

INFIRMIERS SCOLAIRES ET EDUCATION A LA SANTE : REPRESENTATIONS ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dominique Berger *, **Mabrouk Nekaa ****, **Didier Jourdan *****

**Psychologue, Maître de conférences,
UCBL, Lyon1-IUFM,
Université de Lyon, PAEDI EA n°4281,
90 rue de la richelandière,
42000 St Etienne,
dominique.berger@univ-lyon1.fr*

***Infirmier, Conseiller technique de l'Inspecteur d'Académie de la Loire,
PAEDI, EA n° 4281.*

****Professeur des Universités,
UBP-Clermont-Ferrand 2-IUFM,
PAEDI, EA 4281*

Mots-clés : *identité professionnelle, Infirmiers scolaires, pratiques, représentations.*

Résumé : *L'enquête menée auprès des infirmier(e)s de l'éducation nationale des académies de Lyon et de Clermont-Ferrand (n = 188) met en évidence l'hétérogénéité des représentations et des pratiques professionnelles. Elle souligne le lien entre les conceptions individuelles et la nature des pratiques mises en œuvre, montre l'incidence de la formation et de l'expérience acquise en milieu scolaire sur les pratiques et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de leurs missions. La spécificité du métier d'infirmier scolaire apparaît non plus articulée autour du soin, mais autour de tâches éducatives sans pour autant être en concurrence avec les disciplines d'enseignement. Ce changement radical dans l'identité professionnelle acquise en formation initiale en IFSI, sous-tend la nécessité d'une formation spécifique adaptée au milieu scolaire et à ses particularités et la définition d'une nouvelle professionnalité articulée autour de compétences spécifiques.*

1. Introduction

Les infirmier(e)s de l'éducation nationale sont un corps particulier rattaché au ministère de l'Éducation nationale. Depuis la circulaire du 12 janvier 2001, l'infirmier(e) d'établissement doit être le référent santé en matière de prévention et d'éducation à la santé. Le faible nombre de travaux de recherches en langue française sur les infirmier(e)s scolaires, nous a largement incités à nous pencher sur leurs activités et leurs actions. Il nous est paru important de chercher à approfondir la connaissance des représentations et des pratiques d'éducation à la santé (ES) des infirmier(e)s de l'éducation nationale. Il s'agit pour nous, à partir d'un travail d'enquête conduit entre 2006 et 2007, d'analyser les conceptions déclarées de ces personnels et de mettre en exergue les déterminants de leurs pratiques.

Le travail de recherche porte sur l'analyse des résultats d'un questionnaire. Cent quatre-vingt-huit infirmier(e)s de l'éducation nationale des Rectorats de Lyon et de Clermont-Ferrand ont répondu à notre questionnaire.

2. Cadre de la recherche

Titulaire d'un diplôme d'état, l'infirmier(e) scolaire est nommé après réussite à un concours académique. Sous l'autorité hiérarchique du Chef d'Établissement d'affectation, il peut être nommé sur poste en internat ou en externat, ou en poste mixte. Dans ce cas, l'infirmier(e) est affecté(e) dans un collège et exerce, pour la majorité de son temps de travail dans cet établissement, ainsi que dans des écoles primaires du secteur de recrutement du collège. Il est le conseiller du Chef d'Établissement en matière de santé, de prévention, d'éducation à la santé,

d'hygiène et de sécurité et le référent et acteur de santé, tant sur les plans individuels que collectifs dans l'établissement scolaire. La mission de l'infirmier(e) de l'Education nationale s'inscrit dans la politique générale de promotion de la réussite scolaire des élèves et des étudiants.

Le champ d'activité de l'infirmier(e) 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. K. Pingoud [18] situe ce champ d'activité au carrefour de trois univers :

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 infirmier(e)s sont ainsi appelés 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 infirmier(e)s 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 infirmier(e)s 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'infirmier(e) scolaire, champ rendu complexe avec l'évolution du rôle et des pratiques des infirmier(e)s scolaires.

3. Méthodologie de l'enquête

L'étude a consisté à interroger par courrier électronique, via leur rectorat respectif, au cours du 4^e trimestre 2006 pour l'académie de Lyon et 1^{er} trimestre 2007 pour celle de Clermont-Ferrand, la totalité des personnels infirmier(e)s scolaires par un questionnaire portant sur leur activité durant l'année scolaire 2005-2006.

La procédure d'interrogation a été concertée avec les infirmières conseillères techniques rectorales et départementales. Elle a utilisé le canal administratif et la voie hiérarchique. Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique via le service infirmier du Rectorat en novembre 2006 pour l'académie de Lyon et février 2007 pour l'académie de Clermont-Ferrand. Un second renvoi via le Rectorat a été réalisé en janvier 2007 pour l'académie de Lyon et en avril 2007 pour l'académie de Clermont-Ferrand. Le retour des questionnaires anonymes pouvait se faire soit par courrier électronique à l'adresse de l'enquêteur soit par courrier postal à l'IUFM de Saint-Étienne.

La population sur laquelle nous avons travaillé correspond à la totalité des infirmier(e)s des Académies de Lyon et de Clermont-Ferrand. Nous avons isolé les variables suivantes :

- Répartition géographique : départementale et académique (Lyon ou Clermont-Ferrand),
- Zone urbaine, rurale ou semi-urbaine,
- Appartenance ou non à une zone d'éducation prioritaire (ZEP) ou ambition réussite,
- Travail en équipe au sein du CESC,
- Durée de l'exercice professionnel comme infirmier(e) scolaire,
- Lieu de travail : en secteur et collège, lycée ou enseignement supérieur; poste définitif ou provisoire.

Le questionnaire est largement inspiré de celui utilisé pour l'enquête sur les représentations des enseignants [9]. Modifié pour les besoins de l'étude, il comporte cinq pages et cinq parties. La première partie concerne les caractéristiques de l'infirmier(e), tandis que la seconde porte sur les

pratiques en ES et les obstacles qui leurs sont associés. La troisième partie a pour but de déterminer les représentations de l'ES des infirmier(e)s, la quatrième s'intéresse au travail avec les partenaires, enfin la cinquième partie aborde la formation en Education à la Santé.

Les données ont été tout d'abord étudiées¹ de manière univariée, à l'aide du test du Khi2 pour les comparaisons de pourcentages, de l'analyse de la variance ou de test non paramétrique (test H de Kruskal-Wallis) pour les comparaisons de moyennes, et du coefficient de corrélation de Pearson calculé pour mesurer le lien entre les variables quantitatives. Une analyse multivariée a été également effectuée afin d'expliquer les scores d'intérêt et de compétence pour l'Education à la Santé, à l'aide de régressions linéaires multiples : une valeur de $p < 0,05$ a été retenue pour identifier les variables à introduire dans les modèles.

4. Résultats

Notre population de référence est de 516 personnes ; 2/3 sont réparties dans l'Académie de Lyon et 1/3 dans l'Académie de Clermont-Ferrand. Au 2 avril 2007, 188 questionnaires nous ont été retournés, ce qui représente 36 % de réponses.

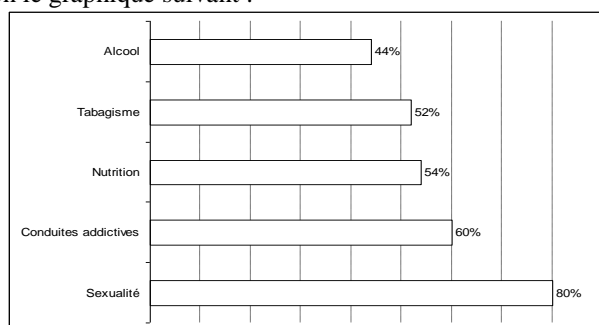
La répartition des sondés selon leur position statutaire est de 87,6% sur poste définitif contre 12,4% sur poste provisoire. 18,6% de la cohorte exercent en secteur rural, 54,8% en ville et 26,6% en secteur semi-urbain. De plus 27,7% des infirmier(e)s travaillent en Zone d'Education Prioritaire ou « ambition réussite ».

10,6% des infirmier(e)s ont un diplôme universitaire supplémentaire : DU - diplôme universitaire, Licence (Sciences de l'éducation, sociologie), Master professionnel.

Ils exercent avec un effectif moyen de 850 élèves potentiellement accueillis par établissement (collège, lycée, cité scolaire) et une moyenne de 1500 élèves pour ceux qui travaillent en secteur (regroupement de plusieurs écoles élémentaires du secteur de recrutement d'un collège). La situation paraît contrastée entre les départements. Nous notons simplement que les départements les plus urbanisés ont des effectifs plus importants sur les secteurs et les établissements.

4.1 Pratiques et champs d'intervention des infirmier(e)s en Education à la Santé

94 % des infirmier(e)s ayant renvoyé le questionnaire déclarent mener des actions en Education à Santé : 30% seuls et 70% avec un partenaire (interne ou externe à l'établissement). Ils ont abordé un ou plusieurs thèmes dans 557 séances d'Education à la Santé qui se répartissent thématiquement selon le graphique suivant :



Graphique 1 : Thèmes abordés par les IS

Dans ces actions, les contenus abordés concernent les axes suivants : Aspects biologiques 50.0%, Savoirs 64.9%, Informations **74.5%**, Relation à l'autre **67.6%**, Estime de soi 59.0%, Violences 20.2%, Environnement 8.5%, Santé & médias 26.1%.

Ce travail a principalement été effectué pour 54% en collège, 12% en lycée et 15% en primaire.

¹ Les analyses ont été effectuées avec le concours de M. Simon Thezenas, biostatisticien, du Centre Régional de Lutte contre le Cancer de Montpellier.

Les motivations des interventions en Education à la Santé sont très diverses. Si 40 infirmier(e)s expliquent que ce sont les textes ministériels (définition du rôle et des missions) qui fondent leurs actions en Education à la Santé, d'autres, plus nombreux, déclarent répondre aux besoins et demandes spécifiques (23), aux projets mis en œuvre (19 ; CESC, projets d'établissements ou d'écoles), à des situations particulières déterminées par des événements déclencheurs (15 ; élèves alcoolisés, cas de suicide, accidents).

Pour 74 %, le point de départ d'une action en Education à la Santé repose sur une décision personnelle, sur une sollicitation institutionnelle (22 %), un événement extérieur (9 %) ou fait suite à une réflexion collective à l'échelle de l'établissement (39%).

La réflexion collective pour les projets en ES est en lien direct avec le travail effectué ou non en CESC. ($p = 0,002$)

Travail en équipe au sein des CESC	Travail initié par une réflexion collective		Total
	Non	Oui	
Non	70	29	99
	70.71%	29.29%	100 %
	61.95%	38.67%	52.66%
Oui	43	46	89
	48.31%	51.69%	100 %
	38.05%	61.33%	47.34%
TOTAL	113	75	188
	60.11%	39.89%	100 %
	100 %	100 %	100 %

Tableau I : CESC et réflexion collective

Parmi les personnes déclarant pratiquer l'Education à la Santé, 39 % ont travaillé de façon ponctuelle, contre 34 % dans le cadre d'un projet ou d'une programmation, mais 75% incluent leurs actions dans un projet du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (paradoxe discuté plus loin). 30 % ont travaillé seuls, 47 % avec des collègues (médical /social ou autre personnel de l'éducation nationale) et 63 % avec des partenaires externes.

Si 81,9% des répondants déclarent travailler en équipe au sein de leur établissement ou secteur, 52,7% affirment toutefois ne pas parvenir à travailler en équipe au sein du CESC comme ils le souhaiteraient. 41,3% se sentent tout à fait inclus dans l'équipe pédagogique, 36,3% un peu, contre 16,8% pas vraiment et 5,6% pas du tout. Par ailleurs, 62% expriment un sentiment d'isolement professionnel. Concernant les relations avec la communauté éducative, les infirmier(e)s de notre échantillon estiment avoir de bons rapports avec les élèves (100%), des rapports satisfaisants avec les médecins et assistantes sociales (96%), des rapports positifs avec les parents et leur hiérarchie, la vie scolaire (84%) ainsi qu'avec les enseignants (72%).

4.2 L'évaluation du travail

Les infirmier(e)s sont en général partiellement satisfaits de leur travail (82,4%), 12 % sont tout à fait satisfaits et seulement 3,4 % ne sont pas satisfaits.

Pour améliorer le cadre de leurs pratiques, 35% des répondants citent le besoin d'améliorer le travail en partenariat, 17% désirent développer le travail en CESC, 17% souhaitent travailler de la même manière et 6,5% veulent progresser sur l'évaluation de l'Education à la Santé. Les évaluations positives de leurs actions justifient la continuité de leurs actions dans ce domaine.

Les principaux obstacles à la mise en œuvre d'activités d'Education à la Santé sont : le manque de temps (23) et notamment la difficulté de disposer de plus de temps avec les élèves (12), la réaction/adhésion des collègues et de la hiérarchie (17), le fait d'être nouvellement affecté sur le poste (15), le manque de formation (12), l'insuffisance de matériel (10).

4.3 Les facteurs influençant les pratiques

Le fait d'être en poste définitif ou sur poste provisoire a une influence réelle sur les conditions de mise en œuvre d'un processus d'Education à la Santé ($P = 0.002$) et sur le travail en partenariat. L'ancienneté sur le poste favorise le travail en Education à la Santé dans le cadre du CESC ($p = 0,0045$)

La formation a une influence déterminante puisque parmi les 74 % d'infirmier(e)s ayant reçu une formation, 97 % d'entre eux pratiquent l'Education à la Santé dans leur travail, contre 83 % des infirmier(e)s qui déclarent ne pas avoir reçu de formation ($p = 0,001$).

4.4 Les représentations des infirmier(e)s sur leur rôle en Education à la Santé

La totalité des infirmier(e)s considèrent que l'Education à la Santé fait partie de leurs missions. Sur l'échelle de « la conception de leur rôle en éducation à la santé », qui distingue le modèle de « conseiller technique pour les projets » de celui d' « exécutant avec les élèves », 152 réponses s permettent de situer notre échantillon plus proche du « pôle exécutant avec les élèves » (84%), que du pôle « conseiller technique pour l'élaboration de projets » (16%).

Pour permettre des comparaisons, les infirmier(e)s ont été classés dans deux groupes en rapport avec la conception qu'ils se font de l'ES :

- **Groupe A** : ceux qui considèrent leur rôle avec une approche « information biomédicale » ($n = 40$) ; 22%
- **Groupe B** : ceux qui considèrent qu'ils ont un rôle « d'éducation globale de la personne » ($n = 103$) ; 54%

Les représentations que les infirmier(e)s se font de leur rôle ne sont pas sans effets sur les pratiques professionnelles. Les infirmier(e)s des catégories A et B déclarent pratiquer l'ES dans des proportions similaires (95 % vs 96,1 %). Cependant, nous observons que ceux qui mobilisent une approche biomédicale mettent moins souvent en place des actions en Education à la Santé en collaboration avec les enseignants (35% vs 57%) ($p = 0,0167$). Comme ils inscrivent moins leur travail dans le cadre d'un projet CESC (57% vs 82%) ($p = 0,0018$). 65% du groupe A déclarent ne pas travailler en équipe CESC contre 49,5% pour le groupe B ($p = 0,02$). Pour le groupe A, il apparaît que les dispositifs d'Education à la Santé mis en œuvre présentent des contenus plus axés (60%) sur les aspects biologiques, les savoirs, l'information et moins sur la relation à l'autre ($p = 0,0069$). Pour le groupe A, les convictions religieuses/politiques des familles sont des obstacles à l'Education à la Santé, à l'inverse de ceux qui ont une approche globale de la personne (Q10, 60% vs 40% ; $p = 0,05$). Les infirmier(e)s du groupe A pensent davantage que l'âge et la maturité des élèves peuvent être un frein à l'Education à la Santé (33% vs 25% ; $p = 0,01$).

4.5 Pratiques professionnelles et sentiment de compétence

Le questionnaire invitait les infirmier(e)s à évaluer, par une note sur 10, leur niveau de compétence en Education à la Santé. La moyenne est de 6,5/10.

Sentiment de Compétence	(n = 188)	groupe A	groupe B
Note inférieure à 6,5	83 (47.4%)	22 (61.1%)	39 (39%)
Note supérieure à 6,5	92 (52.6%)	14 (38.9%)	61 (61%)

Tableau II : Sentiment de compétence en éducation à la santé

Le sentiment d'isolement professionnel fréquemment avancé a aussi une influence significative sur le sentiment de compétence ($p = 0,001$).

Niveau de compétence	Sentiment d'isolement		Total
	Oui	Non	
Note inférieure à 6,5	60	18	78

	58.25%	30.51%	48.15%
Note supérieure à 6,5	43	41	84
	41.75%	69.49%	51.85%
TOTAL	103	59	162
	100 %	100 %	100 %

Tableau III : Sentiment d'isolement des infirmier(e)s

L'appréciation du sentiment d'isolement est également significative entre le groupe A et B ($p = 0,022$) : on note en effet un sentiment de compétence plus faible pour le groupe A (61,1%) que pour le groupe B (39%). En d'autres termes, le sentiment d'isolement éprouvé est plus important dès lors que la démarche d'ES repose sur une approche plus biomédicale et informative

4.6 La question de la formation en Education à la santé

74% des infirmier(e)s déclarent avoir eu une formation en Education à la Santé. 65% l'ont reçue en formation continue. Ils ont été formés par le plan de formation continue académique (51%), par un partenaire externe (40%), par un stage établissement (11%) ou par un autre moyen (universitaire, colloques, CNED) pour 8% d'entre eux. Il existe un lien significatif entre la formation et l'intérêt pour l'éducation à la santé ($p = 0,039$).

Par ailleurs, 82 % des infirmier(e)s interrogés ressentent le besoin d'une formation en ES. Leur demande principale concerne les méthodes, les démarches pédagogiques et les témoignages d'actions ou d'expériences réalisées dans d'autres établissements.

Notons également que plus un infirmier(e) est convaincu de sa compétence en Education à la Santé, plus il ressent un besoin de formation ($p < 0,0384$).

4.7 Les attentes des infirmier(e)s vis-à-vis des partenaires de l'école

94% déclarent travailler en partenariat. Les intervenants extérieurs sont les principaux collaborateurs des infirmier(e)s scolaires pour les projets en éducation à la santé.

Intervenants ext.	90.4%
Médecin	80.9%
Enseignants	78.2%
Vie scolaire	72.3%
Élèves	63.3%
Parents	46.8%

Tableau IV : Les partenaires

Nous pouvons classer les intervenants extérieurs en trois groupes :

- Les services de l'Etat : 42 fois mentionnés dont la majorité se trouve être la police, la gendarmerie et les pompiers.
- Les associations d'éducation à la santé : 54 fois nommées, le plus souvent les CODES, CRIPS ou CRAES.
- Les associations thématiques : 97 fois désignées, principalement les Centres de Planning Familial et l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme et des Addictions.

La grande majorité (90%) des infirmier(e)s exprime des attentes vis-à-vis des partenaires de l'école dans le domaine de la santé. Leur demande concerne l'aide à l'élaboration de projets (82 %). Plus précisément, 54% souhaiteraient recevoir une aide méthodologique ; 43 % des documents pour eux-mêmes et 54 % des documents pour les élèves. 70 % sont intéressés par l'apport d'autres

expériences et 41 % par du matériel. D'autre part, 60 % des infirmier(e)s sollicitent des interventions réalisées dans la classe.

On constate une différence significative entre ceux qui considèrent l'enseignant comme partenaire ou non et la qualité de la relation que les infirmier(e)s entretiennent avec le corps des enseignants eux ($p = 0.003$). Il n'en demeure pas moins que la très grande majorité des infirmiers ne considèrent pas les enseignants comme des partenaires.

Qualité de la relation avec les enseignants	Considérer l'enseignant comme partenaire		Total
	Oui	Non	
Positive	20	112	132
	52.63%	78.32%	72.93%
Négative	18	31	49
	47.37%	21.68%	27.07%
Total	38	143	182
	100 %	100 %	100 %

Tableau V : Qualité de la relation avec les enseignants

5. Discussion

La méthodologie utilisée (par questionnaire) ne permet d'accéder qu'à ce qui est déclaré et non aux pratiques réelles. Aussi, l'analyse doit-elle tenir compte de ce biais et rester prudente quant à la signification quantitative des données. Néanmoins, ces données permettent de réaliser une première approche des représentations et des pratiques déclarées en Education à la Santé des infirmier(e)s des Académies de Lyon et de Clermont-Ferrand. La majorité des infirmier(e)s (94%) déclare mettre en place un travail en ES.

L'approche en Education à la Santé paraît massivement thématique et orientée vers la prévention. Les thèmes abordés sont généralement ceux définis dans le cadre des missions des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). Nous pouvons nous demander si ces modes d'entrée privilégiés (tabac, drogue, prévention du sida, etc.) ne sont pas un obstacle à l'approche globale de la santé du jeune en construction et à la promotion de la santé en milieu scolaire. Cette approche thématique, si elle présente l'intérêt d'être très lisible en terme d'affichage, reste cependant parcellaire et n'autorise que peu une personnalisation de l'information. Là réside une difficulté : toucher plus efficacement les jeunes en prenant en compte leurs préoccupations et leurs valeurs, et non pas seulement celles des adultes. Les infirmiers paraissent cependant très conscients de ce fait et insistent sur la nécessité d'introduire, dans leurs actions, la dimension de construction des compétences psychosociales. Ils interviennent au-delà de la simple information (75 % d'entre eux), sur la relation à l'autre (67%), l'estime de soi (59%) et le rapport à la loi (68%).

5.1 Les CESC

Nous nous interrogeons également sur le fonctionnement des CESC. Dans les faits, seulement 52 % des infirmiers travaillent en équipe dans le cadre des CESC... alors qu'ils déclarent travailler en équipe à 82%. Les actions décrites restent ainsi très largement tributaires du volontariat et de l'engagement personnel des acteurs plus que liées à un fonctionnement institutionnel.

Nous constatons également à la suite des Inspecteurs généraux [13] que la participation au CESC repose sur un « noyau de personnels » motivés certes, mais qui ont souvent du mal à s'ancrer réellement dans la communauté éducative et qui finissent par connaître un phénomène de lassitude traduit ici par un fort sentiment d'isolement.

Par ailleurs, le travail en CESC repose sur une approche globale de la santé de l'élève. Cette conception holiste est par définition pluridisciplinaire et transdisciplinaire et nécessite un temps de concertation important. Or l'enseignement est structuré autour d'entées disciplinaires qui fondent

la légitimité des enseignants des écoles, du collège et du lycée. Ceci pose problème dans la mesure où le travail en partenariat oblige les professeurs à sortir de cette approche disciplinaire et explique sans doute que les actions centrées sur un thème soient privilégiées car correspondant plus au fonctionnement habituel de l'institution. L'infirmier serait alors le spécialiste de la santé et « enseignerait » la santé. Cette logique implicite est un obstacle majeur à la mise en œuvre d'une approche globale de la santé dans les établissements scolaires et contribue à la reléguer aux marges du système. Dans cette logique, l'éducation à la santé entre directement en concurrence avec les disciplines scolaires enseignées définies comme prioritaires. L'infirmier(e) quémande ainsi du temps mis à disposition pour des actions collectives, faisant de l'éducation à la santé une mission plus militante qu'institutionnalisée.

5.2 Les pratiques en Education à la Santé

L'approche « disciplinaire » liée au fonctionnement de l'institution scolaire paraît influencer sur les pratiques des Infirmier(e)s. Les actions en Education à la Santé sont essentiellement limitées à des séquences pédagogiques peu intégrées à un projet (34%). La conduite d'une action est principalement conditionnée par une décision individuelle de l'infirmier(e) le plus souvent en lien avec les orientations portées par le CESC. Dans ce cadre, les infirmier(e)s affirment que c'est leur rôle de stimuler et d'initier des projets en Education à la Santé auprès de la communauté éducative, conformément à leurs missions professionnelles. Le dispositif pédagogique le plus utilisé est la séquence en demi-classe avec des outils pédagogiques permettant le débat afin de solliciter une réflexion de groupe. L'objectif, tel qu'il est formulé par les infirmiers dans notre étude, est « de donner des informations pour permettre des choix responsables ». Cette méthode pédagogique n'est pas sans poser de questions. Elle paraît s'imposer comme le standard d'intervention dans la continuité des pratiques pédagogiques habituelles de l'école, du collège et du lycée. Elle est donnée comme la meilleure façon de dispenser de l'information. Mais cette pratique d'enseigner pose plusieurs problèmes. En effet, dans le champ de l'éducation à la santé, l'information n'est pas suffisante pour permettre une modification des comportements. L'accès à l'information est certes déterminant, mais c'est une illusion que de penser qu'il suffit à la modification des comportements.

Par ailleurs, une situation pédagogique, identique à celle vécue en classe, fonctionnant sur le même schéma communicationnel, ne manquera pas de produire les mêmes effets ; c'est-à-dire que les élèves en délicatesse avec le système scolaire reproduisent, dans une situation qu'ils connaissent trop bien, leurs comportements habituels vis-à-vis de l'apprentissage. Or, les travaux en santé publique montrent que les publics les plus en difficulté sur le plan scolaire sont aussi ceux les plus à risques par rapport à la santé. Ce mimétisme didactique dans la pratique d'enseignement est sans doute un obstacle dans la mesure où il place les infirmiers en situation d'enseignants, dans une posture professionnelle qui n'est pas la leur, et pour laquelle ils n'ont ni été formés ni ne sont légitimes. Il ne suffit pas d'enseigner une connaissance scientifique sur la santé pour que les élèves apprennent et développent des comportements adaptés. Cette difficulté, implicitement perçue, justifie sans doute un recours important au partenariat externe. 70% des infirmier(e)s font ainsi appel à des partenaires alors qu'eux mêmes disposent des connaissances scientifiques sur les sujets et les thèmes traités.

5.3 Les enjeux de la formation dans la construction de l'identité professionnelle et le développement de l'Education à la santé

Les facteurs, liés aux infirmier(e)s eux-mêmes et aux caractéristiques des établissements, sont peu nombreux à influencer les pratiques déclarées. Contrairement aux enseignants du premier degré [9], le fait de travailler en ZEP n'influe en rien la pratique en Education à la Santé. Travailler en Education à la Santé n'est pas l'apanage d'une catégorie d'infirmier(e)s puisque nous n'observons pas d'effet de l'âge, du sexe ou du statut de l'établissement. Seuls deux facteurs conditionnent de façon significative les pratiques. Il s'agit d'une part de la formation des infirmier(e)s et d'autre part de l'ancienneté sur le poste. Le fait d'être nouvellement nommé et/ou d'être sur poste provisoire fragilise la mise en place d'action et de programmes d'Education à la Santé et le travail

en partenariat. L'ancienneté dans le poste et la fonction favorisent le travail en CESC, ce qui montre que si l'action de l'infirmier s'inscrit dans la durée et dans l'instauration des liens nécessaires avec l'ensemble de la communauté éducative, elle permet l'introduction d'une approche globale des questions de santé au sein des établissements scolaires. Les nouveaux(elles) infirmier(e)s qui viennent du système de soins paraissent avoir plus de difficultés ce qui les oblige à se construire de nouvelles compétences professionnelles dans le système éducatif. Le travail d'infirmier scolaire implique en effet la construction de compétences nouvelles liées au fonctionnement particulier de l'Education nationale et l'instauration d'une nouvelle identité professionnelle. Nous percevons alors la spécificité du métier d'infirmier scolaire non plus articulée autour du soin aux patients, mais bien autour de tâches éducatives.

Ce changement radical dans les missions fondamentales, sous-tend une demande de formation importante (82% expriment se besoin). Il faut noter que les infirmier(e)s ayant reçu une formation initiale ou continue en éducation à la santé ont significativement plus investi le champ de l'Education à la Santé que leurs collègues. En outre, l'influence de la formation sur les représentations de l'Education à la Santé par les infirmier(e)s apparaît clairement. Cette incidence se retrouve également chez les enseignants [9]. Il s'agit du facteur qui pèse le plus significativement sur la pratique professionnelle et le sentiment de compétence des acteurs. C'est un élément déterminant qui rappelle l'enjeu et le rôle de la formation dans le développement des programmes de prévention [7] mais aussi dans les processus d'acquisition des compétences dans le champ d'intervention de l'ES [8]. D'autres travaux [17], désignent la formation comme première condition de la mise en œuvre des activités de prévention.

La formation des infirmier(e)s scolaires repose aujourd'hui sur l'idée selon laquelle les soins infirmiers sont l'expression et l'accomplissement d'un service spécifique qui n'est pas couvert par d'autres groupes professionnels en milieu hospitalier ou ouvert. Cette conception amène ainsi un certain nombre d'infirmiers scolaires de notre échantillon à considérer que l'Education à la Santé à l'école est principalement l'affaire des médecins, des assistants sociaux et des infirmier(e)s. C'est une représentation qui les conduit à se poser en « spécialistes » des questions d'éducation à la santé et qui contribue à les marginaliser davantage dans une institution dont la mission principale reste la transmission de savoirs disciplinaires. Une des difficultés majeures des infirmiers qui en résulte est un sentiment d'isolement important. Celui-ci n'est pas lié au lieu d'exercice ou à la taille du secteur mais plutôt à la position originale d'un professionnel du soin en milieu scolaire et à une absence de reconnaissance du travail éducatif engagé. Corrélé aux pratiques, il 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. Malgré cela, la motivation pour l'éducation à la santé (note moyenne : 8,2) est supérieure à celle des enseignants (6,9) [9].

Dans le champ du soin, le positionnement des infirmier(e)s oscille entre une relative autonomie d'exécution et un rôle subalterne, lui-même tributaire d'une organisation institutionnelle fortement hiérarchisée et protocolarisée. L'analyse des contenus montre que dans leur exercice professionnel, les infirmier(e)s scolaires rencontrent un réel problème dans la prise en charge et l'autonomisation de leur action. Dans le monde de l'éducation, l'autonomie d'intervention importante (cf. textes) des infirmiers vient en rupture avec cette la pratique de soins et déstabilise des positionnements personnels acquis en formation initiale (importance de la prescription et fonctionnement fortement hiérarchisé). Cette autonomie est également confrontée aux contraintes de l'environnement scolaire (administration, engagement des enseignants, gestion de l'emploi du temps...). Etre infirmier scolaire oblige à changer de représentations et pratiques sociales de références (liées à l'univers médical) et à se confronter à de nouvelles pratiques et représentations (liées à l'éducation) reposant sur une autonomie importante pour lesquelles la formation initiale fait défaut. Cette autonomie n'est pas aisée car elle implique une responsabilité accrue dans la conception même du métier, des tâches et des missions qui lui sont liées. C'est une posture paradoxale qui contribue sans doute à rendre l'exercice professionnel plus délicat.

La demande de formation qui apparaît dans l'étude se situe principalement autour des compétences pédagogiques. Elle traduit clairement une conscience de la particularité du métier, et montre que, pour les infirmiers, la dimension pédagogique est essentielle au développement d'une culture commune avec les enseignants.

La demande de formation des infirmier(e)s est forte et significative d'un processus qui vise à réinterroger et recomposer les cadres de cette identité professionnelle et à initier un travail en partenariat dont l'objectif est la mise en œuvre d'une culture commune en éducation à la santé.

La question de l'adéquation de la formation est alors posée. Son évolution vers la spécificité du champ d'activité et un approfondissement des problématiques liées au contexte scolaire s'impose. Elle est la condition du développement d'un nouveau « professionnalisme » et de l'acquisition d'une nouvelle identité professionnelle.

5.4 Le travail en partenariat

L'un des éléments saillant montré par l'enquête est l'ampleur des partenariats mis en œuvre par les infirmier(e)s : 70% des infirmier(e)s font appel à des partenaires, principalement extérieurs au système éducatif.

Un élément de réponse de cette mobilisation du partenariat nous est apporté par A. Batt [1] dans l'enquête sur les infirmier(e)s de l'Académie de Rennes. Notre échantillon nous informe que 36% se sentent un peu intégrés dans l'équipe pédagogique et 22% pas du tout, contre 42% se sentant intégrés. Ces chiffres et le sentiment d'isolement professionnel exprimé par 62% de notre population seraient-ils une des raisons du développement de liens avec les partenaires extérieurs ? Les enseignants par contre, n'apparaissent que très peu comme des partenaires (38 vs 143).

Les infirmier(e)s ont acquis, par leur formation professionnelle, une culture de travail en équipe au sein des services de soins, alors que cette démarche ne fait pas vraiment partie de la culture professionnelle des enseignants. Si ceux-ci déclarent travailler en équipe [9], 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 didactique et pédagogique. C'est une différence importante de culture professionnelle entre les enseignants et plus largement tous ceux qui sont issus de ce corps et les infirmiers pour qui la collaboration et le travail en équipe vont de soi.

Rechercher à l'extérieur du système éducatif, le soutien d'une équipe n'est pas sans lien avec la forte attente vis-à-vis des partenaires externes à l'école : aide à l'élaboration de projets et interventions en classe. Cette dimension d'étayage de l'action se retrouve dans le propos d'une infirmière ? Pour elle, le recours à ces partenaires externes permet d'« amorcer le travail et conduire l'enseignant à se sentir mieux assuré »... « 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 paraît marquer une fragilité des représentations professionnelles.

La fonction de conseiller technique auprès des enseignants et des équipes pédagogiques présente dans les missions ne va pas de soi. Elle nécessite une formation pour mettre l'infirmier en situation de praticien réflexif [3] et d'accompagnement de projet. Dès lors, il s'agit d'abandonner temporairement une des caractéristiques des savoir-faire de l'infirmier hospitalier en action, au profit d'une prise de recul nécessaire à la démarche de conseil scientifique et à l'aide pédagogique [20]. Le professionnel de la prévention n'est pas là pour « faire » de l'Éducation à la Santé, mais pour apporter son expertise, assurer le lien et soutenir l'action des enseignants par ses compétences spécifiques. De même, les enseignants sont, eux aussi, bien souvent pris dans l'urgence de l'action pédagogique. Or, en matière d'éducation à la santé, la réflexion préalable est fondamentale, ne serait-ce que pour fixer le cadre éthique et éviter la visée éducative normalisatrice dont on connaît par avance l'inefficacité et les possibles stigmatisations.

5.5 Intégrer l'Éducation à la santé dans toutes les activités de la communauté éducative

L'enquête de D. Jourdan [9] montre que le « service de promotion de la santé en faveur des élèves »², est aujourd'hui le premier partenaire des enseignants dans le champ de l'Éducation à la Santé. Ce service est 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 travail en équipe réel. En ce qui concerne les infirmier(e)s, leur formation initiale avant l'obtention du DE, puis leur formation continue lorsqu'ils (elles) intègrent

² Créé en 1991, il est devenu en 2001, la Mission de promotion de la santé en faveur des élèves.

L'Education Nationale, et leur proximité avec les équipes éducatives ont également contribué au développement de ces partenariats pour l'Education à la Santé des jeunes scolarisés. Ceci a déjà été observé dans l'étude sur les formations en Education à la Santé dans les IUFM [10] où la Mission de promotion de la santé en faveur des élèves apparaît comme étant le premier partenaire des IUFM. L'enjeu est de promouvoir une culture commune dans la formation initiale des professeurs. Ces éléments plaident fortement en faveur de la présence de cette mission au sein de l'Education Nationale [15].

L'étude des obstacles cités par les infirmier(e)s qui ne pratiquent pas l'Education à la Santé est intéressante sur ce plan. L'obstacle le plus avancé est le « manque de temps » et le « manque d'heures » ainsi que la capacité de réaction des collègues et de leur hiérarchie. Viennent ensuite les carences en formation et en matériel sans oublier les difficultés liées au statut des postes qu'occupent les professionnels (nouvelle nomination, poste provisoire). La question du « manque de temps » est directement liée à une représentation de l'Education à la Santé comme discipline scolaire. L'Education à la Santé apparaît pour les infirmier(e)s 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. Cette représentation est un obstacle au développement de l'ES dans les établissements. Eduquer à la santé repose certes sur un travail pédagogique et éducatif qui nécessite une expertise didactique, mais ce sont les enseignants qui sont les experts sur ce plan. Le champ d'expertise des infirmiers se situe davantage dans la promotion d'une santé globale au sein des établissements et dans l'expertise scientifique sur les questions de santé. Se positionner comme enseignant constitue un véritable paradoxe et sans doute un obstacle majeur. Par ailleurs, compte tenu de la charge des programmes, concevoir l'Education à la santé comme une nouvelle discipline conduirait à la positionner en concurrence avec les disciplines scolaires sur un emploi du temps souvent trop chargé et qui donne largement la priorité à des disciplines dites « fondamentales ».

6. Conclusion

Le travail d'analyse des questionnaires que nous avons entrepris n'est pas terminé : il gagnerait à être repris notamment en analyse de composantes principales pour affiner le système de représentations des infirmiers scolaires pris dans une contradiction essentielle entre pédagogie et médecine, éducation et soin... C'est sans doute au cœur de cette tension que se situe la principale difficulté dans l'instauration de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Nous retiendrons que les infirmier(e)s de l'Education nationale ont une place non négligeable au sein du système scolaire et demeurent les premiers partenaires des enseignants [9]. Ils ont un rôle certain à jouer dans la promotion de la santé à l'école au collège et au lycée mais sont confrontés à un univers professionnel très différent de celui pour lequel ils ont été formés ce qui requiert de nouveaux savoirs et de nouvelles compétences.

La formation initiale acquise en Instituts de Formation aux Soins Infirmiers installe une véritable culture infirmière qui peut être un obstacle au développement de la promotion de la santé à l'école. L'étude montre que les représentations de l'éducation à la santé des infirmier(e)s de l'éducation nationale influent sur les pratiques en éducation à la santé. Les formations continues en éducation à la santé leur permettent cependant de construire de nouvelles compétences pour aider à transformer leur identité professionnelle et se construire une nouvelle professionnalité. Le fait d'avoir bénéficié d'une formation (par exemple celle sur l'éducation à la sexualité très répandue dans notre échantillon) et le fait de travailler en partenariat (avec des intervenants externes ou non) facilitent le développement d'une compétence propre aux infirmier(e)s de l'éducation nationale.

A la lumière des apports des Sciences de l'éducation [5, 6, 12, 14] et de la psychologie de l'apprentissage [2], il s'agit maintenant de dépasser l'approche prescriptive [4] trop souvent implicite dans les situations d'enseignement décrites dans l'enquête, pour se placer résolument dans une perspective éducative globale de l'apprenant. Ceci nécessite une centration sur les attentes, les besoins et les représentations des élèves, et un positionnement pédagogique autre, dans des situations didactiques davantage orientées vers le développement des compétences psychosociales. La question de la formation initiale et continue se pose alors avec acuité. L'éducation à la santé se situe entre pédagogie et didactique, entre sujet et savoir. La construction

de savoirs, de savoir-faire et de savoir être est un enjeu déterminant. Si les infirmier(e)s disposent d'un savoir scientifique, leur rôle n'est pas de faire la classe en lieu et place des enseignants. Ils n'y sont pas formés et ne sont pas les spécialistes des apprentissages. Pour garder leur spécificité d'expert scientifique, il leur faut pouvoir se dégager du « comment faire » et laisser la transposition didactique à ceux dont c'est la tâche. Il leur faut se positionner davantage dans l'expertise et le conseil afin d'amener les équipes pédagogiques à interroger les questions de santé à l'école, la promotion du bien-être, la dimension éthique de l'action et créer ainsi les conditions d'une articulation entre les savoirs scientifiques, les savoirs « profanes », les désirs des gens, le contexte et les valeurs de santé qu'ils entendent promouvoir. Eduquer à la santé oblige à un travail partenarial. Ce postulat implique que chaque membre, chaque acteur connaisse et explique aux autres ce qu'est son propre champ de compétences et ce qu'est la limite de ses interventions. 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 de la promotion de la santé à l'école.

7. Bibliographie

- 1 Batt A. Santé ressentie et implication au travail des infirmier(e)s de l'Education nationale. Santé publique, 1999, (11), 4 : 493-501.
- 2 Berger D, Jourdan, D. Les sources psychologiques de la réflexion pédagogique en éducation à la santé. Paris, INPES La Santé de l'Homme, 2005, 377 : 32-36.
- 3 Berger D. Former des praticiens réflexifs. In : Jourdan D. (Ed), La formation des acteurs de l'Education à la santé en milieu scolaire, Presses universitaires du Sud, coll. Ecole et Santé. Toulouse, 2004.
- 4 Carvalho GS et al. "Health education: Analysis of teachers' and future teachers' conceptions from 16 countries (Europe, Africa and Middle East)". WCCES Volume on Teacher Education and Teaching and Learning. International Study Center. Michigan State University College of Education, 2009.
- 5 De Vecchi G. Aider les élèves à apprendre, Paris : Hachette, 1992.
- 6 Develay M. De l'apprentissage à l'enseignement, Paris : ESF éditeurs, 1992.
- 7 Hausman AJ, Ruzek SB. Implementation of comprehensive school health education in elementary schools : focus on teacher concerns. J. Sch. Health, 1995, 65 (3) :81-6.
- 8 Haut comité de Santé Publique. La santé en France, Paris : La Documentation Française, 1996.
- 9 Jourdan D et al. Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire, Santé publique, 2002 ; (41) : 403-23.
- 10 Jourdan D, De Peretti C, Victor P, Motta D, Berger D, Coggerino G, Marzin P. État des lieux des formations en éducation à la santé proposées dans les instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM). In : Jourdan D, 2004.
- 11 Kerneur C. In : Jourdan, D. (Dir.), La formation des acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Éditions universitaires du sud, 2004 : 277-83.
- 12 Lange JM, Victor P. Didactique curriculaire et « éducation à... la santé, l'environnement et au développement durable » : quelles questions, quels repères ? Didaskalia, 2006, n° 28 : 85-100.
- 13 Mamecier A. Evaluation du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège. Rapport au Ministre de l'éducation nationale, 2004.
- 14 Meirieu Ph. Apprendre, oui mais comment ?, Paris, éd. ESF, 1998.
- 15 Ménard C. Les enseignants et l'éducation pour la santé, CFES, Paris, 1989.
- 16 Ministère de l'Education Nationale. Décret n°2004-802 DU 29/07/2004 du code de la santé, le Bulletin Officiel du ministère de l'Education Nationale (BOEN) du 25 janvier 2001.
- 17 Orban M. Prévention globale des assuétudes, quelle place pour la prévention dans les écoles ? Enquête auprès des enseignants. Liège, CERES, 1993.
- 18 Pingoud K. Elaboration d'un référentiel de compétences des infirmières exerçant en milieu scolaire,

Santé publique, 2004, vol 16, n°2 : 225-8.

19 Pommier J. De la médecine à l'éducation pour la santé. Santé de l'homme. n°377 : 23-5.

20 Schön D. Educating the Reflective Practitioner, San Francisco, ed. Jossey-Bass, 1987.