiques, il y a de fortes chances que ça fonctionne bien et si y a pas une volonté du chef d'établissement ou de l'adjoint et j'ai pas évoqué le problème financier mais ça fait partie des freins si y a zéro moyen pour faire des actions c'est vrai que ça... mais j'en étais arrivé à un stade où dans la mesure où les financements pouvaient apporter un confort d'exercice d'un enseignant, à ce moment-là, on pouvait s'attacher cet enseignant pour pouvoir lancer quelque chose ; je me souviens d'un financement qui avait permis à un enseignant d'arts plastiques de pouvoir se fournir en 15 tablettes graphiques et évidemment ça avait aidé le partenariat avec lui mais forcément ça avait faussé

Ça veut dire qu'on associe plus facilement une équipe, un partenariat en éducation à la santé si finalement derrière ils y voient un avantage ?

Un intérêt oui

En termes de moyen donc ?

Dans ce cas-là, c'était comme ça... après....

Qu'est-ce qu'on attend de toi selon toi aujourd'hui, en tant qu'infirmière scolaire au quotidien ? Ta perception à toi, ce serait quoi ?

J'ai l'impression de plus en plus que ce qu'on attend c'est de recevoir, d'accueillir mais pas forcément pour des raisons, de l'écoute ou quoi que ce soit... c'est plus pour gérer le tout-venant et décharger et les enseignants et la vie scolaire ; en fait j'ai ce ressenti depuis qu'il se trouve qu'il y a une infirmière par établissement, j'ai l'impression que ça s'accroît.

D'accord, donc ça c'est la mission prioritaire : l'accueil à l'infirmerie ?

De fait, c'est comme ça, après tout dépend du chef d'établissement, de la considération qu'ils ont pour le personnel infirmier,

Et toi, qu'est-ce que tu aimerais toi ? Est-ce que c'est selon toi conforme aux missions de l'infirmière ce qui est attendu, d'après toi ?

Non, dans ce que je viens de décrire, ce n'est pas satisfaisant puisque ça veut dire voir sans arrêt des élèves et ne plus avoir aucun temps à se consacrer à autre chose.

Mais est-ce que tu dirais que ces missions-là elles sont en accord avec ce qui est attendu des missions de l'infirmière ?

C'est déséquilibré en tout cas, ce qui est riche dans ce métier, dans cette profession, c'est vraiment que justement on a des missions qui couvrent un large domaine y a une énorme différence entre monter des projets d'éducation à la santé ou bien faire des bilans qui sont quelque chose de tout à fait répétitif mais qui sont intéressants quand même de façon à faire le point sur la santé des élèves qu'on gère au quotidien et le fait de recevoir des élèves c'est très intéressant également mais si ça doit devenir la mission prioritaire, franchement, ça perd un peu de son intérêt.

Quelle définition donnerais-tu de l'éducation à la santé ?

Blanc, rire... La mise en pratique de la prévention

Mais encore...

Euh... Pour moi, c'est répondre à des problématiques de terrain pour permettre de faire de la prévention par rapport à des problèmes qui se présentent

Et comment il se décline ce rôle d'éducatrice de santé dans ton métier d'infirmière scolaire ?

Je pense que le mot éducateur il n'est pas là pour rien, qu'on est en milieu scolaire et qu'on a notre part à nous, notre spécificité d'infirmière et comme les enseignants qui eux ont leur matière et bien notre matière à nous c'est la santé et tous les domaines de la santé. On fait de l'éducation à la santé quand on reçoit les élèves en relation duelle soit au travers de projets où on peut cibler plus directement soit une classe soit une tranche d'âge.

Si je devais te demander de classer entre 1 et 10 ton niveau de compétences en éducation à la santé, tu te positionnerais où ?

On va dire 5

Et d'après toi, qu'est ce qui pourrait le faire évoluer ce niveau de compétences ?

Qu'est ce qui pourrait le faire évoluer ce niveau de compétences ? Je pense que la valorisation pourrait redonner un peu de peps... Non, je ne sais pas, j'en sais rien... BLANC ... Avoir des évaluations satisfaisantes quand j'évalue une action

La satisfaction des élèves tu veux dire ?

Ah oui, je pense que c'est directement lié

Donc tu mesures la satisfaction des élèves et tu la colles à ton niveau de compétence ?

Assez oui, je mesure si ils ont l'air contents et après, y a des critères plus précis avec des questionnaires et tout ça mais déjà, si j'ai l'impression et je pense que c'est réciproque d'avoir passé un bon moment et qu'ils ont passé un bon moment, c'est gagné !

Quelle satisfaction trouves-tu dans l'exercice de ta profession d'infirmière scolaire ?

Alors, paradoxalement le travail en équipe qui peut être sympa quand on y arrive ; comparé à l'hôpital où on est toujours en équipe, en scolaire, on est tout le temps seule et en équipe pour faire les projets ; rire... c'est la richesse de cette profession, on joue sur les deux tableaux... rire

D'autres satisfactions ?

Rire, le regard des enfants qui illumine ma vie au quotidien...rire... Si, de voir évoluer des situations, mais là, c'est plus en individuel ... mais la frustration c'est que ce n'est pas toujours quantifiable quand tu fais une intervention, un projet sur le tabac, l'alcool, le cannabis, c'est que des choses qui sont sur le comportement et y faut avoir une sacrée dose d'optimisme pour se dire que ton action elle aura eu un impact ou elle aura un impact ; il faut toujours se dire que oui, elle servira sans doute à quelque chose et que c'est pas le jour où tu le fais mais dans dix ans, quinze ans ou vingt ans

Les insatisfactions, c'est ça ne pas pouvoir mener à bien faute de partenariat avec les enseignants, faute de financement quand c'est des choses qui ont un cout, faute d'être suivie par un chef d'établissement, voilà, mais après, si on n'est pas suivi par un chef d'établissement, c'est peut-être qu'il faut se remettre en question et qu'on n'a pas su susciter des réponses aux projets.

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

Je pense qu'il est toujours très négatif, en moyenne, en moyenne, y a des gens qui savent mais y a plein plein de gens qui n'en connaissent même pas l'existence et heureusement car ceux qui n'en connaissent même pas l'existence c'est la majorité » de parents d'enfants qui vont bien et n'ont pas eu à faire du tout dans leur scolarité à une infirmière scolaire donc heureusement

Mais d'après toi, quand on dit infirmière scolaire, ça suscite quoi comme réaction, les gens ils pensent quoi ?

Y a beaucoup de gens qui pensent que l'on sert à rien, qu'on est payé à rester dans une infirmerie, et que y a pas de boulot, pour beaucoup, je pense qu'on est juste là pour le soin, et que donc, étant face à une population en bonne santé qu'il n'y a pas trop de... ils imaginent pas le nombre de passage par jour, par année et les motifs des passages

Qu'est ce qui pourrait la faire évoluer cette image ?

L'infirmière scolaire elle-même en faisant mieux connaître ce que l'on fait mais après par quel biais, c'est difficile, je pense que ça passe forcément par des actions auprès des parents, mais après, l'infirmière scolaire de son établissement, c'est de sa responsabilité aussi de se faire connaître ; évidemment, il faudrait aller chaque rentrée voir tous les parents d'élèves quand ils viennent, se présenter, se re présenter, dire à quoi, on sert, ce qu'on fait ect...Et sans doute on n'est pas très bonne en matière de communication. Mais c'est aussi au chef d'établissement de bien présenter les gens et leurs missions.

Dans cet entretien, y a-t-il des questions que j'aurais oublié selon toi ou des questions que tu aurais aimé que je te pose ?

Non, il me semble que j'ai dû oublier des trucs primordiaux, et je trouve que si les missions de l'infirmière ne sont pas très lisibles par le public c'est parce que aussi on est à cheval sur le secteur et sur le collège et tu me demandais les réflexions des gens quand tu dis que tu es infirmière scolaire et la plupart du temps, les gens pensent que on n'est pas affecté à un collège mais qu'on est toujours à droite à gauche, enfin, y a une méconnaissance du fonctionnement qui est pas simple et euh, les missions ne sont pas les mêmes sur le collège et sur le secteur et ça rend difficile la lisibilité

Merci beaucoup

ENTRETIEN 8 (E8)

Dans le cadre de ma recherche je voudrais que l'on aborde la question de l'identité professionnelle de l'infirmière scolaire. D'abord j'ai des questions inhérentes au public et ensuite j'ai des questions d'ordre professionnel.

Quel est ton âge? 52 ans

Tu es titulaire de la fonction publique depuis combien de temps?

14 ans je pense

Ça fait quatorze ans que tu es à l'éducation nationale.

Oui je pense

D'accord, tu n'as jamais été contractuelle avant? Ah Non

D'accord

Donc toi tu es titulaire d'un collège urbain, et la distance entre ta résidence personnelle et ta résidence administrative?

Entre chez moi, douze kilomètres

D'accord, et tu travailles à...A 80% , cette année. Mais je reprends l'année prochaine à temps plein.

Alors donc, concernant l'identité professionnelle de l'infirmière est ce que tu as toi un signe distinctifs dans ton exercice professionnel qui t'identifie?, quelqu'un qui ne saurait pas que tu es infirmière, est ce qu'il le devine? Quand il te croise

Non

Non, quels pourraient être ces signes distinctifs d'après toi?

Pour me reconnaître en temps qu'infirmière?.....alors là, à part un vêtement, quelque chose de visuel, euh, je ne vois pas.

Est-ce que tu t'es déjà posé la question de porter une blouse par exemple?

Ah oui, je me suis....bien sûr, bien sûr, la question a éténotamment quand j'ai travaillé au centre universitaire à Lille parce que le professeur FORTAIN avec qui je bossais ne voulait surtout pas que ses infirmières portent une blouse , c'était la condition sinequanone , il disait qu'est-ce que vous voulez qu'un élève parle , un étudiant parle à une blouse, donc il ne voulait pas que...y voulait pas...il voulait qu'on soit...voilà habillées normalement de façon à ouvrir le dialogue avec l'étudiant

Et toi, est ce que tu penses en effet , le fait de se présenter voilà commeest-ce que tu penses qu'un signe distinctif c'est une fermeture de dialogue, toi dans ton fort intérieur ?

A moi je crois que la blouse , oui, c'est un...oui ..

Quelles ont été tes motivations élise pour entrer à l'éducation nationale ?

Alors au tout début, euhhh ...bon évidemment quand j'ai passé le concours, c'est pas ce que je leur ai dit ...euh, je suis rentrée dans le moule mais a l'origine au tout début, si moi j'étais infirmière libérale, ce que je voulais c'était prendre soin de ma fille...elle avait six ans et ça devenait plus possible de m'en occuper

Et donc et après, et Ben, je me suis pris au jeu, ça m'a plu

Est-ce que ces motivations, du coup, qui sont inhérente a un rythme de travail et a une compatibilité avec la vie de famille, a est ce qu'elles ont encore du sens aujourd'hui?

Ah non plus du tout

Donc plus du tout parce que..Ben non, parce que ma fille elle est autonome, elle a dix neuf ans enfin voilà

Alors quelles sont tes motivations aujourd'hui pour y rester à l'éducation nationale?

Parce que j'aime bien les enfants

A oui si au début quand même, il n'y avait pas que ma fille, la profession, je ne voulais plus travailler avec des gens en souffrance, heu...je ne pouvais plus ça

En plus en libéral, heu je travaillais beaucoup avec des gens âgés, j'en avais marre aussi d'être confrontée à la mort en permanence , et que je me disais, mais ma vie je passe mon temps à m'occuper de gens en souffrance, m'occuper de morts, , enfin de voilà, et ça je ne voulais plus.

Aujourd'hui, d'après toi, sur quoi elle repose ton identité d'infirmière scolaire?

Blanc... **Reformulation : C'est quoi ta spécificité ?**

Oui, Ben oui ma spécificité ben euh, c'est quand même l'accueil et l'écoute...je crois que c'est là où je suis le meilleur.

C'est quand même dans l'accueil et l'écoute, et c'est à dire que même des fois ça m'arrive quand je suis crevée et tout me dire, voilà, fais un effort ce gamin tu ne le supportes pas mais mets-toi à son écoute, je le fais et, tu vois ça paye

Donc voilà

Si tu devais t'interroger sur qu'est ce qui est attendu de toi dans ton activité professionnelle

Alors, ce qui est attendu Ben, c'est que je fasse le pompier, l'essentiel, on attend euh de moi d'intervenir en cas d'urgence, après le reste on ne s'occupe pas de ce que je fais, voilà, mais il faut absolument que je sois présente pour répondre à l'urgence

Et est ce qui est attendu de toi, ça en l'occurrence, ça correspond aux motivations qui sont les tiennes pour être à l'éducation nationale

A non pas du tout

Donc les missions qui sont attendues ne sont pas en accord avec tes motivations à être là, à exercer cette profession ?

A oui oui, moi je détourne mon travail tout le temps

C'est à dire, dis-moi ?

Et bien, je m'arrange pour faire des choses qui m'intéressent avec les enfants

Hum

Voilà...c'est...je m'arrange, heu voilà pour faire des trucs qui m'intéressent

Est-ce que c'est dérangeant pour toi, le fait qu'il y ait une dissonance de ce qui est attendu et des missions qui sont vraiment les tiennes, ce qui est attendu sur le terrain et finalement nos missions qui ne se résument pas...

Nos missions, nos missions, nos missions c'est quand même faire de l'écoute, c'est quand même l'éducation à la santé, c'est quand même de de ...voilà, c'est....moi je rentre dans ces missions-là, là où je ne suis pas ok, c'est quand...heu, on s'imagine que heu si il n'y a pas d'infirmière on ne peut pas traiter l'urgence

Hum

Alors qu'il suffit d'appeler le SAMU,

Hum

je veux dire n'importe qui peut appeler le SAMU, et puis dans un établissement scolaire il y a des gens au PSC1, donc il y a des gens qui savent agir si un gamin qui a un bras cassé dans la cour, donc il savent le faire.

Et alors pourquoi d'après toi ce qui est attendu de nous alors que ça pourrait être porté par d'autres ça ne l'est pas.

Alors répète ta question

Quand tu dis ce que l'on attend de moi c'est l'urgence, c'est gérer l'urgence etc. Ce que tu arrives finalement à bien faire

la bobologie

Ce que t'arrive à bien faire, et après tu aménages en fait en fonction, tu arrives, tu parviens quand même à faire les autres missions qui sont entre guillemet moins attendues en terme de priorité

Par les chefs d'établissement

D'accord

Pas, pas par heupar la profession, pas par mes missions, je rentre dans mes missions...mais pense que le boulot d'infirmière à l'éducation nationale tapis entendu par toutes les directions de la même façon

Hum

Qu'est ce qui pourrait faire changer ça d'après toi? Ben la formation des principaux, clairement Parce que certains vont, moi je pense qu'il y a des principaux qui vont vraiment heu , si ils ont une infirmière qui a envie de s'investir ils vont sauter sur l'occasion voilà pour la motiver pour faire plein de trucs, bon après c'est un travail de reconnaissance, voilà , de respect du travail mutuel et voilà , heu mais y a des principaux ça les intéresse pas du tout

Moi quand j'ai été présentée à mon nouveau principal quand il est arrivé je lui ai dit, vous voulez que je vous présente le travail que je fais dans l'établissement, les actions de santé, ah non non pas du tout ça ne m'intéresse pas, donc clairement lui , ça été défini tout de suite pour lui, l'infirmière c'est de la bobologie

Donc ça je le fais, donc ça je vais rentrer dans le moule, donc c'est à dire je vais lui montrer que je fais de la bobologie et il est content. Mais personnellement ce n'est pas l'intérêt du soin, il n'a pas compris qu'une infirmière, le soin c'est un moyen de rentrer en communication avec quelqu'un d'autre, donc bon Ben lui c'est bizarre, en fait ils n'ont pas compris le métier.

Comment tu définirais l'éducation à la santé ?

Comme de la prévention, oui, l'éducation à la santé, c'est de la prévention, c'est justement pas faire le pompier, pas arriver pour éteindre le feu, l'éducation à la santé ça permet d'améliorer la qualité de vie des gens, la longévité, la , voilà plein de trucs.

Et comment tu le déclines toi ce rôle d'éducatrice de santé ? Alors soit en individuel, parce que ça on le fait en individuel avec les enfants, ça c'est obligé, et puis là je me rends compte avec les formations que je le fais même pas assez , je sais pas, je me suis dit que je pourrais me faire des fiches comme elle a la dame du planning, je me suis dit que ce serait bien pour expliquer les règles, ça j'ai pas et je me suis dit mais oui mais bien sur ce serait bien d'avoir des planches toute prête pour montrer aux gamins plutôt que d'expliquer, montrer l'histoire du nid qui se défait , enfin qui a pas servi et qui se détruit et si j'avais au moins, bon ben voilà, donc en individuel, y a beaucoup de choses qui se fait à l'infirmerie, après, moi, je fais des interventions dans les classes, heu, après, je fais venir des intervenants, parce que je trouve que c'est bien aussi qu'ils aient d'autres gens en face d'eux, voilà c'est à peu près... Alors par exemple, le truc le plus récent que l'on ait fait à deux c'est sur le harcèlement, donc intervenir avec les trois petits films, ma fille m'a fait un DVD avec les trois films, les a téléchargé donc c'était bien, c'est pratique et soi je travaillais avec le CPE soit je travaillais avec l'agent de sécurité, et je prenais, en fait je passais les films et j'intervenais come animatrice comme dans cet autre que moi, c'est-à-dire que je m'étais les enfants en rond et je passais la parole à l'un à l'autre, et toi, tu en penses quoi, et du coup en même temps, on apportait comme cet autre que moi on apporte rien, là on apportait des choses, donc là, c'est un peu plus, ça me permettait de faire passer des choses,

Si tu devais évaluer ton niveau de compétences en éducation à la santé de 0 à 10 ?

Alors de deux façons, soit j'ai envie de la faire et donc je fais et je suis capable d'être excellente ça c'est sur, soit j'ai pas envie de me bouger, parce que je me sens pas reconnu, parce que j'ai l'impression qu'on me demande de faire une action pour mettre sur un projet mais pas être respecté e dans le travail que je fais et auquel ca s je ne vais pas le faire avec cœur et là je l'ai dit d'ailleurs une fois, vous savez, je peux ne pas, ne serais pas très très bonne. Si on me demande de faire une action sur un thème qui ne m'intéresse pas et pas comme j'ai envie de la faire, je vais le faire tel qu'on me le demande parce que je suis une fonctionnaire donc je, d'ailleurs on me le rappelle assez souvent, que quand on est fonctionnaire, on doit répondre à l'ordre, donc je réponds à l'ordre qui est demandé mais je dis toujours à la fin, c'est pas là que je suis le meilleur, je ne sais pas si je vais être très bonne d'ailleurs mais je vais le faire. Je peux être entre 4 et 8.

Quelles seraient tes plus grandes satisfactions dans ce métier d'infirmière scolaire ?

Quand j'ai entendu, vraiment, mes plus grands plaisirs dans mon boulot c'est quand j'ai un gamin en face de moi qui est désespéré et que j'arrive avec lui à ce qu'on mette des mots ensemble sur ce qu'il vit pour ouf, voilà, il est heureux, il repart, il a posé quelque chose et là je me dis, ben, t'a peut-être rien fait de ta journée mais là, tu as gagné ta vie. Là ça fait du bien parce que voilà, des fois c'est un déclic, ils savent pas, ils sont là, ils arrivaient avec leur valise et quand on se met, en fait, moi, j'appelle ça me mettre en résonance, c'est ç dire que j'essaie de sentir à quel niveau il est pour

pouvoir l'aider à mettre des mots sur ce qu'il sent mais c'est ce que j'appelle un contact direct, c'est-à-dire je suis pas dans l'infirmière qui est hein, je suis dans le contact direct avec l'enfant pour sentir à quel niveau d'émotion il est, pouvoir l'aider à aller plus loin voilà.

Et quelles seraient tes insatisfactions professionnelles ?

Heu, j'aime pas beaucoup faire des trucs par exemple mécanique, et du coup, ben je le bacle, je le fais pas comme je voudrais le faire donc je le bacle. Moi, j'aime bien faire les bilans de santé mais j'aime bien les faire heu, moi j'aime pas remplir un truc sur un ordinateur par exemple, donc ce que je fais, c'est que je les fais tous à la main donc là, je vais pouvoir prendre du temps par rapport aux thèmes qui m'intéressent et après, quand je le rentre dans l'ordinateur, je remplis que les trucs en gras, et je me dis c'est pas cool de faire ça, parce que c'est vrai que je pourrais prendre le temps de le faire et que je le fais pas mais je me dis, s'ils ont des enquêtes à faire, au moins, ils peuvent faire leurs enquêtes et donc là je réponds à un truc de santé publique. Par exemple, ça ça fait des insatisfactions après, la relation avec les enseignants elle est pas toujours facile, et ben, je suis obligée de me mettre à distance d'eux parce que je trouve qu'ils sont, ils me polluent en fait, quand je suis en salle des profs, ils passent leur temps à dire du mal des élèves et moi je leur dis qu'y a des trucs que je peux pas entendre, ce ne sont que des enfants et donc du coup, ça m'a donné une image des enseignants, c'est une catastrophe, heureusement y en a quelques-uns avec qui je sais, y a pas de problème mais c'est vrai y a des moments, c'est, je me demande ce que je fais là, non, en plus, y a un autre truc aussi, j'avais envie de faire plein de trucs, on a envie de faire des choses pour aider les enfants et j'ai l'impression que ça sert à rien, parce que tout ce qu'on essaie de mettre en place, par exemple travailler sur la non-violence avec les enfants, comment travailler sur la non-violence avec les enfants quand eux-mêmes vivent de la violence de la part des enseignants, de la violence institutionnelle ;c'est impossible, quand y a pas de cohérence entre ce que nous on voudrait apporter en tant qu'infirmière avec tout ce savoir qu'on nous donne dans les formations et tout ça et puis sur le terrain, on a quand même en face de soi des gens qui sont dans le pouvoir et qui ont pas envie forcément, enfin voilà, moi je trouve qu'ils ne se remettent pas assez en question, ils ne se mettent pas à la place des enfants, ce qui fait que des fois, on arrive à des aberrations, des punitions complètement délirantes, des trucs injustes, alors que l'ado, on sait que l'ado il est très très sensible à l'injustice donc voilà ça ça fait partie, la relation avec les enseignants,

D'après toi, quelle image véhicule le terme infirmière scolaire dans la société ?

Ah ben, clairement, même dans la tête de certains profs, on n'est pas des infirmières à part entière, on n'est pas des vraies, pour beaucoup on n'est pas des vraies, parce que même moi quand on me demande quand je leur dis, ben oui, j'ai travaillé à l'hôpital, ah bon, t'as travaillé à l'hôpital ? Comme si voilà, bien oui, j'ai travaillé à l'hôpital, rire, ouais, je sais faire un soin. Je crois que c'est une image qui date des années 70, je sais pas, comme moi j'ai 52 ans, je me souviens bien que l'infirmière, c'était celle qui suivait le médecin lors des visites médicales et qu'on nous faisait les vaccins, et les trucs comme ça et puis c'est tout voilà, l'infirmière elle intervenait pas, elle était présente dans l'établissement mais personne n'y allait et donc c'est un petit peu ça, et même d'ailleurs y a encore des gens qui pensent que l'infirmière elle a encore le temps de tricoter,

Qu'est ce qui faudrait faire pour changer cette image d'après toi ?

Les intégrer dans des instances de l'établissement autre que le CESC parce que le CESC en fait, ça vit pas, mais plus par exemple dans les réunions pédagogiques, moi je pense que ce serait bien que les infirmières soient là de temps en temps pour donner leur avis, ne serait-ce que par rapport à des projets, à ben moi j'entends des trucs, à l'infirmerie, pouvoir donner un avis.

Et pourquoi le CESC il ne vit pas ?

Parce que ça n'intéresse personne, parce que c'est quelque chose conçu dans les textes, on leur dit vous devez faire un CESC donc ils font un CESC, mais le CESC il vit pas du tout, en fait tous les ans, on me demande ma liste, hé, vous avez fait la liste ? Oui, j'ai fait la liste, bon, on fait une réunion CESC, oui, et voilà, y a personne alors que pour moi une réunion de CESC au départ, y avait les actions santé, mais y avait aussi les actions citoyenneté, et puis y avait aussi plein de choses quoi et en fait depuis cinq ans par exemple, ça se réduit à dire le catalogue d'actions, y a pas de projets, oui c'est

ça qui manque, il faudrait un projet d'établissement qui soit, dans lequel l'infirmière puisse vraiment prendre sa place.

Est-ce qu'il y a des questions que tu aurais aimé que je te pose ou aurais tu des choses à rajouter ?

Sur les soins, ça c'est un truc qui nous manque, moi, je regrette de ne plus faire de soin du tout, c'est aussi que je trouve dommage qu'on ne fasse plus de soin. Voilà, c'est tout.

Merci beaucoup

Annexe 3 : Questionnaire

A L'ATTENTION DES INFIRMIER(E)S DE L'EDUCATION NATIONALE (non CT auprès DASEN et Recteur)

Dans le cadre de ma thèse, je vous invite à répondre, d'une manière anonyme, à ce questionnaire. Chaque élément de réponse sera soigneusement exploité et fera l'objet d'une étude attentive. Pour compléter ce questionnaire de 4 pages, un temps indicatif de 25 minutes est nécessaire. Je vous remercie par avance pour votre précieuse collaboration.

1/ QUI ETES-VOUS ?

- 1.1. Homme Femme Votre âge : _____ ans
- 1.2. Personnel infirmier du Ministère de l'éducation nationale depuis : _____ (préciser l'année)
- 1.3. Département du lieu de travail actuel : _____ (numéro du département)
- 1.4. Année d'obtention du diplôme d'infirmier (DE) : _____
- 1.5. Avez-vous un diplôme autre que le DE ? : Licence Master DU Quelle spécialité : _____
- 1.6. Actuellement, vous êtes sur un poste : définitif provisoire
- 1.7. Quelle est actuellement votre quotité de travail : temps plein 80% 50% autre (préciser) : _____ %
- 1.8. Dans quel type d'établissement travaillez-vous ? Collège et/ou secteur lycée et/ou cité supérieur
 Autre (préciser) : _____
- 1.9. Nature du lieu ou secteur de travail : rural urbain semi urbain
- 1.10. Votre établissement ou un de vos établissements est-il en ZEP/RRS/Eclair/Ambition réussite ? : oui non
- 1.11. Nombre total d'élèves dans vos établissements : _____ et /ou de secteur : _____

2/ VOS PRATIQUES EN EDUCATION A LA SANTÉ ?

- 2.1. Avez-vous mis en place de l'éducation à la santé (de façon collective) dans votre travail sur année 2014/15? Oui non
 Si non, passez à la Q 2.1.m

↳ Si oui,

- 2.1.a Niveaux de Classe(s) : _____ Nombre d'élèves : _____ Nombre de séances : _____ IDE seul(e) IDE + partenaire
 Niveaux de Classe(s) : _____ Nombre d'élèves : _____ Nombre de séances : _____ IDE seul(e) IDE + partenaire
 Niveaux de Classe(s) : _____ Nombre d'élèves : _____ Nombre de séances : _____ IDE seul(e) IDE + partenaire
 Niveaux de Classe(s) : _____ Nombre d'élèves : _____ Nombre de séances : _____ IDE seul(e) IDE + partenaire

- 2.1.b Thématiques abordées : Si vous cochez plusieurs cases, numérotez les thématiques par ordre d'importance (5 cases maximum)

- Conduites addictives Tabac Alcool Education à la vie et à la sexualité
 Maltraitements, violence Violence sexuelle Nutrition Hygiène de vie
 Education du citoyen Premiers secours Sommeil Souffrance psychique prévention suicide
 Autres (préciser) : _____

- 2.1.c Vous animez des séances en Equipe IDE IDE+médico-sociale IDE+enseignants+CPE
 IDE+partenaire extérieur

- 2.1.d Vous avez travaillé : (cochez une seule réponse par ligne)

| | Très souvent | Souvent | Peu souvent | Jamais |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| De façon ponctuelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans le cadre d'une programmation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans le cadre d'un projet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dans le cadre d'un projet intégré au projet d'établissement (CESC) ou conseil d'école | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 2.1.e Travaillez-vous en équipe au sein de votre établissement ou secteur ?

| Très souvent | Souvent | Peu souvent | Jamais |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.1.f Vous sentez-vous inclus(e) dans l'équipe pédagogique de l'établissement ?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tout à fait | Un peu | Pas vraiment | Pas du tout |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.1.g Parvenez-vous à travailler en équipe au sein du CESC ?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Très souvent | Souvent | Peu souvent | Jamais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.1.h Qualité de la relation : Comment estimez-vous vos relations professionnelles (cochez une seule réponse par ligne)

| Vos relations avec : | Très satisfaisante | Satisfaisante | Plutôt satisfaisante | Plutôt difficile | Difficile | Très difficile |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Votre hiérarchie | <input type="checkbox"/> |
| L'équipe IDE et médico-sociale | <input type="checkbox"/> |
| Les enseignants | <input type="checkbox"/> |
| La vie scolaire (CPE, AED) | <input type="checkbox"/> |
| Les élèves | <input type="checkbox"/> |
| Les parents | <input type="checkbox"/> |

2.1.i Comment votre travail a-t-il démarré ? Si vous cochez plusieurs cases, numérotez-les par ordre d'importance

- Vous avez décidé d'inclure le travail en éducation à la santé dans votre programme de travail annuel
- A la suite d'une sollicitation institutionnelle
- A la suite d'un événement extérieur (précisez) : _____
- A la suite d'une réflexion collective à l'échelle de votre établissement
- Autre (précisez) : _____

2.1.j Quels contenus avez-vous abordé en matière d'éducation à la santé ? (cochez une seule réponse par ligne)

| | Systématiquement | Parfois | Peu souvent | Jamais |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les aspects biologiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les savoirs pour promouvoir la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les informations pour répondre aux questions de santé des élèves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La relation à l'autre – la citoyenneté, le respect, l'égalité, les préjugés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'estime de soi, se connaître, avoir confiance en soi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toutes les formes de violence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'environnement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La santé et les médias (stéréotypes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le rapport à la loi et aux interdits sociaux et légaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.1.k Comment jugeriez-vous l'efficacité de ce travail ?

| Très satisfaisante | Satisfaisante | Moyennement satisfaisante | Peu satisfaisante | Pas du tout satisfaisante | Sans avis |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.1.l Pensez-vous recommencer ? Oui Non Chaque année ? Oui Non

- ↳ Si oui,
Comment : _____
- ↳ Si non,
Pourquoi : _____

↳ Si vous avez répondu non à la question 2.1.,

2.1.m Si vous n'avez pas pu mettre en place d'actions en éducation à la santé, quelles en sont les raisons ? (cochez une seule réponse par ligne)

| | Tout à fait d'accord | D'accord | Peu d'accord | Pas d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La difficulté de trouver des personnes à contacter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'impression de ne pas intéresser les élèves | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le manque de matériel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les réactions des parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les réactions des collègues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les réactions de la hiérarchie administrative | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je ne sais pas comment faire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le manque d'information sur les thèmes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le manque de formation sur l'éducation à la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je suis gêné pour aborder certains sujets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le manque de motivation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ce n'est pas mon rôle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le manque de temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ce n'est pas une priorité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'âge des enfants pour aborder certains sujets (Lesquels _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autres, précisez ici :

2.2. Sur les 2 pôles de modèles d'éducation à la santé comment situez-vous votre pratique ? (Plus votre croix est proche d'un pôle plus votre pratique se définit ainsi) \longleftrightarrow

Education
Biomédicale
Et information

Education
et approche
Globale

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

2.3. Vous sentez-vous professionnellement ? Très isolé(e) Isolé(e) Peu isolé(e) Pas isolé(e)

2.4. Comment concevez-vous votre rôle : (Plus votre croix est proche d'un pôle plus votre pratique se définit ainsi) \longleftrightarrow

Conseiller technique
pour les projets mis en œuvre
par les enseignants

Comme animateur
auprès des élèves

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

3-QUEL REGARD PORTEZ-VOUS SUR L'EDUCATION A LA SANTE ?

3.1. Votre définition de l'éducation à la santé : _____

3.2. Vos avis sur ces affirmations ? (cochez une seule réponse par ligne)

| | Tout à fait d'accord | D'accord | Peu d'accord | Pas du tout d'accord |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| C'est l'un des rôles de l'infirmier(e) scolaire que de contribuer à l'épanouissement de l'élève | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé concerne autant les infirmier(e) s scolaires que les parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé relève principalement de l'éducation familiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Un(e) infirmier(e) scolaire n'a pas le droit de donner des directives dans le domaine de la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les convictions religieuses des élèves doivent être absolument respectées dans l'éducation à la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé vise principalement à donner des informations scientifiques : sur la biologie, l'alimentation, les IST (Infections Sexuellement Transmissibles), les méfaits des drogues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé, c'est l'apprentissage de comportements favorables au « vivre ensemble » | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eduquer à la santé, c'est favoriser l'éveil et la curiosité pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eduquer à la santé c'est donner les moyens aux élèves de vouloir, pouvoir, et savoir faire des choix éclairés et responsables pour leur santé et celles des autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les convictions religieuses et/ou politiques sont souvent un obstacle à l'éducation à la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pour être efficace, une action en éducation à la santé doit durer tout au long de la scolarité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il faut partir des conceptions et des connaissances des élèves pour travailler sur les questions relatives à la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| On ne peut pas aborder certains sujets (sexualité par exemple) si tous les élèves et les familles ne sont pas d'accord | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé concerne autant les enseignants que les infirmiers(e) s scolaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le travail avec les partenaires extérieurs à l'école améliore l'efficacité des actions en éducation à la santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C'est important d'associer les élèves comme partenaires dans un projet, de la conception à la réalisation et à l'évaluation. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ce serait bien que l'éducation à la santé fasse partie des enseignements comme les mathématiques, le français, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé est inutile car peu efficace. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation n'est pas l'affaire de l'infirmier(e) car il n'est pas compétent pédagogiquement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé à l'école est d'abord l'affaire des médecins, assistants sociaux et infirmières scolaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'éducation à la santé sert à favoriser l'égalité entre filles et garçons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'Education à la santé est d'abord une approche sur les thématiques de santé (alimentation, sexualité, drogue, suicide...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'âge et la maturité des élèves peuvent être un frein à l'éducation à la santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les compétences psycho-sociales sont la priorité en éducation à la santé. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Les projets en éducation à la santé doivent s'étendre sur le quartier, la commune. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.3. Comment évaluez-vous votre intérêt pour l'éducation à la santé ?
(Plus vous vous sentez motivé, plus vous indiquez une note proche de 10)

_____ / 10

4/ QUEL TRAVAIL AVEC LES PARTENAIRES ?

- 4.1. Qui considérez-vous comme partenaires ? Les parents La vie scolaire
 (Vous pouvez cocher plusieurs cases) Le médecin scolaire et l'AS Les élèves
 Les enseignants Les intervenants extérieurs
 Autres (précisez quelle structure) : _____

- 4.2. Avez-vous des attentes vis-à-vis des partenaires dans le domaine de l'éducation à la santé ? Oui Non
 Si oui, quelles sont vos attentes ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)
 Aide à l'élaboration de projets : dans quel(s) domaine(s) et de quelle manière ? _____

- Aide méthodologique
 Documentation pour vous
 Documentation pour les élèves
 Apport d'autres expériences
 Matériel
 Interventions en classe : comment ? _____

- Autres, précisez : _____

- 4.3. Selon vous, quels partenaires seraient susceptibles de vous aider le plus efficacement ? (Citez-en trois)

- ① _____
 ② _____
 ③ _____

5/ QUELLE FORMATION EN EDUCATION A LA SANTÉ ?

- 5.1. Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en éducation à la santé ? _____ / 10
 (Plus vous vous sentez compétent, plus vous indiquez une note proche de 10)

- 5.2. Avez-vous eu une formation dans ce domaine : Oui Non
 Si oui : → en formation initiale, en quelle année ? _____
 → en formation continue, en quelle(s) année(s) ? _____
 Stage par un partenaire extérieur (précisez lequel) _____
 Stage d'établissement
 Formation d'adaptation à l'emploi
 Stage proposé dans le plan de formation (précisez lequel) _____
 Autre (précisez lequel) _____

- 5.3. Actuellement, ressentez-vous, pour vous même, la nécessité d'une formation ? Oui Non

Si oui, quels contenus vous semblent appropriés ? Si vous cochez plusieurs cases, numérotez-les par ordre d'importance, 1 étant le plus important

| | Très prioritaire | Prioritaire | Peu prioritaire | Pas prioritaire |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Questions relatives à ce qu'est l'éducation à la santé aujourd'hui, à sa place dans notre travail, à l'éthique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions relatives à la question du travail en partenariat en éducation à la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions relatives à la prise en charge collective des actions et des projets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions relatives des liens entre savoirs, savoir faire et savoir être en éducation à la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Information sur la psychologie et sur les compétences psychosociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apprentissage des méthodes et démarches pédagogiques en éducation à la santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Témoignages d'actions réalisées dans d'autres établissements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apports scientifiques sur des thèmes (drogues, nutrition...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Merci de votre collaboration.