



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DU CENTRE HOSPITALIER DE FLERS
Promotion 2016-2019**

Virgile CAMPION

**L'infirmier à l'école
L'éducation sentimentale**

Travail de Fin d'Études : Diplôme d'État en Soins Infirmiers

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et
professionnelles

UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

Date : Le 12 avril 2019

Travail de Fin d'Études guidé par :
Maryline DEGUELLE, Cadre de santé formatrice



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, Il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 : Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e),

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé(e).

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Le Suivi de la signature originale

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma guidante, Madame Deguelle, pour sa patience, pour le cadre qu'elle m'a apporté mais aussi pour le temps qu'elle consacrera à la lecture et à la correction de ce TFE (désolé, j'ai essayé de faire aussi court que possible).

Je tiens aussi à remercier les infirmières et infirmier qui m'ont accordé un peu, voire beaucoup, de leur temps et fait profiter de leurs expériences afin de grandement enrichir ce travail.

Enfin, dans un registre plus personnel, je remercie ma mère, qui m'a souvent écouté parler de ce travail et c'est déjà beaucoup, Sandrine, pour ses conseils avisés et enfin Amandine pour son soutien, tout le reste et encore bien plus.

TABLE DES MATIÈRES

1) Cheminement : de la situation d'appel à la question de départ de niveau 2.....	9
La situation d'appel.....	9
1.1.1. Premier questionnaire.....	9
1.1.2. Vers la question de niveau 1.....	10
1.2.La question de départ de niveau 1.....	10
1.2.1. Choisir c'est renoncer.....	11
L'amorce du pôle théorique.....	11
1.2.2. Articles 1 et 2 : Éducation à la santé à l'école : le temps de l'action et Apprendre à faire des choix libres et responsables.....	12
1.2.3. Article 3 : Infirmiers scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles.....	13
1.2.4. Article 4 : Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collèges ».....	15
1.2.5. Article 5 : Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé.....	16
1.3.La phase exploratoire.....	17
1.3.1. Réalisation de l'enquête.....	17
1.3.2. Analyse des résultats.....	18
1.3.2.1. Éducation et prévention.....	19
1.3.2.2. Place de l'infirmier au sein de l'école.....	22
1.3.2.3. Éducation à la sexualité.....	24
1.3.3. Mon expérience en milieu scolaire	28
1.3.3.1. Rencontres des troisièmes types ?.....	28
1.3.3.2. Colère d'une « infir-mère ».....	32
1.3.3.3. La première fois : c'est « sang/douleur » ?.....	34
1.4.L'analyse croisée des résultats et formulation de la question de départ de niveau 2.....	37
1.4.1. Analyse croisée	37
1.4.2. Question de départ de niveau 2	37
2) Problématisation : De la question de départ de niveau 2 à la question de recherche.....	38
L'exploration théorique : la phase descriptive.....	38
2.1.1. L'infirmier de l'éducation nationale.....	38
2.1.2. L'éducation, la prévention et la promotion de la santé.....	40
2.1.3. Éducation à la vie affective et sexuelle.....	44

2.1.4. Une courte histoire de l'éducation à la sexualité	46
2.1.5. L'école.....	52
2.1.6. Adolescence.....	57
2.2.L'analyse : La phase explicative.....	65
2.2.1. Rappel concernant l'objectif du TFE.....	65
2.2.2. Questionnement.....	66
2.2.3. Vers une réponse à la question de niveau 2.....	67
Conclusions de l'analyse : la problématique.....	70
Formulation de la question de recherche et de l'hypothèse.....	71
Conclusions générales du travail de fin d'étude.....	72
ANNEXE N°1 : Documents de l'enquête.....	75
Trame questions des outils d'enquête	75
2.2.1. Pour les IDE exerçant en collège ou lycée.....	75
2.2.2. Pour l'IDE conseillère technique.....	76
Les données de l'enquête.....	77
2.2.3. Résultats sous forme de tableaux.....	77
ANNEXE N°2 : Professionnels en lien avec l'infirmière.....	89
ANNEXE N°3 : Compte-rendu des rencontres avec les classes de troisièmes.....	91
ANNEXE N°4 : L'éducation à la sexualité (schéma).....	93

TABLE DES ILLUSTRATIONS (*Par ordre d'apparition*)

Figure 1 : Principaux thèmes abordés par les infirmiers de l'éducation nationale.....	13
Figure 2 : Graphique illustrant l'âge du premier rapport sexuel pour les filles et les garçons.....	35
Figure 3 : Affiche de lutte contre la syphilis.....	47
Figure 4 : Campagne de 1987 contre le SIDA.....	51
Figure 5 : Graphique tiré de l'enquête « <i>Portraits d'adolescents</i> ».....	63

TABLE DES TABLEAUX *(Par ordre d'apparition)*

Tableau 1 : Questions ou thématiques abordées lors de l'enquête.....	18
Tableau 2 : Thématiques en lien avec la sexualité.....	45
Tableau 3 : Compétences infirmières.....	68

INTRODUCTION

« Avant, quand j'étais plus petit, j'aurais bien aimé être astronome plus tard. Pas celui qui s'envole dans l'espace mais celui qui regarde les planètes et les étoiles du sol. Après, les grands m'ont dit que c'était vraiment trop difficile donc j'ai voulu écrire, comme les journalistes ou les écrivains par exemple.

Par contre, j'ai pas du tout envie de faire infirmière quand je serai adulte. Je crois que les infirmières garçons ça n'existe même pas en plus. J'en ai déjà vu à la télé, ça a des vêtements blancs et ça fait des prises de sang à l'hôpital. De toute manière, pour l'instant, je suis encore à l'école, même si bientôt j'irai au collège. On m'a dit que là-bas il y avait une infirmière et qu'elle avait un bureau et tout. C'est bizarre quand même vu qu'on est pas des malades. Elle doit s'ennuyer sans personne à soigner.

Peut-être que quand on est un adolescent on est plus malade et que l'infirmière elle est là pour faire qu'il y en ait moins. En fait, je me souviens qu'il y a une dame qui était venue l'année dernière pour nous expliquer comment bien manger, bien se brosser les dents et tout. Elle était habillée normalement. Il y a plein de trucs que je savais déjà mais d'autres non. Il paraît que l'année prochaine, elle reviendra et qu'on parlera de la puberté, des poils et tout ça. Ça va être marrant de parler de ça à l'école. Si c'est ça infirmière, qu'on va expliquer aux enfants et aux plus grands des choses sur la santé et nos problèmes, alors peut-être que je pourrais être infirmière. »

Aujourd'hui j'ai grandi mais je suis encore à l'école. Je ne sais pas si je deviendrai cette infirmière vu à la télé ou bien celle vu à l'école. Peu importe pour l'instant. Le temps est à l'écriture. Durant les pages qui vont suivre, je vais aborder un métier que je ne connais pas encore - infirmier de l'éducation nationale - et une période que je ne connais plus tellement - l'adolescence. A ces deux concepts centraux viendront s'en greffer d'autres : l'éducation, la prévention, l'école, la sexualité puis d'autres moins attendus mais qui prendront tout leur sens lors de la dernière partie. Mon objectif étant d'interroger un mode d'exercice à la fois marginal et singulier par le prisme de son environnement, de ceux qui le peuplent et d'une thématique qui intrigue autant qu'elle passionne. Un jeu d'enfant en somme.

« Croyez-moi, les enfants n'aiment que l'inconnu »

Alfred de Musset, *A quoi rêvent les jeunes filles*.

1) Cheminement : de la situation d'appel à la question de départ de niveau 2

La situation d'appel

La situation que je m'apprête à développer ici pourra, au premier abord, paraître à mille lieux de la problématique qui a finalement émergée. Pourtant l'histoire de cette sexagénaire polymédiquée vivant dans un appartement avec son fils atteint de schizophrénie m'a, avec un peu de recul, permis de soulever une interrogation essentielle et qui guidera le reste de ce travail.

C'est lors d'un stage en libéral que j'ai pu me rendre au domicile de Madame B. Elle prend une vingtaine de médicaments différents par jour et donc une trentaine de comprimés au total. Elle se plaint régulièrement de troubles du sommeil et n'hésite pas, pour contrer cela, à reprendre d'elle-même des somnifères supplémentaires. Nous la retrouvons alors somnolente lors de nos visites. Elle chute même parfois en raison de pertes d'équilibre et de vertiges. Elle prend également des antalgiques, pour certains sans prescription, comme par exemple de la Lamaline, à des doses difficilement contrôlables.

Nos simples passages et nos nombreuses mises en garde ne suffisent pas à réguler cette consommation anarchique de substances médicamenteuses qui impacte un état de santé déjà précaire.

1.1.1. Premier questionnement

Derrière cette problématique d'observance, se cache une question toute simple : pour quelles raisons Madame B ne suit-elle pas correctement son traitement ? A cela une foule de réponses possibles : car cela lui fait du bien, parce qu'elle en a besoin, parce qu'elle n'a pas conscience de ce qu'elle fait, parce que quelque chose l'y pousse, parce qu'elle l'a toujours fait ou même qu'elle en a tout simplement le droit, la possibilité.

Peu importe pour le moment à vrai dire. Il en ressort que je me demande maintenant ce qui pousse un individu à adopter tel ou tel comportement à première vue "dommageable" pour lui à court ou long terme. De fil en aiguille – et comme un professionnel de santé agit toujours « pour le bien » de la personne soignée - j'en viens à me demander comment un infirmier - libéral en l'occurrence - peut agir pour que Madame B modifie son comportement.

En somme, je viens d'atterrir tout en douceur sur les concepts d'éducation et de prévention, qui font partie de la large palette de compétences de l'infirmier. Car loin de n'être qu'un distributeur de comprimés ou un simple exécutant agissant sur prescription, il a également pour mission de (rem)mener le patient vers l'autonomie ou *a minima* une meilleure connaissance et prise en charge de sa santé.

1.1.2. Vers la question de niveau 1

Cette première ébauche de question se construira donc autour de l'éducation et de la prévention en rappelant que « *l'exercice de la profession infirmier ou d'infirmière comporte des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* »¹. Cette question s'inscrit donc bien dans le champ de compétence infirmier.

J'aurais pu ensuite passer d'éducation à éducation thérapeutique mais c'est bien vers l'éducation nationale que j'ai rapidement fini par me tourner. Non seulement car c'est un environnement dans lequel j'ai évolué durant deux ans en qualité d'assistant pédagogique mais aussi et surtout car mon projet professionnel se situe ici : au carrefour de l'éducation et de la santé, entre action et prévention.

Inévitablement, mon sujet se précise. Le lieu d'exercice bascule vers le monde de l'école et la tranche d'âge se resserre de facto en direction de l'enfance et de l'adolescence. Déjà, par expérience mais aussi très certainement par méconnaissance, je pressens les obstacles qui pourront se dresser, les limites qui pourront apparaître ainsi que les questions qui pourront se poser. Comment passe-t-on d'un patient à un élève ? Comment passe-t-on d'une organisation en équipe soignante centrée autour de l'acte de soin à une organisation en équipe pédagogique centrée autour d'un projet de santé ? Comment aborder la santé, la maladie et la notion de risque ou de danger avec cette population ? L'infirmier scolaire est-il un éducateur, un enseignant, un conseiller, un technicien ou les quatre ? Quelle place occupe-t-il dans l'établissement ? Quelle relation a-t-il avec les élèves ? Quels outils et ressources a-t-il à sa disposition ?

En somme, et même si de nombreux éléments sont soulevés ici, ce qui m'intéresse tout spécialement est de savoir en quoi l'infirmier scolaire est un acteur incontournable du système éducatif et comment peut-il aborder la prévention et l'éducation au travers de ses compétences ?

1.2. La question de départ de niveau 1

C'est tout logiquement que l'on retrouve ce qui a été évoqué plus haut sous la forme d'une première question déjà assez resserrée mais permettant tout de même une grande latitude au niveau des problématiques possibles par la suite :

Dans quelle mesure l'infirmier scolaire, au travers de ses compétences, a-t-il un rôle de prévention et d'éducation auprès des élèves ?

¹ Article R.4311-1 des textes réglementaires concernant les actes professionnels

1.2.1. Choisir c'est renoncer

En orientant tout particulièrement mes recherches vers le métier d'infirmier de l'éducation nationale, j'avais bien conscience que tout un pan des thématiques traditionnellement liées à l'exercice de la profession allait s'éclipser au profit d'autres bien plus spécifiques mais forcément attendues.

La prévention ainsi que l'éducation à la santé sont deux éléments communément associés à l'exercice en milieu scolaire. Bien sûr, cela est quelque peu réducteur quand on connaît l'étendue des missions dévolues aux infirmiers scolaires¹ : suivi individualisé des élèves, dépistages, suivi des élèves à besoin particuliers (troubles de l'apprentissage par exemple) ou aux problèmes de santé complexes ou chroniques (PPS, PAI), protection de l'enfance, formation du personnel de l'éducation nationale (protocole d'urgence, premiers secours), surveillance épidémiologique, soins et gestion des urgences ou événements traumatiques...

Malgré tout, difficile de passer à côté l'aspect éducatif, préventif et plus largement de la promotion de la santé quand on s'attaque au milieu scolaire. Haut lieu de la prévention on ne peut plus primaire, l'école est un lieu où beaucoup de choses se jouent, naissent, changent et se révèlent au fil des années, des expériences et des apprentissages. Mon regard pour l'instant (presque) profane sur la question me fait dire qu'il n'y a pas meilleur endroit pour débiter une éducation à la santé qu'un établissement scolaire.

Si on apprend à résoudre une équation à deux inconnues, repérer un COD dans une phrase ou réciter ses verbes irréguliers en anglais, je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas apprendre à prendre soin de soi et des autres. C'est donc armé de ma (presque) naïveté que je pars en quête de ce rôle infirmier et de cette « éducation à la santé » au gré des circulaires, des ouvrages et des articles ; en espérant rapporter dans mes bagages une pile de réponses et plus encore, de questions...

L'amorce du pôle théorique

Pour cette amorce de recherche – qui a rapidement pris des allures de lectures quasi compulsives – j'ai écumé pas mal de textes pour finalement retenir les plus pertinents, non seulement à l'heure où j'écris ces lignes mais aussi pour la suite de ce travail. Il m'apparaissait en effet bien difficile, et même contre-productif, de m'arrêter à un résumé formel et concis de ces textes alors même que leur contenu – parfois très dense - se prêtait parfaitement à un premier tamisage. Si bien que les cinq documents que j'ai retenus seront largement passés en revue ci-dessous. Non seulement car les idées qui y sont développées seront pour la plupart approfondies par la suite mais également car ils apportent déjà un premier éclairage sur les interrogations qui sont actuellement les miennes .

¹ Circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015 relative aux missions des infirmiers de l'éducation nationale

1.2.2. Articles 1 et 2 : *Éducation à la santé à l'école : le temps de l'action et Apprendre à faire des choix libres et responsables*

Dans ces deux articles, publiés en 2007 dans la revue « Sève » pour l'un² et dans « *Santé Publique* » en 2005 pour le second³, Didier Jourdan évoque la place de l'école dans l'éducation à la santé. Rappelant qu'il s'agit d'une problématique complexe et qu'il n'existe pas de « *recettes miracles* », il s'interroge sur les missions de l'éducation nationale en matière de santé et comment les acteurs de terrain s'en emparent.

Le premier constat est qu'*"environ les deux tiers des décès avant 65 ans chez les hommes sont liés aux comportements"*. Or une des missions de l'école en matière de santé est de « *promouvoir les comportements favorables à la santé* ». L'école est alors vue avant tout comme un "*milieu de vie*" qui agit sur plusieurs déterminants de la santé et où enfants et adolescents passent le plus clair de leur temps entre l'âge de trois et seize ans. Elle permet en outre "*une action précoce (...) gage d'efficacité de l'action préventive*" sur un grand nombre d'individus. Ce n'est pas sa légitimité qui est donc remise en cause dans les paragraphes qui suivent mais bien les approches et stratégies employées.

Interrogeant la place de l'éducation à la santé au sein des autres disciplines ainsi que la façon qu'a parfois l'école d'aborder la santé sous un angle purement thématique (tabac, alcool, drogues, obésité...) et "normatif", l'auteur nous interroge sur les limites d'une telle méthodologie. Faisant un détour par les origines "hygiénistes" de l'éducation à la santé à l'école à la fin du XIXème siècle, il est ensuite question des limites de l'école en matière de santé mais aussi de ses spécificités et forces. Loin de n'être que « *la partie appliquée de la biologie humaine* » (purement scientifique), la santé à l'école revêt de multiples dimensions, culturelles et sociales notamment, qu'il faut identifier pour que l'éducation et la prévention ne soient pas synonymes de « conditionnement » mais d'un apprentissage visant à « *faire des choix libres et responsables* ».

Rappelant d'ailleurs le rôle des parents et l'importance de leur inclusion au projet pédagogique de l'établissement, les deux articles tentent de remettre l'école, ainsi que ses acteurs, à la place qui est la leur ; celle d'adultes présents au quotidien et qui ont tous leur place spécifique dans ce processus éducatif. En ce qui concerne l'infirmier, c'est bien en tant que conseiller et expert sur les questions de santé qu'il doit se positionner en ayant bien à l'esprit que « *l'éducation est tout sauf neutre* » et ne s'arrête pas à simplement prévenir un risque. Sa collaboration avec les enseignants, entre autre, doit être renforcée, tout comme sa formation initiale qui doit s'ouvrir « *à de nouvelles formes d'exercice des métiers* ».

² Jourdan.D, « *L'éducation à la santé à l'école, apprendre à faire des choix libres et responsables* », Sève n°16, 2007

³ Jourdan.D, « *Éducation à la santé à l'école : le temps de l'action* », Santé publique, volume 17, n°4, 2005

1.2.3. Article 3 : *Infirmiers scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles*

Ce compte rendu et cette analyse d'une enquête⁴ réalisée sur 188 infirmiers de l'éducation nationale entre 2006 et 2007 dans les rectorats de Lyon et Clermont-Ferrand tente de dresser un portrait de ces professionnels, de leurs pratiques et de leurs représentations du métier. La deuxième partie s'attarde plus sur l'approche de la santé en milieu scolaire, les difficultés rencontrées et les axes d'améliorations qui sont possibles au regard de différentes études.

Ce qui ressort de cette enquête purement déclarative est que l'éducation à la santé est pratiquée par la quasi totalité des infirmiers dont une bonne moitié au collège (54%) et sur décision personnelle (74%). La majorité des interventions sont axées sur un versant préventif, 39% se déroulent de manière ponctuelle et abordent un nombre de thématiques assez faible (alcool, tabac, nutrition, sexualité) et laissant finalement peu de place à la personnalisation malgré l'importance accordée à la relation aux autres (67%) et à l'estime de soi (59%). L'information et la transmission de savoir y occupe tout de même une grande place.

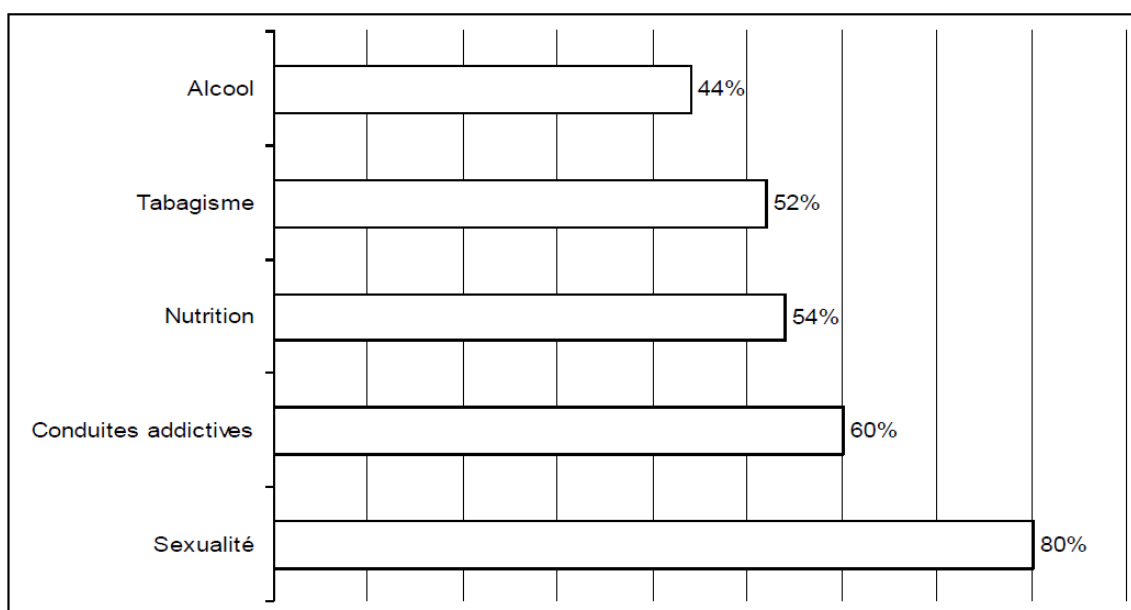


Figure 1 : Principaux thèmes abordés par les infirmiers de l'éducation nationale (graphique provenant de l'enquête « *Infirmiers scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles* »)

⁴ Berger,D, Nekaa.M, Jourdan.D, « *Infirmier scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles* », Université de Genève, 2010

Le dispositif pédagogique le plus utilisé est la séquence en demi-classe où l'objectif est de *"donner des informations pour permettre des choix responsables"*. *«Une illusion»* aux yeux des auteurs qui rappellent que cela ne suffit pas à modifier les comportements. Cette approche, basée sur un schéma emprunté aux enseignements généraux (mathématiques, français...), ne permet pas aux élèves les plus en difficulté - qui « n'accrochent » déjà pas en classe - d'intégrer pleinement ces heures d'éducation à la santé. Or on sait que *« les publics les plus en difficultés sur le plan scolaire sont aussi ceux les plus à risque par rapport à la santé »*.

L'enquête met aussi le doigt sur l'isolement ressenti par les infirmiers (62%), le manque de temps en ce qui concerne l'éducation à la santé et le fait que seul 41% d'entre-eux se sentent *« tout à fait inclus dans l'équipe pédagogique »*. Une réalité qui pousse à interroger la représentation que se font les infirmiers de leur positionnement et de leur rôle. Bien plus qu'un *« enseignant de santé »* qui adopterait une posture d'enseignant par définition illégitime, il est avant tout un conseiller et un expert sur les questions de santé. Cette difficulté à trouver sa place dans l'institution et cette relative solitude - le poussant à faire appel à des intervenants extérieurs pour *« chercher ailleurs ce que l'on a pas autour de soi »* - témoignent de difficultés liées au fonctionnement scolaire en général.

Enfin, l'enquête tente d'opposer deux approches de l'éducation à la santé : l'une portant sur l'apport d'informations biomédicales et l'autre sur une éducation globale. Sans surprise, la première est la plus synonyme de difficultés, laisse moins la place à la collaboration inter-professionnelle et correspond plus à une conception dépassée et incomplète de l'éducation à la santé. La finalité étant aujourd'hui tournée vers une approche globale visant la construction de compétences psycho-sociales, une connaissance de soi et de l'autre, une responsabilisation de l'individu, apte à faire des choix libres et éclairés.

L'éducation à la santé ne doit donc pas s'inscrire en concurrence avec les autres enseignements classiques. Tout comme elle ne doit pas rester centrée sur des préoccupations et des valeurs propres aux adultes mais partir des besoins et questionnements des élèves tout en évitant à tout prix *« l'éducation normalisatrice de toute façon inefficace et stigmatisante »*.

1.2.4. Article 4 : *Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collèges »*

Cette article⁵ publié dans "*Tendance*" et reprenant les résultats de l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-Ages Children) menée en France en 2014, fait le point sur les consommations de substances psychoactives chez les jeunes de 11 à 15 ans, autrement dit au collège. L'intérêt étant de repérer les moments au cours desquelles l'expérimentation débute, à quels niveaux et pour atteindre quelle proportion en classe de troisième. L'enquête se démarque également de la précédente (2010) par l'apparition de la chicha et l'e-cigarette dans l'équation.

Pour commencer, l'alcool reste de loin la substance la plus fréquemment consommée au collège. La moitié des élèves de sixième en ayant déjà bu. Un chiffre qui atteindra les 80% arrivé en troisième. On notera d'ailleurs que comme pour toutes les substances, les garçons sont des expérimentateurs plus précoces que les filles même si ces dernières finissent souvent par rattraper leurs homologues masculins par la suite. Toujours pour l'alcool, près de 30% des élèves de troisième ont déjà été ivres.

Concernant le tabac, dont l'expérimentation est cinq fois moindre que celle de l'alcool, on constate qu'un élève de troisième sur deux a déjà fumé au moins une fois. Le tabac reste la seule substance consommée quotidiennement à cet âge (12,3% des troisièmes). L'expérimentation du cannabis, elle, débute essentiellement en quatrième où un élève sur dix déclare en avoir déjà fumé. Une proportion qui atteint les 24% en classe de troisième.

Enfin l'article s'intéresse à la cigarette électronique, mettant en avant que près de quatre élèves de quatrième et troisième sur dix ont déjà utilisé ce dispositif. L'enquête avance également, avec toutes les précautions d'usage au regard du caractère récent de cette pratique, que « *l'e-cigarette ne constitue pas une porte d'entrée dans l'usage de la cigarette* ».

Au final, il apparaît judicieux de pouvoir s'appuyer sur de telles données pour adapter le moment des interventions et avoir un regard juste et actualisé sur la question des usages de ces substances au collège. Il serait intéressant également de mettre en lien ces informations avec les éléments qui pourraient conditionner l'adolescent à les expérimenter voire même les consommer sur le long terme.

⁵ Spilka.S, Ehlinger.V, Le Nézet.O, Pacoriconna.D, Ngantcha.M, Godeau.E, « *Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les années collèges* », Tendances n°106, 2015

1.2.5. Article 5 : *Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé*

Pour terminer, j'ai fait le choix d'exploiter seulement une partie d'un dossier datant de 2016 et portant sur le bien-être des élèves à l'école et la promotion de leur santé⁶.

Ce chapitre, au titre assez explicite, (*"Comment les élèves perçoivent-ils les liens entre la promotion de leur santé à l'école et leur qualité de vie ?"*) insiste tout d'abord sur l'importance de prendre en compte les représentations sociales des élèves dans toute démarche d'éducation pour la santé. Que ce soit au travers du sexe, du milieu économique, de la situation sociale ou encore de l'âge, ces représentations évoluent et « *expliquent les conduites des individus et des collectivités* ».

Le second point concerne le concept de santé. Globalement, les jeunes définissent la santé de manière éminemment holistique via trois axes : « *bonne condition physique* », « *bien-être* » et « *absence de maladie* ». Ils considèrent également la santé comme *"dépendante des facteurs extérieurs"* ce qui complique donc par définition la prévention à leur égard, du moins jusqu'à la fin de l'adolescence. De manière générale, ils expriment moins de craintes que les adultes concernant les thèmes abordés lors des préventions, à l'exception du tabac. De la même manière, ils se sentent globalement peu concernés par les problèmes de santé et sont peu marqués par les manifestations organisées. Si bien que quand 78% des proviseurs disent qu'une intervention sur le tabac a eu lieu l'année précédente, seulement 24% des lycéens s'en souviennent. Ils reprochent d'ailleurs à ces manifestations « *d'être trop tardives, trop ponctuelles, trop scolaire, voire trop moralisatrices et donc peu convaincantes* ».

On note aussi de « *forts écarts entre ce que les jeunes pensent être bien pour eux et ce qu'ils font dans la réalité* ». Enfin, on perçoit bien les liens étroits et les interactions qui peuvent exister entre la satisfaction scolaire, les résultats, les comportements à risque, l'environnement familial, les relations sociales et la santé et le bien-être des élèves. Toutes ces données ne font que renforcer le fait que l'élève doit être considéré dans sa globalité, en tenant compte de son vécu, de ses motivations, de ses connaissances et de ses représentations. La finalité étant d'adapter nos stratégies pour être au plus proche de leurs besoins, tout en « *prenant en compte la parole des jeunes et en interrogeant leurs préoccupations en matière de santé.* » En somme : impliquer, considérer et s'adapter plutôt que simplement délivrer un message préventif à l'effet plus qu'aléatoire.

⁶ Pinel-Jacquemin.S, « *Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé* », Rapport commandé par le Cnesco, 2016

1.3. La phase exploratoire

C'est avec une réelle impatience que j'entame cette phase exploratoire. Au moment où j'écris ces lignes, ma seule grille de lecture du métier repose sur des lectures, des statistiques et plusieurs éléments hétéroclites qui attisent fortement ma curiosité. Il me manque l'expérience du terrain, du liant pour donner de la consistance à tout ça.

Je sais qu'un stage de cinq semaines se profile à l'horizon et que je vais rencontrer de nouvelles personnes. J'espère qu'après avoir baroudé d'articles en articles, je poserai enfin mes bagages. Ce serait mentir de dire que je pars sans *a priori* après ce que j'ai lu mais je ne demande qu'à être surpris et ainsi mettre le doigt sur des terres jusqu'à présent inexplorées. Je n'attends que ça à vrai dire. Car si actuellement, toute mon attention se porte sur les conduites addictives, il n'est pas exclu que je change légèrement mon plan de vol pour faire escale ailleurs.

1.3.1. Réalisation de l'enquête

Des mois ont passé. L'atterrissage s'est déroulé sans encombres. Comme je l'avais anticipé, ma première expérience en milieu scolaire a quelque peu bouleversé ce qui était prévu. Je dois d'abord préciser que j'ai fait le choix d'attendre que le stage se termine pour débiter mes entretiens afin de pouvoir recueillir un maximum d'informations sur ce qui risque de constituer ma question de départ de niveau 2. Je détaillerai ensuite ce que j'ai pu observer au cours de ce stage mais au final une nouvelle thématique est venue se greffer aux questions que j'avais déjà rédigées : l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Concernant l'enquête, je suis donc allé à la rencontre de quatre professionnels, tous liés à l'éducation nationale mais aux profils néanmoins très différents. Le but était d'avoir plusieurs points de vue afin de dresser une photographie la plus panoramique possible du métier. J'ai donc pu m'entretenir avec une infirmière de psychiatrie venant tout juste de prendre ses fonctions dans un lycée, un infirmier qui travaille depuis une vingtaine d'années en milieu scolaire et qui exerce lui aussi en lycée, l'infirmière conseillère technique du département de l'Orne et enfin une infirmière actuellement en poste dans un collège.

Pour mener à bien l'enquête, je me suis appuyé sur une dizaine de questions (voir annexes) – dont une série bien spécifique destinée à l'infirmière conseillère technique – mais ai surtout privilégié l'échange, quitte à parfois m'éloigner pour un temps de ma trame. Grâce à cela je pense avoir pu récolter des informations inattendues et qui m'ont apportées un éclairage nouveau sur ce que j'avais pu remarquer lors de ces cinq semaines de stage. Durant parfois plus de deux heures, certaines rencontres m'ont permis de percevoir les difficultés et les doutes d'une profession qui s'interroge mais ne trouve pas forcément de réponses.

Globalement, je me suis concentré sur la thématique qui a guidé une grande partie de mes recherches jusque là : la prévention et l'éducation à la santé. Je me suis également rendu compte que la question de l'identité professionnelle et plus largement de la place de l'infirmier au sein de l'école revenaient en filigrane et prenait de plus en plus de place. Enfin, comme prévu, j'ai pu commencer à défricher la question de l'éducation à la sexualité ; question qui s'est révélée être plus tard au cœur de ma réflexion.

Questions ou thématiques abordées lors de l'enquête	
Infirmières/Infirmier de l'éducation nationale	Infirmière conseillère technique du département
Parcours et transition vers le scolaire (choix)	Parcours professionnel
Le débuts (formation, difficultés, attentes...)	Missions, actions, interlocuteurs
Approche concernant l'éducation et la prévention	Relation, rôle auprès des IDE de l'EN
Place au sein de l'équipe/aux yeux des élèves	Contrôle, évaluation des IDE
Difficultés concernant l'éducation et la prévention	Difficultés, problématiques récurrentes
Perception des élèves concernant la prévention	Priorités concernant l'éducation à la santé
Qu'est ce qu'une intervention réussie ?	Rôle infirmier et place au sein de l'école
Approches, moyens et résultats	Recommandations et point de vue personnel
Coopération, intervenants extérieurs	Éducation à la santé au collège en particulier
Relation avec les enseignants	Discussion autour de ce que j'ai pu observer
Sujets sensibles (sexualité, genre, vaccination...)	Sujets sensibles (sexualité, genre, vaccination...)
Relation, difficultés avec certains parents	Relation, difficultés avec certains parents
Éducation à la sexualité de manière générale	Éducation à la sexualité de manière générale

Tableau 1 : Questions ou thématiques abordées lors de l'enquête

1.3.2. Analyse des résultats

Pour analyser tout ce que j'ai pu recueillir, j'ai décidé de découper les informations en quatre grandes thématiques : l'éducation et la prévention en général, la place de l'infirmier au sein de l'école, les difficultés et conseils pratiques et enfin l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Malgré la présence de questions et donc de fil conducteur, les échanges informels ont souvent pris le dessus, ce qui à mon sens n'est pas une mauvaise chose. C'est pour cette raison que j'ai préféré reprendre la nature de nos échanges en me basant sur le tableau ci-dessus, non plus organisé par questions mais plutôt par thématiques. Les questions originelles, tout comme les compte rendus exhaustifs des entretiens, sont bien entendu présents dans les annexes.

1.3.2.1. Éducation et prévention

« *C'est compliqué* ». C'est la première phrase qui est sortie lorsque j'ai abordé la question de l'éducation et de la prévention avec l'infirmier en poste en lycée. Ce qui ressort de cet entretien, ce sont tous les obstacles qui peuvent se dresser, à commencer par le temps. Les missions sont tellement nombreuses au quotidien que celui-ci prend souvent le dessus. « *On est souvent happé par le quotidien* » me dira l'infirmière en poste dans ce même lycée. La réalité c'est aussi que l'éducation et la prévention ne sont pas des priorités. Il y a les textes et il y a le terrain. « *On est payé pour qu'ils aient leur bac, leur brevet ou leur BTS* ». On ressent une réelle marge entre ce qui peut être décidé à Paris, au ministère, et ce qu'il est réellement possible de faire au sein de son l'établissement. C'est particulièrement flagrant quand on pose des questions sur les débuts. « *Quand tu commences dans le métier, ce qui passe à la trappe en premier, c'est la prévention. Tu fais les bobos, tu réponds aux demandes, c'est ce qu'il y a de plus visible. Tout est une question de priorité et ça c'est une question qui est tranchée par l'équipe de direction.* »

Même au niveau du département, l'infirmière conseillère technique reconnaît que bien souvent « *la mission d'accueil des élèves passe avant l'éducation et la prévention.* » Si bien que même lorsque l'infirmier est en train d'intervenir, de mener une séance, « l'urgence » (très relative souvent) passera avant. La conseillère technique porte bien son nom est n'a pas le rôle de supérieur hiérarchique. Elle « *ne dit pas ce qu'il faut faire* » en terme d'éducation mais reçoit un compte rendu annuel – purement déclaratif bien entendu – sur ce qui a été fait dans ce domaine. Elle reconnaît d'ailleurs « *qu'il y a des lieux où il ne se passe rien ou parfois le strict minimum. Dans des établissements, tout le monde arrive à passer son PSC1 et dans d'autres ce n'est pas possible.* » En tout cas, une chose est sûre, pour elle : « *la première année vous ne faite pas d'éducation à la santé* ». Que ce soit pour des raisons de temps ou de compétences, cela confirme bien que la priorité est ailleurs.

Un autre point très important et qui est revenu aussi bien lors de mes quatre entretiens que lors de mon stage, c'est la grande disparité sur cette question d'un endroit à l'autre. Mettons de côté le manque d'investissement de certains professionnels et évoquons un autre élément central : le chef d'établissement. Ce dernier est, je le rappelle, le supérieur hiérarchique de l'infirmier et a, de ce fait, un impact majeur en ce qui concerne la mise en place de l'éducation à la santé dans son établissement. L'infirmier me dit à ce propos : « *Ça dépend beaucoup du chef d'établissement. S'il estime que ce n'est pas utile, il n'y en a pas et ça ne gêne personne.(...) Il faut bien connaître son chef d'établissement. Chacun fonctionne différemment.* » Ce possible manque d'implication de l'équipe de direction se ressent parfois jusque dans les instances censées régir les actions éducatives : « *ça fait trois*

ans que je n'ai pas eu de réunion CESC⁷ donc ça veut dire quoi ? Que je fais ce que je veux ? Oui, je fais ce que je veux du moment que ça ne pose pas de problème d'emploi du temps. »

L'infirmière conseillère technique confirme également que *« cela dépend de la taille de l'établissement et du chef »* avant de se rendre à l'évidence au vu des difficultés : *« Il faut trouver une autre idée pour toucher beaucoup de jeunes. »* La raison est simple : *« pour faire de l'éducation à la santé comme dans les textes, il faudrait deux temps pleins d'infirmiers juste pour ça, pour le département. Si je veux faire une action de prévention pour toutes les secondes, c'est 465 élèves. En demi-groupe de 1h30, c'est juste impossible. »* Le constat peut paraître pessimiste mais je pense qu'il faut en tenir compte. Ce n'est pas une généralité, certes, mais une réalité, c'est certain.

Heureusement, j'ai eu d'autres retours sur le sujet. Malheureusement, ils sont souvent synonymes de difficultés, surtout au début. Les infirmiers se confrontent souvent à des visions différentes de la prévention. Le fait, par exemple, de faire intervenir un gendarme *« qui fait peur »* pour parler de drogues, illustre bien l'opposition qu'il peut y avoir entre une prévention disons répressive et une autre plus éducative. Le gendarme avait un certain succès auprès des enseignants qui le trouvaient *« ferme avec les jeunes »*. Il parlait de loi, des produits, des risques mais pas de notions plus comportementales comme les mécanismes de l'addiction ou les raisons qui poussent à consommer. Infirmier ou gendarme faut-il choisir ? Non, il faut très certainement coopérer.

Enfin, il est intéressant de constater qu'il y a un certain consensus sur la façon d'aborder l'éducation et la prévention. Partir de ce que les élèves pensent ou savent pour ensuite les emmener à se poser les bonnes questions est revenu presque à chaque fois. Être dans l'injonction n'est définitivement pas la bonne méthode. Pour le dire de manière plus concrète : *« Le « il ne faut pas fumer » c'est du pipeau tout ça et heureusement c'est de plus en plus rare, en partie car l'éducation nationale nous briefe beaucoup à ce niveau. »* Souvent, les élèves viennent en pensant tout savoir et puis ils sont surpris. Ils posent des questions. Ils aiment ce qui est concret pour eux : les lieux qu'ils connaissent, les objets qu'ils voient et les situations qu'ils vivent. Plus que l'apport d'informations, il faut *« créer du dialogue, se montrer, être présent dans la vie scolaire »*. Je n'ai évidemment eu aucune recette miracle mais la vie scolaire et de fait la CPE (conseillère principale d'éducation) sont des interlocuteurs incontournables, ne serait-ce que pour obtenir des informations et ainsi

⁷ Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré. C'est une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement.

pourvoir adapter nos actions au quotidien. Bref, « *si tu ne t'entends pas avec le CPE, tu n'as plus qu'à rester dans ton bureau et faire des mots croisés.* » Au moins c'est clair.

Être infirmier en milieu scolaire, c'est aussi « *être mesuré et réaliste* ». Il faut faire preuve de modestie et se dire qu'il y a beaucoup d'éléments sur lesquelles nous n'avons pas la main : le libre arbitre, le vécu, les parents ou encore la religion. Et puis comme le disait l'infirmière exerçant au collège : « *La vie est aussi intéressante parce qu'il y a de la prise de risque, d'autant plus à l'adolescence !* ». Non seulement on ne peut pas supprimer tous les risques mais est-ce souhaitable ? Cela ferait un bon sujet du bac de philosophie mais l'important est de savoir quels sont nos objectifs et nos priorités et surtout se rappeler que « *le parent est le premier éducateur* ».

Pour cette infirmière, « *il suffit du bon intervenant au bon moment. Quand on va dans une classe, il y en a peut-être un tiers de disponible mais ce n'est pas grave. Si le reste l'entend en SVT ou avec les parents, s'ils retiennent déjà où il faut aller ou à qui s'adresser en cas de problème c'est gagné. De toute façon, on ne peut pas faire à la place des gens. On peut parler, discuter mais pas empêcher de faire. Ça dépend du moment, de la situation et surtout d'où le jeune en est.* » Enfin un dernier conseil : « *il ne faut pas que ce soit ponctuel. Une fois ça ne sert à rien.* » On le lit partout, tout le monde le sait (enfin j'espère) mais dans les faits on est souvent bien content de pouvoir faire les choses ne serait-ce qu'une fois.

Pour terminer, je voulais aborder la question de la formation. C'est un fait : « *la prévention demande des compétences d'animation et ça on nous l'apprend pas. On ne le fait pas quand on passe dix ans en réanimation.* » Avoir de solides connaissances ne suffit pas, surtout avec un public d'enfants et d'adolescents. Sur ce point, « *il faut arriver à faire ses preuves, montrer que l'on peut gérer une classe mais on est pas formé pour ça. On est formé pour gérer de l'individuel à l'IFSI et pas un grand groupe comme une classe.* » Certes, la première année il y a plusieurs semaines de formation autour de grands thèmes centraux. L'éducation nationale donne des outils pour animer mais en pratique « *on apprend sur le tas* » même si avec internet les choses se sont simplifiées. « *Avant il fallait aller à Caen pour avoir des ressources ou des documents.* »

Il faut également savoir que lors de la première année, l'infirmier nouvellement nommé a un tuteur mais celui-ci n'est presque jamais présent physiquement. En cas de problème, on peut le contacter, lui, ou bien l'infirmière conseillère technique qui reconnaît intervenir surtout pour « *des soucis de conditions de travail ou de relationnel avec l'équipe éducative.* » La première année, on est de toute façon un peu dépourvu, « *on ne peut pas tout savoir* » et « *on nous a pas appris à gérer un jeune qui ne va pas bien* ».

Le fait qu'il n'y ait pas de médecin, de staff médical, de transmissions, de collègues n'aide pas lorsqu'il faut prendre une décision, de la distance ou des décisions importantes (envie suicidaire, traumatisme physique, maltraitance...). Les infirmières, à la différence des assistantes sociales, sont peu ou pas formées à gérer des problématiques de violence ou de viols à l'encontre des enfants et des adolescents. Quand on prend une décision, il faut en assumer la responsabilité et être capable de se justifier auprès de parents ou de membres de l'équipe parfois peu compréhensifs.

Le fonctionnement en projet, la nécessité d'animer des séances avec des groupes d'adolescents ainsi que les domaines abordés marquent donc une vraie rupture avec le monde hospitalier et il est évident que le parcours professionnel aura un impact non négligeable sur la prise de fonction et la capacité à s'investir dans ces domaines. L'infirmière du collège en est la preuve puisqu'elle a exercé en entreprise et a suivi ensuite la formation d'infirmière puéricultrice, ce qui lui a permis d'effectuer la transition de manière plus « fluide » que d'autres de ses collègues.

1.3.2.2. Place de l'infirmier au sein de l'école

Comme on a déjà pu s'en rendre compte, ce qui frappe c'est d'abord l'hétérogénéité des conditions de travail. L'infirmière conseillère technique me disait : *« dans certains endroit c'est un membre à part entière de l'équipe éducative, dans d'autre c'est l'infirmière avec la cornette qui dit oui à tout et qui doit être derrière sa porte à faire de la bobologie. »*. Concernant la place de l'infirmière, ce qui revient très régulièrement c'est que c'est très variable selon l'implication de cette dernière et du chef d'établissement. *« La place de l'infirmière c'est la place qu'elle se donne et aussi la place que le supérieur hiérarchique va lui donner (budget, heures, matériel...) »*. C'est un mode d'exercice où il y a beaucoup de liberté et finalement peu d'impératifs et de contrôles. La nouvelle arrivante comme l'infirmière scolaire depuis 20 ans me diront clairement *« qu'il est très facile de ne rien faire »* alors même *« qu'il y a tellement de choses à faire »*. Que ce soit pour du somatique, du psychologique, du social, de l'information, de l'accompagnement sur du chronique, de l'ergonomie, *« on s'investit sur beaucoup de plans. »* et cela demande d'être *« extrêmement organisé »*.

Pour mieux se faire une idée de la façon dont les infirmiers se perçoivent, voici quelques termes qui sont revenus : *« pompier ou secouristes de service »*, *« conseiller technique du chef d'établissement »*, *« fédérateur et rassurant »*, *« un lien entre les familles et l'école »*, *« un lieu d'écoute bienveillante, un refuge (l'infirmerie) »*, *« favoriser le climat scolaire »* *« garant de la sécurité des élèves »*, *« on est là pour aider l'adolescent et la famille à faire »*.

Je crois que la vérité ne se trouve pas dans une de ces définitions mais dans leur somme. Ce que j'ai pu remarquer tout de même c'est qu'effectivement tous les infirmiers n'avaient ni les mêmes possibilités ni les mêmes moyens d'exercer, ce qui modifie forcément la perception qu'ils ont de la place qu'ils occupent. *« Le monde de l'école ce n'est pas le monde de l'hôpital. Les conditions de travail sont parfois très différentes d'un endroit à l'autre. On peut avoir beaucoup de place comme pas du tout, de l'informatique ou non... ».*

« La difficulté principale est que l'on est assez seul. Tout tourne autour des profs, ce qui est normal. Arriver à se faire entendre, considérer, avoir des heures est compliqué au début. » En effet, il faut faire ses preuves, trouver sa place, s'imposer, être capable de dire « non », arriver à faire entendre son point de vue de soignant et *« rester dans son domaine de compétence même si c'est pour faire avancer les choses »*. L'infirmier me parlait par exemple du passage de relais avec le psychologue lorsqu'un élève commence à raconter des choses difficiles. *« Il faut savoir passer la main au bon moment en prenant le risque de casser quelque chose. »* Malgré ce possible sentiment de solitude, il est indispensable de *« ne pas travailler seul »* et de *« se construire son réseau de personnes et organismes ressources, d'aller vers les gens »* ; en s'appuyant sur la vie scolaire (surveillants, CPE) en premier lieu mais aussi en essayant de travailler avec les enseignants. Ce qui n'est pas chose aisée pour deux raisons assez simples. La première : *« Pour eux on est là pour accueillir, répondre aux demandes et pas tellement pour faire de l'éducation »* La seconde : l'infirmière croise peu les enseignants. En effet, la récréation serait le bon moment pour échanger avec eux mais c'est justement là que l'infirmière doit être absolument dans l'infirmerie pour recevoir les élèves. Et plus l'établissement est grand plus c'est compliqué. Si bien que l'infirmière arrivée depuis 5 mois déclare *« ne pas les connaître »* et son collègue *« qu'ils ne viennent jamais nous voir »*.

Pourtant, les recommandations voudraient que les enseignants s'appuient sur l'infirmière pour aborder des questions de santé. *« La santé ce n'est pas que du curatif et ce n'est pas que l'infirmière. On peut faire de la prévention à travers un texte de français, en anglais, en art plastique. Il n'y a pas que le prof de SVT et de sport C'est une question de représentations. »* Car si les enseignants sont plus dans le passage de connaissances, l'infirmière a de vraies compétences et de réelles connaissances en ce qui concerne la santé. La solution se trouve dans une meilleure définition des rôles. Sauf que ce sont deux professions et deux univers très différents sur le papier. De fait, étant donné que l'infirmier est le seul à maîtriser certains sujets, à être formé pour, il peine parfois à se faire entendre et à avoir les mêmes repères et références que les autres membres de l'équipe pédagogique. Un aspect qui, in fine, ne facilite pas la coopération.

Cela a beau être l'image qui lui est renvoyée : l'infirmière n'est pas juste là pour « *prendre du temps de cours* », gérer les bobos et parler de sexe et de drogue. Elle n'est pas là, non plus, pour jouer au professeur mais pour s'appuyer sur les compétences pédagogiques et éducatives de ces derniers afin de rendre son action plus efficace et régulière. Encore faudrait-il que la présence de l'infirmière pendant un cours de français ou d'histoire-géographie ait un caractère un peu moins exceptionnel. Encore une histoire de représentations. Espérons en tout cas que la prédiction de l'infirmier que j'ai rencontré ne se réalise pas : « *je pense qu'à l'avenir – et tant pis ou tant mieux pour nous - ce seront les professeurs qui s'occuperont entièrement des questions de santé.* »

1.3.2.3. Éducation à la sexualité

« *Avant on avait une formation sur l'éducation à la sexualité et on avait pas le droit d'intervenir avant mais maintenant ça n'existe plus.* » Si bien qu'aujourd'hui, « *on fait avec ce que l'on est* ». Cette phrase a souvent été la réponse à la question : « comment appréhendez-vous cette thématique ? ». Le problème, c'est que ça dépend « ce que l'on est » justement. La toute récente infirmière scolaire me disait bien « *qu'il y a beaucoup de connaissances ou de détails qu'on a pas. A l'IFSI on nous parle de pathologies mais ici, avec les jeunes, c'est pas ce qui nous intéresse.* » Mais alors on parle de quoi et surtout comment ? J'ai eu la chance de tomber sur deux professionnels chevronnés et avec qui j'ai pu partager une vision commune de ce que devrait être l'éducation à la sexualité, loin de ce que je pourrais vivre dans un stage futur.

« *On commence toujours par parler d'amour. On parle de sensation, de plaisir, de consentement. On essaye de parler des choses avec humour, en étant à l'aise. Ils se disent : bon, si elles (l'infirmière et l'assistante sociale) disent « bite » et « couilles » c'est qu'on va pouvoir parler sans retenue.* » Voilà comment l'infirmière, presque sexagénaire, qui travaille en collège, a commencé à me parler de ce qu'elle faisait. Le décor était planté. Un bien beau décor. L'approche par l'humour ou un objet culturel (pub, images, vidéo) est également choisie par l'infirmier de lycée qui s'en sert pour « *détendre l'atmosphère* » et ainsi pouvoir aborder des sujets potentiellement gênants plus sereinement.

Concernant le rôle de l'infirmier, les professionnels interrogés sont unanimes. L'infirmière au collège est d'ailleurs très claire sur ce point : elle n'est pas là pour « *faire le boulot du professeur de SVT. Le professeur est dans l'explication, l'information. Nous on va dans le concret, le quotidien. Pour la pilule on répond aux questions comme : C'est gratuit ? Il faut l'accord des parents ? Il faut une ordonnance ? Comment je demande ça en pharmacie si je suis gêné(e) ?* ».

L'infirmier de lycée partage, lui aussi, cette approche et évoque la dualité des approches. *« Les enseignants confondent parfois prévention et apport d'informations. Ils sont à l'aise quand il y a des cartes, des définitions mais dès qu'on parle de comportements sexuels et de prise de risque, ce n'est pas leur domaine. »* Et ce n'est pas problématique en soi. Il n'y pas de bonne façon de faire mais une complémentarité des façons d'aborder un même sujet. Lui me dit : *« moi je m'en fous que les élèves connaissent le pourcentage de personnes qui ont le SIDA, ce que je veux savoir c'est s'ils mettent un préservatif et si non alors pourquoi. »*

J'aimerais à ce propos partager ses dires, tant ils me paraissent importants. *« Je pense que ça devrait être obligatoire qu'à 15 ans, tous les jeunes aient, au moins une fois, ouvert un préservatif, vu ce que c'était, qu'il y a un sens et qu'ils aient réfléchi là-dessus. Il faut qu'ils se disent que c'est tellement normal qu'on la fait en classe. Après on ne force pas mais on propose, on donne l'occasion. Je ne vais pas sur le terrain des croyances, des valeurs ou de la morale mais de la connaissance et de la vie dans la société actuelle. »*

C'est peut-être une des bonnes raisons de parler de ça à l'école : normaliser un objet et par la même occasion un sujet par sa simple présence au cœur de l'institution. C'est aborder une réalité que l'on soit musulman ou non, que l'on en parle à la maison ou non, que l'on soit concerné à cet instant ou non. *« Il faut qu'ils entendent que ça existe »*. Certes, l'intérêt de l'élève est variable selon son expérience, son environnement, ses connaissances et *« il faut accepter de ne pas toucher tout le monde comme on le voudrait »*. Il ne faut pas oublier que l'on est aussi présent de manière individuelle et c'est pour cette raison qu'il est primordial de montrer *« que l'on est disponible et ouvert »*.

Je vais en profiter pour parler du caractère sensible de l'éducation à la sexualité. La preuve puisque selon la coordinatrice technique du département, *« le mot sexualité a une telle connotation, même au sein du rectorat, que c'est compliqué, alors que ça va bien au-delà du sexe en réalité. »* La prudence est de mise donc. *« On peut être dépassé par ce que les jeunes nous disent, savent. Ils nous testent. »* Elle insiste sur le fait que *« c'est très important la façon de dire les choses car l'élève, par la suite, va reprendre un mot ou deux. Il faut que les choses viennent de l'élève car l'animateur représente la connaissance et ce qu'il va dire va rester. »* En matière de sexualité on peut donc en déduire qu'il est préférable de ne pas trop anticiper et adopter une position de transmetteur mais plutôt d'aller chercher les idées, les remarques, les représentations et les questions des élèves. De cette façon, on évite, à la fois, de semer nos propres inquiétudes ou représentations mais aussi de *« déraper »* et d'aller trop loin. Il n'est pas question, pour autant, de *« se réfugier derrière des connaissances »* mais de prendre conscience du poids et de l'importance de notre parole. Ce que j'aurai l'occasion de constater lors de mon stage et qui sera développé par la suite.

Je voudrais, une fois n'est pas coutume, terminer cette partie par ce qu'à pu me dire l'infirmier : « *On nous a bien briefé (pendant les formations) sur le fait qu'on ne parle pas de pratique ni des valeurs mais des risques. On n'oriente pas. On fait très attention. Moi j'ai eu une formation où on nous disait même quoi répondre si on nous demandait quel goût a le sperme. On nous apprend à décrypter le sous-texte d'une question et à la dévier. Par exemple ici, on peut dire qu'il est complexe de décrire un goût. A chaque question problématique ou sensible, on te propose une réponse type. Le but est qu'il n'y ait pas de vagues. On nous formate un peu car l'éducation nationale a conscience que c'est un sujet sensible.* »

Restons un peu sur ce que le sujet peut susciter, notamment quand il est question de religion ou de culture. Certains élèves de lycée par exemple décident de ne pas venir aux temps qui sont prévus car ils savent que cela ne correspondra pas à leurs valeurs. Ils pensent qu'ils n'auront pas besoin du préservatif puisqu'il sont censés attendre le mariage. Le rôle de l'infirmier est alors « *de leur dire qu'on ne sait jamais et qu'on ne fait pas toujours ce qui est prévu. C'est toujours utile d'avoir l'information.* » Au collège aussi, « *le milieu familial joue* ». « *Pour certaines, c'est déjà un challenge qu'elles viennent et qu'elles entendent. (...) On a des remarques sur le tampon aussi : si on met un tampon, on sera plus vierge.* » D'autres sujets peuvent également « *devenir houleux* » avec certains comme par exemple l'homosexualité ou l'avortement. Aucun professionnel n'a fait écho de différends avec des parents mais on peut aussi se dire que peu d'élèves doivent en parler en rentrant le soir chez eux, ce qui expliquerait en partie l'absence de retour. Dans tous les cas, on dit bien aux infirmiers « *qu'il vaut mieux dire que l'on est pas à l'aise sur un sujet que d'y répondre.* » C'est certains mais ces témoignages démontrent bien la complexité de la question et les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels débutants.

Pour terminer, j'aimerais aborder la question de la mixité. C'est un paramètre à première vue mineur mais qui m'a fait pas mal réfléchir. Au départ certain que mélanger garçons et filles me paraissait être une bonne chose, j'ai eu l'occasion de nuancer mon avis grâce à ma rencontre avec l'infirmière exerçant en collège. « *On sépare les filles et les garçons en cinquième parce qu'on s'est rendu compte qu'elles posaient leurs questions sur les règles principalement après la séance. Elles n'osaient pas parler devant les garçons. C'est trop intime à cet âge là. (...) Par contre dans chaque groupe on évoque ce qui préoccupe et concerne le sexe opposé.* » Elle aimerait pourvoir faire un temps mixte mais c'est, une fois encore, le temps qui manque. Sachant que pour le groupe des garçons, il faut trouver un homme qui puisse le faire. Se pose alors la grande question : faut-il être un garçon pour parler de problèmes de garçons et inversement ? J'essaierai d'y répondre à l'occasion.

Un temps non-mixte est donc nécessaire car « *les filles n'ont pas du tout les mêmes préoccupations que les garçons. Sur les règles, on pourrait y passer l'heure tellement ça les préoccupe !* » De fait, les garçons sont sensibilisés sur ce point de leur côté mais on comprend sans mal qu'ils n'auraient pas leur place avec leurs homologues féminins à ce moment là. En troisième, un temps mixte est déjà beaucoup plus facile et envisageable. Cette mixité « *permet qu'ils confrontent leurs points de vue et se rendent compte de ce que pense le sexe opposé.* » C'est de cette échange que naît un grand nombre de questions primordiales (complexes, attentes, peurs, priorités, idées reçues, stéréotypes...).

Jamais deux sans trois. Clôturons le sujet avec quelques mots de l'infirmière exerçant au collège et qui éclairent d'une autre lumière la question de la différence des sexes: « *Ce qui intéresse les garçons, c'est de savoir s'ils vont pouvoir faire une performance comme dans les films pornos puisqu'en cinquième ils en ont tous vu un. Eux, leur angoisse c'est de savoir s'ils vont être à la hauteur. Quand on a une grossesse précoce, c'est cette différence d'attentes qui réapparaît entre la fille. La fille n'a pas osé dire non parce qu'elle était amoureuse et le garçon avait, lui, d'autres choses en tête. A ce moment là, ça peut être vécu comme un viol.* »

Ces phrases constituent une parfaite transition avec ce qui va suivre et j'aimerais justement aborder la question des convictions des infirmières et infirmiers ; le fameux : « *on fait avec ce qu'on est* ». Ayant pu me confronter aux limites de ce principe lors de mon stage, j'ai voulu en parler avec l'infirmière conseillère technique du département. Elle a pu me confirmer « *qu'elle n'est pas certaine que toutes les infirmières soient pour la vaccination* » par exemple. Je confirme. Elle insiste bien sur le fait « *qu'on répond selon nos valeurs mais qu'il faut mettre de côté ses convictions.* » Autrement dit, on peut être contre la vaccination mais on se doit de la promouvoir. Pour ce qui est des valeurs, le problème est le même qu'avec les convictions : tout dépend de nos valeurs encore une fois. Elle a aussi évoqué le cas de deux infirmières qui avaient refusé de donner du Norlevo (un contraceptif d'urgence) car c'était « *au-delà de leur convictions* ». Les jeunes ont heureusement été redirigées vers un Planning Familial, mais cela pose question.

Cela pose question car la liberté dont jouissent les infirmiers en milieu scolaire donne toute latitude à des propos et des actes qui peuvent parfois être très éloignés de ce que les textes préconisent. Au vu de notre formation et de notre identité soignante, on peut même s'interroger sur notre légitimité à traiter de sujets comme l'orientation sexuelle, la parentalité, l'IVG, le genre, les addictions et même la sexualité de manière globale. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il m'apparaît essentiel de privilégier, si possible, le fonctionnement en binôme. D'une part comme garde-fou et d'autre part pour permettre à chacun de s'exprimer sur des questions qui relèvent de ses compétences.

1.3.3. Mon expérience en milieu scolaire

Impossible de ne pas m'étendre sur ce stage de cinq semaines en collège qui s'est déroulé fin 2018. J'ai donc eu la chance de pouvoir m'immerger totalement dans ce métier, d'observer, de pratiquer mais aussi de discuter et d'échanger avec plusieurs infirmières. Ce qui en est ressorti a dépassé mes attentes. Je suis allé de surprises en surprises jusqu'à être frappé – on peut presque parler de révélation à ce niveau – par un échange avec une infirmière puis quelque temps après par une intervention portant sur « La première fois ».

Cette section du TFE ne constitue donc pas officiellement une enquête (dans le sens où rien n'a été validé par l'IFSI) mais regroupe des situations et surtout des temps d'échanges avec des élèves qu'il aurait été impensable de ne pas intégrer. Ce qui suit se divisera donc en trois parties qui reviendront chacune sur un temps fort du stage ainsi que les problématiques qui en ont résultées.

1.3.3.1. Rencontres des troisièmes types ?

Avant de relater la teneur de ces trois rencontres, revenons rapidement sur ce qui m'a amené à vouloir, tout simplement, demander l'avis des principaux intéressés : les élèves. C'est en effet louable de s'interroger, de réfléchir et même de décider entre adultes bien intentionnés mais ils en disent quoi « les jeunes » ?

C'est en partant de cette envie d'avoir leur avis que je me suis mis en tête de rencontrer trois petits groupes de volontaires dans trois classes de troisièmes différentes. Pour se faire, je ne suis pas arrivé en parlant de « sexualité » mais juste d'éducation à la santé, de prévention. Je n'ai pas menti, j'ai présenté la réalité de sorte à pouvoir mener à bien mon plan machiavélique : parler d'éducation à la sexualité avec une vingtaine de troisièmes ayant déjà assisté à la majorité des interventions prévues à ce propos au collège.

Une fois mes petits groupes constitués et le créneau trouvé, j'ai décidé d'élire domicile dans l'ancien foyer et d'y installer de confortables fauteuils, placés en cercle. En effet, je savais que le plus dur était à venir et qu'il fallait que je crée un cadre relativement informel et accueillant. Je rappelle que j'ai l'intention de parler d'éducation (un peu) et de sexualité (beaucoup) avec des adolescents qui, pour la plupart, ne me connaissent pas et ne sont pas au courant. De plus, pour rajouter un peu de challenge, je n'ai que 30 à 45 minutes devant moi, pour chaque groupe.

Autant dire que je vais devoir les mettre à l'aise tout de suite. Pour cela je compte sur mon apparente décontraction, quelques bons mots, un sourire et, je l'espère, ma capacité à parler d'un tel sujet de manière naturelle, décomplexée et concrète. Je ne sais pas s'il y a « un

truc » mais j'ai pu constater que passé le premier blanc, les rires gênés et les regards perdus, la parole se libère progressivement jusqu'à aborder des questions parfois très concrètes, à ma grande surprise je dois dire. A l'exception d'un groupe composé uniquement de garçons qui est resté très réservé dans l'ensemble, j'ai pu recueillir des témoignages et des échanges extrêmement intéressants. Cela reste un panel objectivement restreint et évidemment non représentatif mais qui m'a permis de confirmer certaines choses que j'avais pu lire, casser des idées que j'avais mais surtout convaincu de la nécessité de donner la parole aux élèves et de les écouter ; certaines de leur phrase valant autant qu'un article de 10 pages.

Pour commencer, tous les élèves estiment que parler de ce sujet à l'école est normal. En revanche, ils se font une idée très précise des thèmes que l'on doit aborder pour « *leur éviter les dangers* » et les « *informer* ». IST, anatomie, contraception, loi sont les sujets qui reviennent et on perçoit déjà que la sexualité est, pour eux, rattachée à des concepts très ancrés dans une vision assez restreinte de celle-ci. D'ailleurs, si au départ, tous les groupes semblent satisfaits de ce qui leur a été transmis jusque là, les avis sont plus mitigés, à la fin de la rencontre, lorsque je les réinterroge à ce sujet. Ils ont des « *questions sans réponses* » et « *font des choses de leur côté* ».

On peut alors s'interroger sur l'endroit où ils vont chercher l'information, sachant que les parents sont rarement les interlocuteurs privilégiés. De fait l'école est un endroit qui permet de pallier à un possible manque ou une absence d'information à la maison. De ce point de vue, les interlocuteurs privilégiés sont souvent les mêmes sur ces questions : le professeur de SVT, l'infirmière (nous voilà rassurés) mais également les copains et les copines. Si les filles parlent beaucoup de leurs « *complexes et de leur corps* » entre elles, les garçons parlent souvent de sexualité sur le ton de la rigolade. Je citerai un élève qui me disait que lorsqu'il avait une interrogation il voyait les choses comme suit : « *Si c'est normal on demande au prof ou aux parents, si c'est gênant aux copains et si c'est très gênant ou bizarre on va sur internet* ». Or on sait qu'internet est un endroit vaste, pas toujours bien achalandé et où il est aisé de se perdre. De fait, informer les élèves sur ce média contribuerait déjà à éviter quelques déconvenues ; et je ne parle même pas de la pornographie qui est apparue dans une conversation au bout de 20 minutes. Je ne pense pas dévoiler quelque chose d'incroyable en disant que les jeunes garçons (en majorité) en consomment régulièrement et que cela a un impact très fort sur leurs représentations (exemple : « *c'est important la taille du pénis pour donner du plaisir à la fille* »). Inutile de dire que le rôle de l'infirmier serait ici de revenir sur ces clichés, idées reçues et autres images véhiculées par internet ou les pairs. Les sites et vidéos parlant correctement de ces sujets existent, ne reste plus qu'à les faire connaître.

Ensuite, sur la forme, tous étaient favorables au fait que les séances aient lieu en petits groupes mixtes ou encore par affinités et prennent la forme de débats ou de discussions. Sur ce point, je suis convaincu de l'importance que chaque sexe ait conscience des préoccupations, problèmes et points de vu de l'autre. Il suffit de parler de complexes pour s'en rendre compte. Certaines filles pensent que les garçons n'ont pas de complexes ou aiment tous les gros seins par exemple. Or, les principaux intéressés ont vite fait de rétablir la vérité, bien plus nuancée. C'est dans la différence que le débat se crée et que les adolescents découvrent leur similitudes mais surtout leurs différences.

J'ai remarqué que les filles étaient plus détendues quand il fallait parler de sexualité car s'exprimant plus sur les sentiments, l'image de soi, les complexes. Deux mots me sont venus pour les définir: égalité et cohésion. Elles semblent trouver un équilibre dans le partage de leurs difficultés qui sont au final proches voire similaires. Les garçons, de leur côté, sont plus tendus car pour eux la sexualité évoque avant-tout la performance, la normalité ou encore la pression des pairs concernant l'acte qui est comme une étape à franchir. Pour eux ce serait plutôt les mots comparaisons et compétition qui me viendraient à l'esprit. Un garçon dira : « *Pour nous la première fois c'est comme un mur qui prend de la place et qui occulte le reste* ». Que dire de plus ?

D'ailleurs quand une fille dit qu'elle « *attend le bon moment* », le garçon lui répond que pour lui « *c'est toujours le bon moment* » avec un sourire qui en dit long sur son enthousiasme. Si les garçons sont focalisés sur l'acte en lui-même et le simple fait de « le faire », les filles se préoccupent de savoir quel sera le bon moment et surtout la bonne personne car elles se considèrent « *plus jugées sur leur relation que les garçons* ». Une idée bien installée qui veut qu'une fille qui couche avec n'importe qui est une « *salope* » alors qu'un garçon sera presque porté aux nues. C'est une réalité.

On se rend également compte que les préoccupations des filles mais surtout des garçons sont souvent très « terre à terre », loin des considérations et angoisses des adultes. Cela ne veut pas dire qu'il faut faire l'impasse sur les risques ou les questions plus psycho-sociales mais il faut savoir partir de ce qu'ils nous disent et pouvoir parler de normalité, de la pornographie, de l'acte en lui-même ou encore de la visite gynécologique.

De toute manière, il suffit simplement de les questionner pour trouver des idées. Que ce soit une « *boîte à questions chelou* » qui serait là en permanence avec des réponses toutes les semaines ou l'organisation de rendez-vous réguliers pour pouvoir parler de questions de santé ou de société, les propositions pertinentes venant de leur part ne manquent pas ! Encore faut-il leur donner l'occasion de les exprimer.

Pour terminer, j'aimerais revenir sur quelque chose qui prendra tout son sens plus tard. Un groupe de filles m'a demandé si « *c'était vrai que la première fois ça saigne et ça fait mal ?* » A ce moment, je fais le lien avec une autre situation de mon stage et réalise la portée de certains mots qui viennent se fixer dans leurs esprits de manière extrêmement forte. La sexualité est quelque chose de tellement important à cet âge que le moindre mot peut se retrouver mis hors contexte, déformé et ainsi engendrer des peurs qui peuvent perdurer dans le temps. Dans un tel contexte, je pense que les subtilités subissent une sorte de dilution qui nous oblige à délivrer un message clair, simple et univoque.

Certes, la vie est faite de subtilités mais dire que « *ça peut faire mal et saigner la première fois* » me semble discutable. Personnellement, j'ai le recul nécessaire, je sais que cela concerne moins de la moitié des femmes, que cela peut être lié à plusieurs facteurs (stress, lubrification, déchirure de l'hymen...) mais une fois que j'ai dit ça, que retiennent des collégiens ? « Mal », « saigner », « déchirure » ? Il y a le fond et la forme, l'apport d'informations brutes (brutales ?) et l'art complexe de la subtilité. Je ne détiens pas la solution mais je pense qu'il y a d'autres voies à emprunter.

Je vais essayer d'être très concret. Je préfère dire que « la première fois ne sera sans doute pas la meilleure mais que c'est normal et surtout cela veut dire que ce sera de mieux en mieux. Chaque première fois est différente. Ce sera peut-être bof, super, nul, génial mais il y a des petits trucs et astuces et comme vous êtes sympas je vais vous en donner deux ou trois ». Ensuite on peut expliquer pourquoi ce sera peut-être pas très agréable et comment éviter ça au maximum ou encore pourquoi il est préférable que ce soit un acte réfléchi en leur montrant, par exemple, qu'ils se rappellent de leur autres première fois (avion, hôpital, amoureux, concert...).

Je n'ai pas donné d'injonction ici. Je les emmène à aller eux-même à l'endroit où je veux qu'ils aille. La nuance est subtile. Je ne dis pas : « il faut que ce soit avec une personne que vous aimez vraiment » ou « il faut que vous réfléchissiez bien avant de le faire » mais « voyez pourquoi ce sera un moment important pour vous ». Tout est dans le choix des mots et la façon de présenter les choses. Ce que je n'aime pas c'est ce que j'appelle « la prévention mode d'emploi » avec des étapes à respecter, des façons de faire et de ne pas faire. La vie ce n'est pas un meuble IKEA qu'on nous apprendrait à monter et qui ne tiendrait pas debout si on s'éloigne des instructions. En mathématiques, mes professeurs disaient que ce qui les intéressaient ce n'est pas la solution mais la réflexion ou dit encore autrement, l'important ce n'est pas la destination mais le voyage. Selon les écrits de Piaget, l'adolescent est capable de déduction, d'hypothèse, de prévision et de manipuler des idées abstraites (stade des opérations formelles) donc autant s'en servir. Amenons-les en voyage mais ne leur dévoilons pas tout de suite la destination.

1.3.3.2. Colère d'une « infir-mère »

La scène que je m'apprête à raconter se déroule à quelque jours de la fin de mon stage. A ce moment, j'ai déjà décidé que la question de l'éducation à la sexualité sera un des angles majeurs de mon TFE. Je participe à une réunion réunissant plusieurs infirmières du secteur lorsque l'une d'elle évoque sa colère à l'égard d'une enseignante qui a abordé des questions de sexualité (surtout à propos de la puberté semble-t-il) dans la classe de sa fille. Cette dernière est en CM2. Ayant pu constater que cette thématique cristallisait déjà pas mal de crispations ou singularités, j'ai évidemment voulu en savoir plus.

Je ne reviendrai pas en détail sur les échanges qui ont suivi mais seulement sur quelques phrases qui ont retenu mon attention. Elle a d'abord eu l'impression que « *l'école avait fait des choses dans son dos* ». J'ai d'abord pensé qu'il aurait été judicieux d'annoncer la tenue de cette intervention aux parents afin de les inclure d'une part et de, peut-être, désamorcer en amont une possible défiance. Informer c'est déjà inclure, c'est déjà préparer. Puis, je me suis interrogé sur ce qui me paraissait au départ une évidence. Pourquoi est-ce que parler de sexualité ou plus précisément de sentiments, d'amour ou des changements du corps demandait de telles précautions ? On ne demande pas l'autorisation ou l'aval aux parents lorsqu'on évoque d'autres thématiques. Il semblerait que le sujet soit, sinon sensible, au moins vecteur de certaines représentations requérant certaines précautions.

Dans un second temps, il est apparu que cette mère – et infirmière je le rappelle – a évoqué le fait que « *l'école n'est pas là pour faire le travail des parents* » en rajoutant que « *ses enfants ne sont pas pupilles de l'état* ». L'école outrepasserait donc ses fonctions en parlant de ces questions ? Parler de sexualité à l'école serait donc, en quelque sorte, parler de quelque chose qui ne la regarde pas ? L'éducation à la vie affective et sexuelle, comme j'aime à l'appeler, appartiendrait uniquement à la sphère familiale et au bon vouloir des parents ? On touche ici au rôle de l'école. C'est une question complexe et même si j'ai déjà pu apporter des éléments de réponse auparavant, je n'irai pas plus loin ici.

Néanmoins, je pense que ce qui est sous-jacent c'est que certains parents peuvent penser que l'école aurait pour mission de « pallier » quelque chose, une défaillance parentale par exemple. La sexualité est une chose tellement intime qu'elle ne peut appartenir qu'aux parents. Non, je pense qu'elle appartient surtout aux enfants, aux adolescents. Et oui, l'école peut apporter des informations, éveiller les élèves à des questions dont on ne parle pas à la maison par peur, par gêne ou par négligence. Pour les autres, elle peut conforter ce qui a déjà été dit, nuancer ou amener une contradiction.

Dans tous les cas, le but n'est pas d'imposer. L'enfant fera ce qu'il veut avec ce qu'il sait. De toute façon, en mettant son enfant à l'école on accepte par la même occasion qu'un programme lui soit délivré. Or, l'éducation à la vie affective et sexuelle est bien au programme au travers de questions telles que le rapport au corps et aux autres, l'image de soi, le genre, les stéréotypes, pour les plus jeunes, puis la puberté et la reproduction sexuée pour les CM2. Donc au final : merci l'école d'épargner aux parents la fameuse question sur l'origine des bébés ?

Pas forcément puisque cette maman regrette que ce genre de questions ait été abordé avec sa fille. « *J'aurais voulu lui en parler au moment où je voulais et comme je le voulais* » me dit-elle. L'école lui aurait, en quelque sorte, « volé » ce moment. Finalement, ce qui semble la déranger ici c'est que l'institution – ici l'école – normalise le « quand » et le « comment ». Elle décide du moment et de la manière de parler de cela aux enfants. Ce qui pose la question : étaient-ils tous prêts à entendre ce qui a été dit ? Certainement pas et c'est tout à fait normal.

Il faut partir du principe que ce n'est jamais le bon moment ni la bonne manière de parler d'un sujet pour chaque individu d'un groupe, par définition hétérogène. Parler de la contraception à une classe de troisièmes par exemple c'est savoir que ça en intéressera certains, semblera très loin à d'autre et c'est comme ça. Il en entendra reparler un jour, y repensera, échangera avec ses parents ou ses amis et cela prendra un sens nouveau. Rien de ce qui est dit n'est définitif ou ancré pour l'éternité. La réalité, la maturité, la répétition ou le temps fera son œuvre et malheureusement (heureusement ?) cela nous dépasse.

1.3.3.3. La première fois : c'est « sang/douleur » ?

Il est donc temps de revenir sur les deux interventions auxquelles j'ai pu faire référence un peu avant. J'abordais alors les termes de « douleur » et de « sang » et la portée que ces mots peuvent avoir sur des adolescents. Sans sacraliser ou intellectualiser à outrance, je pense que les questions de sexualité ne sont pas à aborder à la légère et doivent être réfléchies avec soin. Je peux entendre que ce soit de l'humour mais lorsque le professeur de SVT vient nous chercher – moi et l'infirmière – en nous disant, avec une certaine dose d'ironie j'imagine : « *c'est maintenant le cours de sexe* », je ne peux m'empêcher de m'interroger, surtout en connaissant la suite...

Ces deux interventions, d'une durée de 45 minutes et à destination des quatrièmes, demandaient aux élèves de se placer dans l'espace selon qu'ils considéraient une phrase comme vraie ou fausse. C'est un grand classique de l'animation qui en soi est ludique mais qui a tendance, selon moi, à pousser les individus à se conformer à la majorité. Peu importe, là n'est pas la question. Ce qui m'a étonné voire un peu choqué, osons le mot, ce sont plutôt les thèmes abordés. On pourrait d'ailleurs s'interroger sur l'intitulé de cette séance : « La première fois ». On ne sait pas de quelle première fois on va parler comme si utiliser une sorte de périphrase, d'euphémisme nous évitait d'entrée de jeu de parler d'amour, de sexualité ou bien de plaisir. Passons.

Durant ce (trop) court temps, nous avons principalement parlé de viol, d'inceste, d'attouchements, de majorité sexuelle, de pédophilie, de l'âge moyen de la première fois, de douleur et de saignements. Certes le temps à disposition obligeait malheureusement à faire des choix mais je dois reconnaître que ceux qui ont été faits m'ont posé question. Si je devais regrouper tous ces mots à l'intérieur d'un champ lexical, je dirais « agression » ou « peur » mais certainement pas « amour », « plaisir » ou « liberté ». Je sais bien qu'il est admis qu'aucun élève ne devrait avoir de relations sexuelles durant ses années collège⁸ mais l'éducation à la sexualité a un rôle informatif pas contraceptif. On sait très bien « *qu'une information suffisante et en temps voulu retarde l'âge du premier rapport et renforce l'usage d'une protection* »⁹ donc inutile de sortir l'artillerie lourde. Nos peurs et nos préoccupations d'adultes ne sont pas celles des adolescents et parler du pire ne permet pas de l'éviter. L'idée

⁸ Cette idée est largement soutenue et argumentée dans plusieurs ouvrages, notamment celui de M.Choquet et M.Rufo intitulé « Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité ». Marie Choquet (épidémiologiste) précise que « *la sexualité précoce va de pair avec un absentéisme scolaire précoce, avec la consommation de drogue, avec des conduites de déviances. On banalise la sexualité précoce alors que ce n'est pas bon signe* ». Le tableau peut sembler un peu pessimiste voire exagéré mais ce ne sont pas les liens de cause à effet qui sont intéressants mais le simple rôle d'indicateur que peut avoir l'âge de la première fois. En somme : « *pas de sexualité au sens strict durant les années collèges !* »

⁹ Picod.C., 1994, « *Sexualité : leur en parler c'est prévenir* », érès, Pratiques du champ social

que ces quatrièmes ressortent de la salle avec un tel aperçu de ce qu'est cette fameuse première fois me rend à la fois perplexe et un peu triste même.

Comme j'ai déjà pu le dire, la forme est primordiale et notre rôle n'est pas d'avertir nos chères têtes blondes de tous dangers qui les guettent. Dire n'est pas prévenir et on peut très bien expliquer une chose sans forcément venir lui coller une réalité, à mon sens, angoissante en plus d'être fausse. Prenons l'exemple assez parlant de l'âge moyen de la première fois. L'intention est louable de vouloir apporter du réel à cet événement symbolique de la vie mais quel est l'intérêt de dire qu'en moyenne la première fois a lieu à 17 ans ? Pour signifier qu'il ne faut pas le faire avant ? Dans ce cas, autant expliquer pourquoi plutôt que d'imposer au final une barrière tout ce qu'il y a de plus imaginaire car purement statistique. Car si à 19 ans je n'ai pas fait l'amour, cela veut-il dire que je ne suis plus dans la norme, dans la moyenne ? En se voulant rassurant, on ne fait que reporter l'inquiétude de ne plus être « normal » à plus tard, tout en normalisant une pratique qui n'a pas vocation à l'être. Une fois encore, je pense qu'énoncer des risques, des chiffres ou des informations sans réfléchir à leur portée peut-être aussi contre-productif que normatif¹⁰.

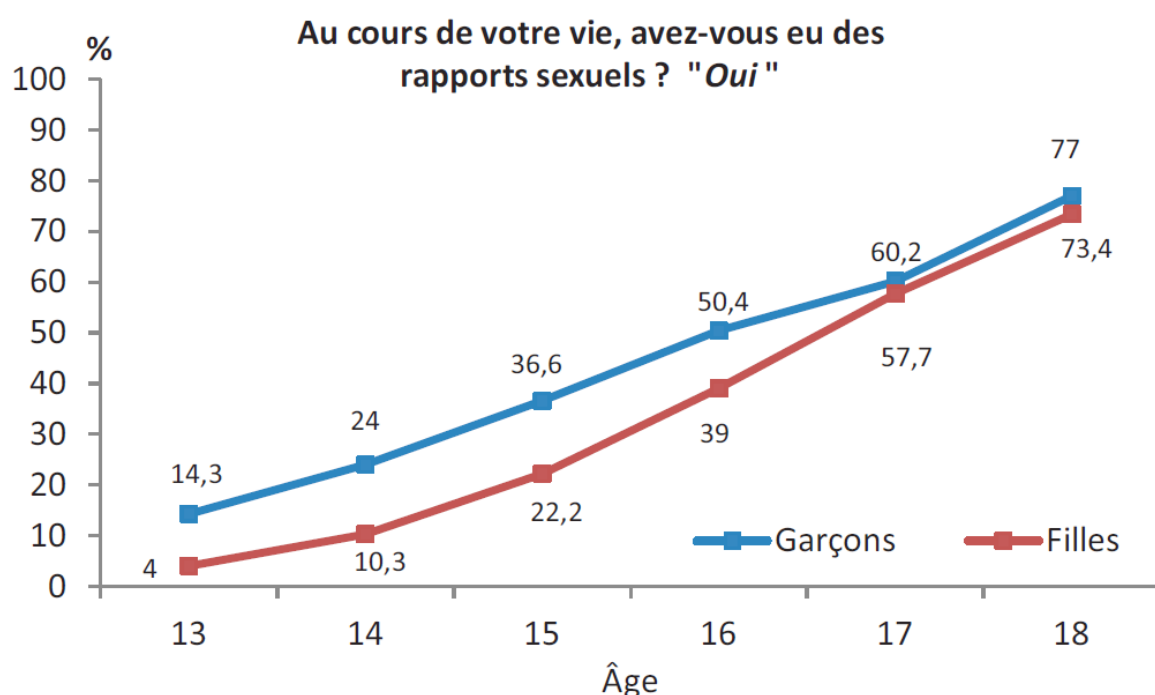


Figure 2 : Graphique illustrant l'âge du premier rapport sexuel pour les filles et les garçons. Tiré de l'enquête « Paroles d'adolescents » (2015). Les chiffres sont importants et nous aident, en tant que professionnel, à orienter nos actions. Ils ont un sens car nous sommes capables de leur en donner.

Communiquer de tels chiffres à des adolescents n'est, selon moi, ni utile ni pertinent.

¹⁰Maillochon, Florence, Virginie Ehlinger, et Emmanuelle Godeau. « L'âge « normal » au premier rapport sexuel. Perceptions et pratiques des adolescents en 2014 », Agora débats/jeunesses, vol. hors série, no. 4, 2016

Tout au long de ces 45 minutes, je n'ai pas cessé de m'interroger sur les propos ou choix qui ont été fait. Passer 10 minutes sur l'anatomie de l'hymen et les raisons qui peuvent provoquer douleurs et saignements chez la jeune femme me semble discutable par exemple. Je ne dis pas qu'il faut masquer la réalité mais au moins laisser un peu de place à l'imaginaire et pourquoi pas à la magie. Car je pense qu'il doit y en avoir un peu et vouloir à tout prix tout dévoiler (je dirais même déflorer) me semble excessif et dommageable.

En effet, la réalité c'est aussi que « *89% des adolescents ont été satisfait de leur premier rapport* ¹¹ ». C'est déjà une autre façon d'aborder la question. Car quoi de mieux pour entretenir la survenue de douleurs chez la fille que de lui dire dès le début que « c'est normal », « c'est comme ça ». Pas besoin d'être très érudit sur la question pour savoir que la peur lors de la première fois, physiologiquement, peut engendrer des sensations désagréables lors de la pénétration. Voilà un joli cercle vicieux qui, pourtant, pourrait être en partie brisé en parlant de plaisir (et donc de préliminaires, de lubrification ou de caresses par exemple), de l'environnement ou encore du partenaire. J'ai même mieux ! Qui a dit que « première fois » rimait avec « pénétration » ? Il me semble qu'une relation sexuelle ne se résume pas à un pénis dans un vagin. Et soudain, tout un monde de possibilités, quasi infinies, s'ouvre ! Il faut simplement accepter que « *la pénétration ne soit pas une fin en soi mais une des possibilités de plaisir parmi d'autres* ¹² ». Pour l'inévitable douleur et les possibles saignements, on verra ça plus tard. Enfin, on peut aussi simplement s'interroger sur ce qu'est une première fois réussie ou ratée ? L'occasion de déjà savoir de quoi on parle et de mieux cerner les attentes des élèves, leurs représentations mais aussi, pourquoi pas, venir questionner les nôtres.

Finalement, on peut être à la fois rassurant et prévenant, parler de plaisir et de consentement, de loi puis de liberté. Plus que protéger, interdire ou avertir, nous avons un devoir d'écoute, d'ouverture et d'information bienveillante.

¹¹Picod.C., 1994, « *Sexualité : leur en parler c'est prévenir* », érès, Pratiques du champ social

¹²Ibidem

1.4. L'analyse croisée des résultats et formulation de la question de départ de niveau 2

Plus que proposer une analyse à proprement dite qui ne ferait que répéter ce que j'ai déjà pu dire dans les pages précédentes, je vais essayer d'exprimer mon ressenti à un instant T. Après avoir lu des dizaines d'articles et presque autant d'ouvrages, enregistré près de 6h d'entretiens et passé cinq semaines au sein d'un collège, ma vision des choses a grandement évolué. Je me suis tourné vers l'exercice en collège et fait le choix de creuser cette « éducation à la sexualité » qui m'a tant intriguée ces derniers mois.

1.4.1. Analyse croisée

Tout d'abord, il se trouve que l'un des articles de la phase exploratoire – celui sur les addictions – a forcément moins d'importance actuellement mais apporte toujours des éléments intéressants au concept d'adolescence. Pour le reste, ce que j'ai pu apprendre il y a plusieurs mois demeure plus que jamais d'actualité aujourd'hui. J'ai pu confirmer grâce à mes rencontres et mes expériences beaucoup d'éléments que j'avais pu lire ou pressentir. Que ce soit l'isolement des infirmiers, la difficulté à trouver sa place au sein de l'école, le fait que parler de santé n'est pas neutre ou encore la grande disparité des pratiques et des conditions d'exercice, j'ai pu mettre des visages, des lieux et des mots nouveaux sur des chiffres ou des généralités. Le temps où je pensais qu'avoir de la volonté et de solides connaissances théoriques suffisait à faire de l'éducation et de la prévention est bien loin, d'autant plus quand on parle de sexualité.

Parler de sexualité à l'école n'est ni anodin, ni simple. Il y est question de valeurs, de convictions, de prudence, de surprises, de gênes, de religion, d'individus, de temporalité, de quotidien, de représentations, de peurs, de tout un tas de choses mais surtout pas de soi, en tout cas le moins possible. Il faut écouter les élèves, tendre l'oreille, rebondir, être pragmatique et non dogmatique. L'infirmier ne tire jamais seul les ficelles, il doit composer avec le chef d'établissement, des limites organisationnelles, temporelles et budgétaires plus ou moins présentes. De plus, son statut d'ancien soignant l'enferme inévitablement dans une case (aussi appelée infirmerie). Mais ce n'est pas immuable. Il doit réussir à en sortir pour tenter de parvenir à ses fins. Il n'y a pas de clé unique pour cela mais un trousseau entier. De quoi ouvrir le maximum de portes afin se sentir, à l'école, quand même un peu chez soi.

1.4.2. Question de départ de niveau 2

Dans quelle mesure l'infirmier de l'éducation nationale, au travers de ses compétences et de la place qu'il occupe au sein de l'école, peut-il contribuer à l'éducation à la vie affective et sexuelle des collégiens ?

2) Problématisation : De la question de départ de niveau 2 à la question de recherche

L'exploration théorique : la phase descriptive

2.1.1. L'infirmier de l'éducation nationale

Dans un premier temps, et avant de commencer à passer à la loupe les concepts qui m'intéressent ici, il m'apparaît utile de dresser un rapide historique du métier d'infirmier de l'éducation nationale (dans sa dimension contemporaine uniquement) en m'appuyant sur un dossier paru en 1998 dans la revue « Santé publique » intitulé : « *La santé scolaire en France : évolution et perspectives*¹³ ».

Il était une fois, suite à l'ordonnance du 18 octobre 1945, la création du service de santé scolaire. Il s'agit de la première pierre qui fonde l'organisation du système de santé à l'école et à l'université. C'est par exemple à ce moment que la visite obligatoire des enfants au cours de leur sixième année est mis en place. Jusqu'en 1964, le service est rattaché à l'éducation nationale. Il assure surtout des missions de dépistage, de soins et est axé sur l'éducation sanitaire des élèves.

A partir de 1964 et jusqu'en 1984, le ministère chargé de la santé reprend la main sur la santé à l'école. L'année 1969, et la publication de l'instruction générale sur le fonctionnement du service de santé scolaire, rapproche grandement le métier de ce que l'on connaît aujourd'hui. Notion de secteur médico-social scolaire, examens médicaux systématiques, tâches de liaisons avec les parents, les enseignants, les assistantes sociales, les PMI et les médecins, éducation à la santé, participation aux conseils de classe, d'administration, d'orientation, de discipline... Les missions de l'infirmier scolaire se font de plus en plus nombreuses mais faute de moyens et de volonté politique, resteront pour nombre d'entre elles difficilement applicables. Un constat toujours d'actualité d'ailleurs.

Durant les années 70, il existe alors deux types d'infirmiers : les infirmiers d'établissement sous l'autorité du chef d'établissement et l'infirmier de santé scolaire placé auprès des inspecteurs d'académie et qui dépendent eux – comme les médecins – du ministère de la santé.

A partir de 1985, et malgré de nombreuses réticences et craintes, les infirmiers se regroupent et se retrouvent de nouveau sous l'égide de l'éducation nationale. Je ne reviendrai pas en détail sur ce qui s'est passé de 1985 à 1991 mais médecins, assistantes sociales et infirmiers sont dispersés, le secteur est en crise et un article de 1989 tiré du « *Quotidien du Médecin* » pose même la question : « Faut-il sauver la santé scolaire ? ».

¹³ Tricoire.M, Pommier.J, Deschamps.J-P, « *La santé scolaire en France : évolution et perspectives* », Santé Publique, Volume 10, Numéro 3, 1998

Pourtant la même année, la loi d'orientation sur l'éducation renforce la place de la santé à l'école en évoquant l'éducation à la santé, l'intégration des enfants et adolescents handicapés ou encore la place de la santé dans le projet d'établissement.

En 1990, c'est le docteur J.Beupère qui pointe du doigt « *l'écartèlement du service entre le ministère de l'Éducation nationale et celui de la santé* » et réaffirme l'utilité d'un service de santé à l'école malgré « *l'idée superficielle et finalement fausse que l'amélioration de l'état de santé des français et des jeunes français en particulier, rendait caduc, inutile ou secondaire le service de santé scolaire* ». Enfin l'année 1991 marque la publication d'une circulaire achevant de placer la santé scolaire comme un élément à part entière de l'école et en lien direct avec les besoins des élèves, leur bien-être et finalement leur réussite.

Mais pourquoi revenir sur près de 75 ans d'histoire ? D'abord pour constater que la profession a longtemps été tiraillée, au travers de ses ministères de rattachement, entre l'école et la santé. Par essence quelque peu bicéphale, l'infirmier de l'éducation nationale a toutes les raisons de se poser des questions sur son identité, sa place, son rôle et pourquoi pas même sa légitimité (il en était question en 1990).

Formé pendant trois ans dans des IFSI et biberonné aux stages en structures hospitalières et aux actes techniques, l'infirmier - pour peu qu'il n'ait pas, en plus, exercé plusieurs années à l'hôpital – s'est forgé une identité soignante très forte. Si bien que faire un pas de côté pour changer de costume s'apparente parfois à un travestissement aux yeux de ses confrères. Les infirmiers scolaires, déjà marginaux de part leur nombre, le seraient en plus de part leur choix de quitter un monde pour un autre. Même le fait de devoir repasser un concours – cette fois-ci de l'éducation nationale – symbolise cette conversion laïque, ce changement de paroisse visiblement contre-nature. Un nouveau lieu sauvage et inconnu où le soignant devient sur le papier un « conseiller technique », où les patients deviennent des élèves et où, tel un zèbre, il devra s'adapter à son environnement, vêtu de ses anciennes rayures blanches et de ses nouvelles rayures noires.

Car tandis que dans un service hospitalier la place de l'infirmier est connue, reconnue et extrêmement encadrée, celle de l'infirmier de l'éducation nationale est bien plus mouvante, floue et correspond en un sens à celle que ce dernier veut bien s'accorder. En effet, contrairement à un hôpital, une école fonctionnera sans un infirmier. C'est d'ailleurs le cas dans les écoles privées qui en sont généralement dépourvues. C'est une notion fondamentale à mon sens : l'infirmier scolaire est nécessaire mais pas indispensable.

Dans l'absolu, personne n'a réellement besoin de lui ; ou tout du moins ils l'ignorent. Il doit donc faire ses preuves, montrer ce qu'il peut apporter à l'établissement scolaire et finalement bâtir lui-même sa place. Car si certaines tâches inévitables, jalonnent l'exercice en milieu

scolaire (suivi des PAI, dépistage de sixième, accueil à l'infirmerie), l'immense majorité du rôle infirmier est laissé au bon vouloir de l'intéressé et de son établissement. Une marge de liberté assez grande pour que tout soit possible, le bon comme le moins bon, et qui échappe surtout à tout contrôle. Cette autonomie presque totale est donc à la fois une richesse énorme et une source possible de difficultés et même de dérives.

Il est bon de rappeler que l'école est avant tout un lieu d'apprentissages et les enseignants y règnent en maître. De fait, quand à l'hôpital tout semble graviter autour de l'infirmier – aucun égocentrisme ici, seulement une image – il devient à l'école une personne ressource parmi d'autres (assistante sociale, psychologue). Parfois vu comme pompier, un secouriste ou un responsable en chef de la « bobologie », l'infirmier a en réalité tellement de casquettes et autres couvre-chef différents qu'il peut être aisé de ne plus savoir où donner de la tête.

Loin de son uniforme unicolore et univoque, il navigue ici entre plusieurs eaux : pansements au corps et pansement au cœur, entorses et entretiens, petit chagrin et grosses crises, suspicion de maltraitance et suspicion de poux, conseils de santé et conseils de classe, prévention primaire et animation en primaire, administration de traitement et rôle administratif. De quoi perdre le cap. Car si les textes officiels se montrent généreux quant aux tâches et rôles attribués à l'infirmier de l'éducation nationale, les obstacles qui se dressent sur son chemin sont nombreux. Qu'ils soient institutionnels, personnels ou professionnels, ces obstacles restent à interroger, critiquer et analyser pour parvenir à trouver une cohérence à un mode d'exercice infirmier qui, de prime abord, a presque des airs de reconversion.

2.1.2. L'éducation, la prévention et la promotion de la santé

Pour commencer - et même si ce texte n'a aucune valeur juridique mais seulement morale - la Déclaration universelle des droits de l'homme votée par les Nations Unies indique que « *toute personne a droit à l'éducation* », qu'elle « *doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales* » et enfin que « *les parents ont, par priorité, le droit de choisir le genre d'éducation à donner à leurs enfants* ». Cette première base ne définit en rien ce qu'est l'éducation ni comment elle doit s'articuler mais inclue deux choses qui me semblent essentielles et qui seront développées par la suite : les notions d'épanouissement, de liberté, de personnalité mais également le rôle fondamental des parents et du milieu familial dans son ensemble.

Pour tenter de clarifier la notion d'éducation, j'ai choisi de m'appuyer en préambule sur l'essai de Jean Piaget intitulé « *Où va l'éducation* »¹⁴. Il est tout d'abord essentiel de considérer le développement de l'être humain selon deux facteurs : héréditaire et biologique d'une part et ceux qui sont en lien avec la transmission et les interactions sociales d'autre part. Il y a donc bien deux éléments indispensables et indissociables l'un de l'autre, l'un naturel disons et le second intimement lié aux « *transmissions extérieures, de génération en génération, c'est à dire par l'éducation* ». Contrairement à ce que l'on pensait au XVIIIème siècle, « *l'Homme n'est pas préformé dans l'enfant* ». Autrement dit, éduquer n'est pas simplement instruire ou "*alimenter des facultés toute faites* ». Il ne suffit pas d'accumuler des connaissances en mémoire pour former la raison, la logique ou la morale. Ces valeurs ne sont pas innées et requiert une construction que l'éducation doit permettre.

Le droit à l'éducation va au-delà du droit à acquérir des connaissances ou à écouter religieusement celui qui les dispense. C'est « *une condition formatrice nécessaire du développement naturel lui-même* ». Contrairement à l'enseignement ou l'instruction qui consiste à « *apprendre à savoir, à savoir faire, à faire savoir* », l'éducation c'est « *apprendre à savoir être* ». Cette synthèse tirée de « *L'apprentissage de la sérénité* »¹⁵ de Louis Pauwels nous permet de bien différencier ces concepts afin de commencer à toucher du doigt ce dont il sera question dans l'éducation à la santé à proprement parler.

Mais avant de passer à l'éducation nationale, attardons-nous un instant sur cette éducation familiale. Il convient d'insister sur le fait que la responsabilité de l'éducation et de la santé de l'enfant est avant tout l'affaire des parents (ou des responsables légaux). La seule limite étant la loi. Un parent peut estimer que tel comportement est "bon" ou "mauvais" pour son enfant, l'école non. L'école ne peut se substituer aux parents. C'est là qu'intervient la notion de sphère publique et privée dont il était question dans les deux articles de Didier Jourdan évoqués plus tôt.

Tandis que l'école aborde des notions générales (le respect, la différence, l'estime de soi) et donne les outils pour aborder de manière responsable et éclairée plusieurs sujets, parfois sensibles ou sujet à débat (la sexualité, les différences, la vaccination...) les parents, eux, font des choix éducatifs possiblement en lien avec une culture, une religion ou des convictions qui lui sont propres. Ces choix doivent être respectés. Attribuer à l'école des missions qu'elle ne peut remplir est dangereux. Ce n'est qu'au travers d'une articulation et d'un dialogue entre ces deux sphères et l'apport d'un soutien à la parentalité (via les acteurs sociaux et professionnels de santé notamment), que l'éducation en milieu scolaire peut s'inscrire efficacement.

¹⁴ Piaget.J, « *Où va l'éducation ?* », 1971

¹⁵Pauwels.L, « *L'apprentissage de la sérénité* », 1978

Malgré tout, et sans prendre une place qui ne lui revient pas, l'école doit néanmoins être « *le milieu formateur que la famille tend à réaliser sans y parvenir toujours suffisamment* ». Le propos ici n'est pas de considérer que tout milieu familial est plus ou moins « défaillant » et ainsi attribuer à l'école et à ses acteurs un pouvoir aussi dangereux que délétère, mais reconnaître à l'institution « *une part non négligeable de responsabilité quant au succès final ou à l'échec de l'individu dans la réalisation de ses propres possibilités et dans son adaptation à la vie sociale* ». Sans doute bien plus que de permettre à l'individu de développer diverses compétences, c'est déjà « *ne rien détruire ni gâcher des possibilités qu'il recèle et dont la société est appelée à bénéficier* ».

On voit bien qu'une fois tous ces éléments clarifiés, il devient aisé de comprendre pourquoi l'éducation à la santé en milieu scolaire repose principalement sur le développement de compétences psychosociales¹⁶ et la prise en compte de l'élève dans toutes ses dimensions (physique, psychique, sociale, culturelle...). Des éléments qui ressortaient déjà dans la charte d'Ottawa (1986) et la charte de Bangkok (2005) mais qui ne font que rappeler que mener une éducation à la santé, c'est intégrer l'environnement, le ressenti, les connaissances, les croyances, les valeurs et les représentations des individus. Les parents, les amis, les enseignants, la télévision, internet sont autant de sources d'informations qui influencent l'idée que se fait l'élève d'un sujet et donc ses comportements présents ou futurs.

De ce fait, dès la circulaire du 24 novembre 1998¹⁷, l'éducation à la santé en milieu scolaire est définie de façon à s'adapter non seulement à l'institution où elle prend place mais aussi aux études et connaissances du moment. Malgré son ancienneté relative, la définition est, à mon sens, toujours d'actualité. En voici un extrait :

« *A l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à 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. 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.* »

¹⁶ Définition de l'OMS : « *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 adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.* »

¹⁷ N°98-237, "Orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège", BO de l'éducation nationale N°45 du 3 décembre 1998

Il peut être intéressant de faire un très bref retour en arrière pour constater que pour en arriver là, nous sommes passés par plusieurs grands courants. Je me suis pour cela inspiré de la lecture d'un article de Stéphane Tessier, médecin, intitulé « *Éducation pour la santé et prévention* »¹⁸.

La maladie - étymologiquement rattachée au mal, à la malédiction, au malin - a d'abord été traitée sous l'angle du péché, de la punition divine et des dogmes religieux pour plus tard se soustraire aux dogmes scientifiques fait de pureté et de lutte obsessionnelle contre le sale. Bien plus tard, en 1948, l'OMS définira cette fois la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Il faudra ensuite attendre 1986 et la charte d'Ottawa pour que les principes des interventions éducatives soient fixés.

Ainsi, puisque la santé est aujourd'hui appréhendée sous un angle global et non purement organique, toute action éducative menée auprès d'un individu - même centrée sur une thématique précise - devrait avoir, par définition, un effet sur la santé globale de ce dernier. D'autant plus qu'en s'appuyant sur les compétences psychosociales - c'est-à-dire le rapport au corps, la relation aux autres et surtout le développement de la confiance et l'estime de soi - l'impact éducatif n'en sera que plus grand. J'enfonce une porte déjà largement entrouverte mais « *quelqu'un qui s'aime bien se prend mieux en charge* ». Le but est bien que la personne ait une image positive d'elle-même et de sa santé. Car c'est bien cela la finalité : l'autonomie et la capacité de l'élève à faire des choix éclairés et responsables. La liberté ce n'est pas de faire n'importe quels choix mais de les faire en sachant pourquoi et ce qu'ils impliquent.

De ce fait, nous devons en tant que professionnel de santé, respecter tout comportement même s'il nous apparaît préjudiciable à la santé de l'individu. Notre formation nous place certes dans la position du « sachant » mais nous devons faire preuve de tolérance et de recul face à un choix qui apparaîtrait selon notre point de vue comme « déviant ». Tout comportement, aussi néfaste pour la santé soit-il, participe de l'équilibre (même précaire) de la personne. Il nous est malheureusement impossible de l'ôter comme on ôterait quelque chose « en plus » ou « en trop ». Il nous faut proposer une alternative adaptée et qui viendra le moment venu se substituer au comportement précédent. Tout cela en se gardant bien de stigmatiser, culpabiliser ou induire la peur chez notre interlocuteur.

Je fais le choix de ne pas creuser davantage pour l'instant les questions soulevées ici et de clôturer ce chapitre portant sur l'éducation par une ouverture rapide sur la notion de prévention.

¹⁸ Tessier.S. « *Éducation pour la santé et prévention. Grande Histoire et petite actualité scolaire* », Informations sociales, vol. 161, no. 5, 2010

Une notion plus en lien avec un modèle biomédical et qui est, selon moi, peu approprié au contexte scolaire. En effet, la prévention vise avant-tout à soustraire un groupe d'individus à un risque. Partant de ce postulat, il faudrait considérer que la population adolescente est « à risque » (il y a matière à débat) et avoir pour objectif de les prévenir. Ce qui sous-entend aborder la question de la santé via le prisme de la maladie, du danger et donc - on y revient - du risque.

Or, ce mode de fonctionnement a un effet insidieux qui pousse à n'aborder la santé que par un angle purement thématique (tabac, alcool, IST/MST, violence...) à la fois extrêmement réducteur et, on le sait aujourd'hui, perfectible. Je préfère considérer l'éducation à la santé comme intégrant intrinsèquement une dimension préventive et faisant partie d'une dynamique globale de promotion de la santé.

Je pourrais même m'attarder sur le terme « éducation à la santé » et lui préférer « éducation pour la santé » car les mots ont ici aussi un sens profond. Là où l'éducation à la santé place justement cette santé comme un *"dogme auquel il conviendrait de se soumettre"*, l'acception plus humaniste d'éducation pour la santé met, elle, en avant le processus éducatif menant à cet état de santé. Il semblerait parfois, en matière d'éducation à la santé, que les mots utilisés fassent toute la différence...

2.1.3. Éducation à la vie affective et sexuelle

Je tiens ici à décortiquer ce qui se cache derrière cette notion relativement récente de « vie affective et sexuelle » qui n'apparaît que sporadiquement dans les documents et discours officiels mais qui me semble être une variante intéressante et pertinente à la très rependue « éducation à la sexualité » voire à « l'éducation sexuelle » d'antan. J'aborderai également le concept de « santé sexuelle » défini par l'OMS puis largement repris dans les guides pédagogiques disponibles sur la plate-forme « Eduscol » de l'éducation nationale.

« La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuel, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. » Voilà comment l'OMS définit la sexualité. Vaste programme. Grâce à cette approche, on voit bien que la sexualité est un sujet à la fois vaste et aux multiples dimensions. Il y a la dimension biologique (l'anatomie, la reproduction), la dimension psychoaffective (identité, orientation, intimité,) et enfin – plus en filigrane - la dimension, sociale. En effet, à l'instar de nombre de domaines, la sexualité est soumise à l'influence de l'environnement social (rôles sexuels, stéréotypes), familial, amical mais aussi des lois et normes en vigueur dans la société. Une dimension qui rend d'ailleurs la perspective historique indispensable.

Thématiques en lien avec la sexualité		
Dimension biologique	Dimension psycho-affective	Dimension sociale
- Anatomie (altérité, différences, normes) - Génétique (sexe génétique) - Reproduction humaine, animale, asexuée. - Hormones (pulsions) - Puberté (physiologie) - Premier rapport (physiologie) - Contraception, cycle de la femme - Maladies et infections sexuellement transmissibles	- Relation à l'autre (amitié, amour) - Relation aux parents, à la famille - Image de soi et de l'autre - Peurs, appréhensions et angoisses - Le « normal » et « l'anormal » - Désir, pulsion, fantasme - Premier rapport (différence filles et garçons) - Identité sexuelle - Orientation sexuelle - Désir d'enfant, grossesse, parentalité	- Loi, interdits fondamentaux - Violences sexuelles - Coutumes, normes, valeurs - Famille - Puberté, enfance, adolescence - Le « normal », « l'anormal » - Premier rapport (rite, culture, symbolique) - L'altérité - Le genre - Les rôles sexuelles - Stéréotypes sexuels - Homosexualité, homophobie - Sexisme, égalité - Média, internet, publicité, pornographie - Hyper-sexualisation - Contraception, IVG - Maladies et infections sexuellement transmissibles

Tableau 2 : Tableau créé en me basant sur plusieurs sources (ouvrages, Eduscol), le tout dans le but de dresser un aperçu le plus exhaustif possible de ce que peut recouper la notion de sexualité à l'école via un découpage en « dimensions »

Mais alors que vient faire cette « vie affective » dans tout ça ? Aussi incongru que cela puisse paraître, on a choisi d'accoler à la sexualité la notion de sentiments, d'affect ou encore d'émotions. Comme le souligne Isabelle Lebas dans son article « *Éducation à la vie affective et sexuelle à l'école* ¹⁹ » paru dans la revue « Dialogue » : « *venons-nous dans les classes pour éduquer à la vie affective et sexuelle, les deux adjectifs reliés formant un tout, ou bien venons-nous éduquer à la vie affective d'une part et à la vie sexuelle de l'autre ?* » La réponse paraît évidente puisque c'est bien d'amour, d'amitié, de liens et de relations aux pairs dont il est d'abord question quand on parle de sexualité. Ces éléments sont en lien direct avec ces compétences psycho-sociales (CPS) qui sont au cœur de l'éducation à la santé en milieu scolaire. Au-delà des savoirs purement biologiques ou législatifs, ce sont bien les compétences sociales, personnelles et émotionnelles qui sont au cœur des enjeux et objectifs de l'école.

¹⁹ Lebas.I, « *Éducation à la vie affective et sexuelle à l'école* », Dialogue, Recherches sur le couple et la famille, 2011

D'ailleurs, c'est bien parce que la sexualité est clairement intégrée au concept de santé qu'elle occupe une place aussi légitime à l'école. Selon l'OMS, la santé sexuelle est « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. (...) La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence.* » Les nombreuses dimensions apparaissent bien et plusieurs mots méritent qu'on les relève. On y parle de plaisir, de respect, de contraintes et d'approche positive. Les schémas anatomiques et les IST/MST sont déjà bien loin.

2.1.4. Une courte histoire de l'éducation à la sexualité

Avant de parler du système éducatif actuel et de la façon dont s'organise l'éducation à la sexualité au sein de celui-ci, je tiens à débiter par une rétrospective qui me semble nécessaire. Regardons donc un instant dans le rétroviseur avant d'embrayer sur ce qui nous intéressera par la suite : l'école comme lieu d'exercice.

En matière de sexualité, l'église, l'état et les médecins ont jusqu'au XIX^{ème} siècle exercés une forte pression sur la manière dont les couples et les individus vivaient leur sexualité. Non pas qu'aujourd'hui ces trois entités n'aient plus d'influence mais nous allons voir que ce comportement humain, relevant plus qu'aucun autre de l'intime, a depuis des siècles, été le théâtre de bien des batailles visant à le contrôler et le faire rentrer dans une norme. Pour cela, je me suis appuyé sur l'ouvrage « *Les politiques de l'éducation à la sexualité en France* »²⁰.

Notre voyage débute au XVI^{ème} siècle. L'église – au travers des réformes catholiques et protestantes - met alors un point d'honneur à moraliser la vie sexuelle. Avoir des relations sexuelles hors mariage ou tenter de limiter l'arrivée d'un enfant par n'importe quel procédé contraceptif est considéré comme « contre nature ». A cette époque « *la seule fin de la sexualité est la procréation et il convient de maîtriser ses pulsions et de rester maître de sa sensualité* ». La contraception est alors qualifiée de criminelle par Bossuet. Ce discours perdurera jusqu'à la fin du XVIII^{ème} siècle et sera majoritairement suivi par les français et françaises d'alors. D'ailleurs, l'état, pour des raisons morales mais aussi pour pallier une hypothétique dépopulation se range du côté de l'église. De la même manière, les médecins se réfèrent aux doctrines de l'Église et « *établissent un lien indissociable entre la sexualité et la reproduction* ». Ils préconisent un « *usage modéré de la sexualité* » et, à la fin du XVIII^{ème} siècle, feront de la lutte contre la masturbation leur nouveau cheval de bataille.

²⁰ V.De Luca Barusse et M. Le Den, 2016, « *Les politiques de l'éducation à la sexualité en France* », L'Harmattan, Logiques sociales

Il peut être aisé de considérer les mœurs de cette époque comme éminemment moyenâgeuses et datées mais il suffit de remonter d'un tout petit siècle pour retrouver des écrits qui auraient pu avoir cours il n'y a pas si longtemps. En effet, le XIXème siècle est marqué par l'arrivée sur le devant de la scène des médecins et l'importance accordée à la lutte contre les maladies vénériennes. Ces affections ne menacent « *pas seulement l'individu mais la famille, l'enfant, l'espèce, la nation* ²¹ ». A ce moment, l'éducation sexuelle commence à s'adresser aux adolescents et au garçon dans un premier temps. En effet, si auparavant la sexualité ne concernait – par définition et en principe – que les couples mariés, le péril vénérien touchant les jeunes, il convient alors de s'adresser aux collégiens (16 à 18 ans à ce moment). Malheureusement, dès 1929, cette nouvelle éducation sexuelle sera grandement affaiblie par l'hostilité de militants catholiques, natalistes et familialistes, rassemblés au sein de l'association « L'école des parents » et voyant d'un mauvais œil tous ces propos concernant les risques liés à la sexualité.



Figure 3 : Commission Générale de Propagande de l'Office National d'Hygiène Sociale, 1925. Un bel exemple des campagnes de préventions du siècle dernier qui, par l'opposition bien/mal, la peur et un fort impact visuel mettaient en garde les français de l'époque. Le but est de marquer les esprits et de rendre le message clair et impactant. Une méthode pas si obsolète quand on voit certaines campagnes contemporaines (sécurité routière, tabac...).

²¹ « Buts de la société », Bulletin de la SPSM, mai 1901

Au début du XIXème siècle, les propos tenus aux filles tournent surtout autour de la maternité, tandis que les jeunes hommes sont perçus comme des êtres curieux, insatiables et qui « *finiront par trouver ce qu'ils brûlent de savoir mais pas toujours par les voies les meilleures*²² ». Dès lors, on constate que la différence de discours concernant l'éducation sexuelle est vecteur de stéréotypes et de représentations quant à l'image de l'homme et de la femme. La sexualité est alors indissociable de la maternité et de la paternité. De la même manière, la sexualité est abordée en premier lieu par le prisme des maladies et des risques. L'avant-propos de « La vie sexuelle...²³ » datant de 1935 est clair : « *Il n'est pas question de donner des leçons d'amour pratique mais de prémunir les jeunes contre les dangers d'une vie sexuelle déréglée* ». Dans « Principes d'hygiène sociale, cours libre professé à Sorbonne » en 1927, il est dit que le but de l'éducation sexuelle est de « *faire comprendre l'importance de la fonction sexuelle, de les avertir de tous les périls de la vie sexuelle, des graves conséquences physiques, morales et sociales qui peuvent résulter des relations intersexuelles de leurs responsabilité et de leurs devoirs*²⁴ ». Je passe sur les descriptions de la syphilis et de la blennorragie qui ne font que confirmer que c'est bien sur la peur que repose la pédagogie de l'époque.

Une stratégie qui permet de présenter l'onanisme comme une perversion ou au moins une pratique dangereuse pouvant mener à l'idiotisme ou encore à l'homosexualité. Une diabolisation qui gardera bonne presse jusqu'au années 50. De fait, « *l'éducation sexuelle disqualifie d'emblée certaines pratiques*²⁵ », impose des normes de virilité (l'impuissance relève de l'homosexualité latente), apprend aux adolescents à se méfier des femmes (« *les prémisses amoureux deviennent un temps d'auscultation* »), décrit toujours l'acte sexuel comme hétérosexuel et complet (avec pénétration donc) et enfin, sans surprise, privilégie l'abstinence au préservatif. Ce dernier ne devant pas être loué plus que de raison « *pour ne pas pousser les jeunes gens au dévergondage et à la contagion en leur donnant l'idée d'une sécurité qui n'est que relative*²⁶ ».

On voit bien que dans un passé pas si lointain l'éducation à la sexualité place l'adolescent (masculin en priorité) dans une injonction de maîtrise de soi, de méfiance vis à vis du sexe opposé et de conformité vis à vis des normes imposées par le corps médical, l'état et la religion. La sexualité récréative est tolérée mais la crainte de la maladie est dans tous les

²²Giulio O., 1902, *Les erreurs de l'éducation sexuelle*, Paris, Aux bureaux de la « Revue »

²³Bassac P., 1935, *La vie sexuelle...*

²⁴Dr. Sicard de Plauzoles, 1927, *Principes d'hygiène sociale, cours libre professé à la Sorbonne, 1922-1927*, Paris : Edition médicales

²⁵V. De Luca Barusse et M. Le Den, 2016, *Les politiques de l'éducation à la sexualité en France*, L'Harmattan, Logiques sociales

²⁶Cité par Viborel L. 1928, *L'éducation publique contre la syphilis, De l'importance de l'éducation morale*, Paris, berger Levrault

esprits. L'hygiène corporelle revêt une importance capitale toujours dans l'optique de limiter les risques de contamination. Sans verser dans la caricature, j'ai pu remarquer, à travers mes lectures et mes expériences, que la sexualité est encore aujourd'hui, souvent abordée au travers des infections, des risques, de l'interdit, de la douleur, du tabou, parfois sans doute de manière inconsciente et forcément influencée par nos préoccupations d'adultes et/ou de soignants.

Les siècles ont passé mais notre façon de mener une éducation à la sexualité doit continuer de nous interroger, que ce soit sur les normes que nous continuons de véhiculer, nos propres représentations et la place qu'occupe aujourd'hui les institutions. Voyons-nous toujours l'adolescent comme un être à protéger du danger ? L'adolescent de 1930 est-il le même que celui de 2019 ? Y'a t-il encore des normes en vigueur concernant la sexualité ? Sommes-nous là pour les guider, les informer, les former, les protéger ? Tantôt rhétoriques, tantôt naïves et tantôt primordiales, ces questions ont pour certaines déjà été abordées et d'autres le seront par la suite. Mais achevons notre voyage à travers les époques et arrêtons-nous sur la période allant de l'après-guerre à nos jours.

Nous avons pu observer que l'éducation à la sexualité est intimement liée à la prévention et donc à l'identification de risques menant à des actions et des discours. Au cours des années 50 et 60, la natalité augmente. Le *baby boom* a fait son effet tout comme l'arrivée des antibiotiques. De fait le nombre de naissances augmente mais les avortements clandestins ont toujours cours. C'est dans ce contexte où les interdits d'un autre âge côtoient une nouvelle configuration sociale reposant sur une famille de deux ou trois enfants que naît l'association « Maternité Heureuse » qui deviendra en 1960 « Le mouvement français pour le planning familial ». Le but est d'offrir aux jeunes couples – et surtout aux jeunes femmes d'ailleurs - une éducation sexuelle (anatomie, contraception, grossesse, accouchement, menstruations...) et de – comme son nom l'indique – planifier les naissances à venir au sein de la famille. L'objectif affiché est de « *promouvoir la maternité choisie et heureuse chez les femmes* ». La pilule (1967) devient donc à la fois le moyen de planifier, contrôler mais aussi limiter les avortements clandestins. Pour rappel, la légalisation de l'avortement a lieu en 1976.

Les années 70 sont synonymes de « libération sexuelle » et – c'est important de le signaler – de la disparition des planches anatomiques sans sexes des manuels scolaires. La jeunesse marque la rupture avec la génération précédente et prône une sexualité féminine détachée de la seule fonction reproductive ainsi qu'un droit à accéder à la contraception et à l'avortement. C'est le temps de la sexualité « récréative » où les notions de désir et de plaisir trouvent leur place. Face à ce changement de paradigme, les politiques réagissent. En effet, cette jeunesse est plus que jamais vue comme une population où « *le risque prédomine* » et

les craintes ou représentations quant à leurs pratiques sexuelles nécessitent alors l'intervention de l'état sur cette question. C'est dans ce contexte que la circulaire Fontanet du 23 juillet 1973 paraît. C'est désormais officiel : « *l'information sexuelle* » sera transmise dans toutes les écoles de France. Une dénomination qui a son importance puisqu'elle est à différencier de « l'éducation sexuelle » qui concerne ce qui peut être dit au sein de la cellule familiale. Déjà à l'époque, les parents tiennent à avoir un œil sur ce que l'école dit et le contenu se veut donc purement informatif. Ce qui touche au biologique relève alors des cours de science naturelles et le reste, intitulé « éducation à la responsabilité sexuelle », se présente sous forme de séances facultatives, sous autorisation parentale pour les plus jeunes. Ces temps sont donc à la libre initiative des établissements et ont seulement pour objectif d'aider les parents. L'heure n'est apparemment pas encore au développement psycho-social ni aux notions de valeurs, de normes ou de mœurs.

Ces interventions en milieu scolaire sont surtout « *une éducation à la responsabilité sociale et au contrôle de soi* ». Puisque vu au travers du prisme des risques présumés et socialement admis, il demeure primordial de contrôler tout débordement qui pourrait nuire aux autres et à soi-même. En découle une prédominance de « *représentations négatives ou réprimée de la sexualité* » qui peut se caractériser par « *le silence, les interdits et une réticence voire une animosité envers la sexualité adolescente* ». Les tabous sont encore nombreux et la sexualité est encore fortement rattachée à la notion de maîtrise. On ne parle donc pas de désir, de plaisir, d'homosexualité ou de pratiques qui sortent des sentiers battus disons. La pilule et l'IVG sont en revanche des méthodes acceptées et même prônées et permettent de prévenir les grossesses précoces et non prévues.

Les années 80 et 90 sonnent comme un écho à la bataille menée contre les maladies vénériennes au début du siècle. L'épidémie du SIDA remet la maladie au centre du discours préventif et avec elle l'approche bio-médicale de la sexualité. Les pouvoirs publics, impuissants alors du point de vue thérapeutique, se servent entre autre de l'école pour sensibiliser, informer et éduquer autour des moyens de transmissions, des symptômes et des possibles traitements. Le préservatif devient « le » moyen de se protéger et de protéger l'autre. La sexualité adolescente est, une fois encore, vue comme une période d'expérimentation et donc de pratiques potentiellement dangereuses. Il n'est plus seulement question d'une sexualité morale et responsable mais permettant de protéger sa santé, son corps et, encore plus pragmatiquement, sa vie. Les années ayant passées et l'urgence se faisant moindre, le SIDA est aujourd'hui intégré aux autres risques liés à la sexualité (IST, grossesses non-prévues) même si les textes actuels séparent nettement – et à raison d'ailleurs – contraception et maladies/infections.



Figure 4 : Campagne de 1987 et son slogan efficace mais où étrangement il n'y a pas l'ombre d'un préservatif. Malheureusement, les mots ne sont pas magiques et dire ne suffit pas. En éducation à la santé c'est pareil. On ne pas juste dire qu'il faut mettre un préservatif sans aborder les aspects pratiques (lieux où en trouver, utilisation, idées reçues, prix, gêne...)

Par la suite, les circulaires se succéderont (1989, 1996, 1998, 2001) et nous mèneront doucement à la vision holistique et biopsychosocial qui, sur le papier, devrait avoir cours aujourd'hui. L'éducation sexuelle sera d'abord rendue obligatoire deux heures par an et concernera en priorité les classes de quatrième et de troisièmes. La valeur première de la famille dans le domaine de la sexualité est réaffirmée et l'accent est mis sur une problématique présente depuis la circulaire Fontanet : la formation des enseignants et des personnels participants à cette éducation.

Cette rétrospective pourrait de prime abord paraître superflue mais permet en réalité de constater que la situation actuelle est le résultat d'une successions d'événements, de décisions politiques et de constructions sociales. Intrinsèquement liée à la société et à l'histoire de l'Homme, la sexualité ne peut être appréhendée uniquement sous un angle purement contemporain. Bien plus que des pratiques ou discours surannés anachroniques et peut-être rassurants, ces faits font au contraire la lumière sur nos représentations et agissent comme un miroir déformant. Si l'histoire est bien un éternel recommencement comme l'affirmait Thucydide, il y a fort à parier que certains éléments *a priori* révolus soient encore présents sous une forme ou une autre. Je ne pense pas trop me tromper en affirmant que nombre de phrases ci-dessus pourraient encore trouver leur place dans certains esprits, certaines écoles et, pourquoi pas même, dans certains TFE écrits en 2019...

2.1.5. L'école

L'école est autant un lieu de vie que d'apprentissages. C'est à la fois l'endroit où les adultes nous transmettent des savoirs « *qui ne serviront à rien dans la vraie vie* » et l'endroit où l'on retrouve ses copains/copines, où l'on joue, se bagarre, s'ennuie, mangeons et faisons tout un tas d'expériences nouvelles. L'école n'est pas un endroit sous cloche, à l'écart du reste. Elle communique avec l'extérieur. L'école s'invite à la maison via les notes, les « embrouilles », les devoirs, les copains et inversement. Les parents s'invitent aux réunions parents-professeurs et les problèmes de la maison s'invitent également à l'école. D'ailleurs, les établissements ont de plus en plus fait rentrer la vie extra-scolaire de l'élève à l'intérieur de ses murs. Bien plus que le lieu où l'on accumule des connaissances, l'école est devenu un lieu de vie à part entière. De ce fait, elle ressemble parfois à la société qui l'abrite avec ce qu'elle comporte d'excès, de conflits, d'injonctions, de limites, d'injustices et d'insécurité. Lieu d'épanouissement pour certain (rencontre, amitié, amour, liberté...) et de souffrance pour d'autres (solitude, échec scolaire, harcèlement, mal-être...), l'école est un espace complexe et il serait bien naïf de l'appréhender de manière binaire et donc réductrice.

La vie à l'école ce n'est pas l'école de la vie. On n'apprend pas à bien vivre ou vivre tout court. Cela voudrait dire qu'il y a de bonnes façons de vivre et surtout qu'un élève malheureux à l'école le sera dans sa vie future. En revanche, voir l'école comme un lieu de contraintes et de normes pouvant générer de la souffrance me paraît réaliste. C'est un mal nécessaire, pourrait-on dire, puisque l'enfant et l'adolescent doit se confronter et échanger avec l'autre pour grandir mais l'école ne fait pas que construire, elle peut casser. Une fois que l'on a pris conscience que l'école pouvait être le lieu d'expression privilégié voire unique de certains troubles ou difficultés (santé, apprentissage, sociaux, familiaux), c'est tout logiquement que l'on a invité médecins, infirmières, assistantes sociale et psychologues à rejoindre les rangs de l'éducation nationale. Les enseignants sont encore les grands patrons à bord du navire et font leur possible pour ramer dans le même sens que ces autres professionnels. Ils essayent d'éviter la houle, les vagues souvent, les tempêtes parfois, avec pour seul objectif d'emmener les élèves à bon port.

A présent, je vais m'attarder plus longuement sur le collège et ses particularités. Ces dernières sont, sans grande surprises, intimement liées à l'âge des élèves qui peuplent ces établissements du secondaire. Les années collèges correspondent aux premières années de l'adolescence et il est impossible de parler de ce lieu sans revenir sur ce qu'est l'adolescence et même à quoi correspond cette période précise de l'adolescence. C'est ce que je ferai dans le chapitre qui suit. Pour l'instant revenons sur l'institution en elle-même.

Le collège dure quatre années et les élèves qui y étudient ont donc entre onze et quinze ans en général. Au terme de ces années, ces derniers sont normalement sanctionnés d'un diplôme : le brevet des collèges. Voilà pour les informations factuelles. Le collège a de particulier qu'il marque une rupture avec la période de l'enfance. L'enseignant n'est plus unique, tel une figure parentale de substitution rassurante, mais s'occupe uniquement de sa discipline. L'élève doit changer de salle, assimiler un emploi du temps, évoluer dans un établissement plus grand généralement et où les codes ne sont plus les mêmes. Plusieurs nouveaux adultes font également leur apparition comme le conseiller principal d'éducation (CPE), l'assistant d'éducation, le conseiller d'orientation psychologue, l'assistante sociale et bien entendu l'infirmière scolaire. Les changements sont nombreux, l'élève gagne en autonomie, en liberté mais les parents sont toujours extrêmement présents. Le sixième fraîchement arrivé n'est encore qu'un petit mais n'aspire qu'à devenir grand, comme ces troisièmes qui représentent un idéal encore bien lointain.

Le collège est aussi un endroit singulier car le décalage entre adultes et enfants est à son maximum. Car tandis que les adultes (parents, enseignants) pensent aux apprentissages et au brevet, les élèves, eux, ont d'autres idées en tête. Par définition, ils expriment - et parfois même bruyamment - leur opposition face aux adultes et ce qu'ils représentent (règles, autorité, idées). Mais en plus, tout semble réuni pour qu'ils se détournent de la raison première pour laquelle ils sont là : étudier. Or leurs préoccupations sont souvent tout autre : avoir des amis, savoir s'il peuvent plaire, être aimé, être populaire, faire de nouvelles expériences, trouver son style... Tout cela occupe une place incroyable et vient se rajouter au principe de réalité : satisfaire ses parents, avoir de bonnes notes et parfois devoir composer avec d'autres paramètres (divorce, conflits, troubles, décès, violence...). Dans ces conditions on perçoit bien que le collège est le lieu où la vie de l'élève peut prendre une place parfois encombrante jusqu'à occulter le reste. Du mal-être au décrochage scolaire ou aux troubles du comportements, il n'y a parfois qu'un pas. Toute la difficulté réside dans l'équilibre entre la gestion des particularités d'un élève et les impératifs de son environnement.

L'école ne peut pas être le théâtre de l'expression des maux de chaque individu et doit avant-tout remplir les missions qui sont les siennes. Pour cela, nous nous devons d'agir pour le bien de la communauté scolaire dans son ensemble et ne pas perdre de vue que l'école n'est pas une « maison bis » ou un simple lieu de passage. En somme, ce n'est pas à l'école de plier sous le poids de chaque élève mais à nous de les délester assez pour qu'ils parviennent à trouver leur place.

En pratique, cela signifie que notre position doit être sans équivoque : ce n'est pas l'élève qui est au centre de notre réflexion mais sa place au sein de l'école. Exemple : ça se passe mal avec un professeur. Réponse possible: comment pourrais-tu t'adapter ? Tu ne te sens pas

bien. Es-tu capable de suivre le cours ? Tu tapes sur les autres à cause de ce qui se passe à la maison. Qu'est ce qui, à l'école, fait que tu en viens à taper ? Ce n'est pas occulter le dehors, c'est parler du dedans d'abord. Tout cela me fait penser à une situation vécue.

C'est à propos d'un élève de cinquième autiste asperger. Lors d'une sortie, une poignée d'élèves s'est offert un café via un distributeur. Cet élève a voulu faire de même mais n'avait pas d'argent sur lui. Contrarié, il a alors décidé de se mettre dans un coin et de ne pas assister à l'intervention prévue, sachant qu'il avait déjà eu un accès de colère peu de temps avant. L'infirmière a alors préféré lui payer un café pour « *apaiser les choses* ». En achetant la solution du problème, elle a envoyé comme message que l'école est un endroit « mou », déformable face aux contraintes exercées par un individu. Pour ma part, je lui aurais dit : « tu es capable d'être à l'école, tu es pour moi un élève comme un autre. Je ne paye pas de café aux élèves dans la même situation que toi donc tu feras sans. » Ne pas plier a ici valeur de symbole mais illustre bien mon propos. Refuser et expliquer c'est aussi éduquer.

En parlant d'éducation, (re)parlons un peu d'éducation à la santé et plus spécifiquement de sa place au sein de l'école. Car santé et éducation sont en fait étroitement liés. L'éducation participe au maintien de la santé et la santé fait partie des conditions nécessaires aux apprentissages. Et puisque l'école est un espace de socialisation et de pratique de la citoyenneté, il semble de bon aloi d'accorder à la santé une place de choix. De nombreux textes régissent le domaine, toutefois, il est bon de rappeler quelques grands principes. Tout d'abord, « *l'éducation à la santé concerne l'ensemble de la communauté éducative, appuyée par les compétences spécifiques des personnels de santé et de service social* »²⁷. Celle-ci s'intègre dans un champs global et doit s'intégrer notamment aux enseignements des diverses disciplines, à la vie scolaire et doit être décidé dans le cadre du « Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté »²⁸ (CESC). En d'autre terme, elle n'est pas l'apanage de l'infirmier ou de l'assistante sociale, ne se limite pas à des interventions ponctuelles et doit être organisée en équipe. En réalité, l'éducation à la santé, c'est souvent l'exacte opposé de tout cela. Il semblerait que le pouvoir de la loi ait ses limites en ce qui concerne le sujet puisque l'éducation nationale peine, depuis maintenant un bon nombre d'années, à appliquer une part importante des recommandations concernant l'éducation à la santé.

Prenons par exemple le CESC. Je rappelle qu'il s'agit « *d'une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au*

²⁷ Broussouloux.S et Houzelle-Marchal.N, « *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet* », Dossier Varla, Édition INPES, 2006

²⁸ Circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016 concernant les « *Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté* ».

*projet d'établissement*²⁹». Ce CESC doit rassembler chef d'établissement, parents, enseignants, personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement et partenaires institutionnels autour d'une approche holistique, et par conséquent pluri et transdisciplinaire de l'éducation à la santé mais, en pratique, j'ai pu constater que la réalité est bien différente (absence de réunion, infirmier non conviée, dépendant de l'investissement d'une poignée de personnes). En premier lieu car l'école fonctionne depuis toujours par disciplines et ensuite car cette concertation demande du temps et de l'investissement de la part d'un grand nombre de personnes. De ce fait, ces questions sont souvent laissées à l'infirmière (« spécialiste de la santé ») qui s'organise alors en séances et en thèmes à la manière des autres enseignements. Ce cloisonnement est en partie imputable à une organisation institutionnelle difficile à faire bouger et ce malgré la présence de formations en éducation à la santé dans les ESPE (écoles supérieures du professorat et de l'éducation). Malgré tout, cette mise à la marge des questions de santé contraint l'IDE à adopter une posture presque militante et donc potentiellement décourageante sur le long terme.

Enfin, je souhaiterais terminer en parlant de l'éducation à la sexualité puisque c'est quand même ce qui nous intéresse ici. En passant de l'éducation sexuelle, et donc de l'approche purement biologique et scientifique, à l'inclusion du mot « sexualité », on pourrait se demander si l'école n'est pas venue empiéter sur le terrain des parents ? Car même si Marcel Rufo affirme que ceux-ci n'ont rien à savoir sur la sexualité de leurs enfants³⁰, l'école affirme en 2003 qu'elle a bien « *une part de responsabilité* » sur cette question³¹. Dès lors, le législateur part du principe que la prise de risque des jeunes vient d'un manque de réflexion sur le sujet et non d'un manque d'information. L'école s'engage donc sur le terrain social, culturel, éthique et psychologique de la sexualité. Autrement dit elle fait entrer un peu plus ce qui relève de l'intime dans le domaine public. C'est aussi à ce moment qu'apparaît les fameuses « *trois séances annuelles* » pour tous les niveaux. Une obligation floue (quid du nombre d'heures?) que l'on retrouve dans la nouvelle circulaire de 2018 qui annule et remplace celle de 2003. Mais que retrouve t-on de nouveau dans cette nouvelle itération ?

Globalement, la circulaire reprend ce qui avait été mis en place et réaffirme les missions de l'école en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle. Cette dernière se trouve toujours à l'intersection de plusieurs champs : biologique, psycho-émotionnel, juridique et social. Elle « *vise à favoriser l'estime de soi, le respect de soi et d'autrui, l'acceptation des différences, la compréhension et le respect de la loi et des droits humains, la responsabilité individuelle et*

²⁹ Eduscol : <http://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-composition-ses-missions.html>

³⁰ Rufo.M, « *Tout ce que vous ne devriez jamais savoir sur la sexualité de vos enfants* », Anne Carrière, 2003

³¹ Circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.

*collective, la construction de la personne et l'éducation du citoyen.*³²» Le texte met également l'accent sur « *la sensibilisation des personnels enseignants aux violences sexistes et sexuelles et à une formation des élèves au respect du non-consentement.* » Mais ce qui est certainement le plus notable concerne les précautions prise par le gouvernement en réponse, probablement aux nombreuses polémiques concernant le sujet. La circulaire insiste sur la « *grande vigilance pour que les enseignements soient pleinement adaptés à l'âge des enfants* ». Il y est également précisé que cette éducation doit être « *sans dimension sexuelle stricto sensu à l'école élémentaire* », que « *l'enfance et l'intimité sont pleinement respectées* » ou encore qu'en primaire « *il ne s'agit pas d'une éducation explicite à la sexualité* ».

Pour rappel, un certain nombre d'individus avaient propagé l'idée que « *nos enfants allaient apprendre la masturbation en primaire* », que « *le sexe allait être institutionnalisé* », qu'en parlant d'homosexualité l'école allait « *donner des idées* » et insinuer le fait que « *l'on peut choisir* ». En résulterait une « *abolition des normes* » et « *une sexualisation des enfants* ». Toutes ces citations sont extraites de plusieurs vidéos assez populaires sur YouTube. Une vidéaste, dans l'une de ses vidéos intitulée « *éducation sexuelle dans les écoles : vers une légalisation de la pédophilie* » a même tenté de démontrer que l'école « *apprenait à pratiquer l'acte sexuel* » puisqu'il s'agit de « *cours* ». Elle part alors du principe que puisque lors des cours de musiques, l'objectif est que les enfants aiment la musique et pratique un instrument, ces « *cours de sexualité* » avaient donc pour vocation de faire aimer le sexe et le pratiquer. On comprend mieux pourquoi une clarification s'imposait.

Cet échantillon de propos emplis de défiance prouve bien que l'institution peut aujourd'hui être source de craintes et de peurs, pour la plupart infondées je pense, mais qui doivent nous rappeler que les parents doivent à tout prix être intégrés. Non pas seulement pour rencontrer les enseignants, assister aux conseils de classe ou venir chercher leurs enfants souffrants mais aussi en ce qui concerne ces questions de santé et de citoyenneté. Qu'ils assistent à ces temps de prévention et d'éducation, comme le propose certains « *méfiant* », me semble une aberration mais nous avons tout à gagner à miser sur la transparence, surtout sur cette thématique vraisemblablement sensible. De la même manière, il apparaît clair que cette thématique tentaculaire ne peut être laissée à la seule infirmière et doit être l'affaire de tous, sous différentes formes, à différents temps et dans différents espaces. Car si à l'école on n'a pas de temps, je suis sûr qu'on a des idées.

³² Circulaire n° 2018-111 du 12-9-2018 relative à l'éducation à la sexualité

2.1.6. Adolescence

Pour cet ultime concept, je me suis principalement appuyé sur deux ouvrages : « *La cause des adolescents* » de Françoise Dolto, car je pouvais difficilement faire l'impasse dessus, et « *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité* » qui est une discussion bien plus contemporaine entre le professeur M.Rufo et l'épidémiologiste M.Choquet. J'essaie également de confronter la théorie avec ma modeste expérience (deux années) en tant qu'animateur puis assistant pédagogique dans deux collèges.

Je tiens déjà à dire une première chose : impossible d'aborder l'éducation, la prévention, la santé ou même simplement une relation d'aide sans une connaissance théorique - ou bien empirique à défaut de mieux - sur ce qu'est un adolescent. Ce n'est pas un petit adulte ni vraiment un grand enfant. De la même manière, avoir été adolescent ne nous permet pas forcément de comprendre cette période de transformations, de ruptures mais également d'apprentissages, au sens large du terme, pas uniquement scolaires. Voir et appréhender un adolescent au travers de notre seul regard d'adulte, c'est l'assurance de se tromper, de rater des choses voire d'aller au devant de conflits pourtant (parfois) évitables. De ce point de vue, l'expérience peut être formatrice. On peut bien entendu apprendre par l'erreur. L'erreur est certes humaine mais ses effets le sont également. Se contenter d'être un professionnel de (la) santé pour travailler en milieu scolaire, c'est, à mon sens, faire ce travail à moitié. On pourrait alors déjà se demander si tous les adultes travaillant au contact de ces adolescents ne devraient pas être avant tout formés à le faire. Vraiment.

Je ne pense pas que quelques jours de formation et une bonne dose de bienveillance suffisent à s'occuper de la santé et la scolarité de centaines d'adolescents. Si je me permets de dire cela, c'est que j'ai pu constater l'étendu des erreurs que j'ai pu commettre par le passé et toutes les choses que j'ai pu faire ou dire que je regrette aujourd'hui ; par manque d'expérience certainement mais surtout de connaissances. Un collégien c'est bien plus qu'un être « qui se cherche », un peu rebelle et que les adultes doivent remettre ou maintenir sur « le bon chemin ». C'est ce que nous allons voir.

Tout d'abord, et même si je m'appuie en partie sur le travail d'une épidémiologiste, l'adolescence n'est pas une pathologie et les signes qui peuvent caractériser cette période ne sont pas des symptômes. C'est moins trivial que ça en a l'air. L'adolescence ce n'est pas que des chiffres que l'on retrouve partout sur les addictions, l'alimentation, la violence, le suicide ou la sexualité. Ce sont aussi des choses moins objectivables mais pourtant bien présentes : le malaise, les troubles diffus, les sentiments, le décalage ou encore les paradoxes. Une fois que l'on a dit ça, essayons ensuite de délimiter l'adolescence. Y a-t-il un début et une fin ? Le moins que l'on puisse dire c'est que c'est beaucoup moins simple que

ça en à l'air. En effet, que l'on soit sociologue, endocrinologue, juriste ou psychologue, la réponse est souvent bien différente.

Débutons par le début si je puis dire. S'il fallait situer l'entrée dans l'adolescence, il serait logique de d'abord parler de puberté. Dans certains ouvrages, le terme vient parfois même remplacer ou précéder l'adolescence, de sorte qu'on a vu apparaître le concept de pré-adolescence qui débute à l'apparition de la puberté et se prolonge jusqu'au alentour de 13 ans. Nous voilà déjà perdu. Disons que d'un point de vue physiologique, l'adolescence commencerait aux alentours de 10 ans pour les filles (développement mammaire) et un peu plus tard pour les garçons (développement des testicules)³³. C'est un bon début. Sauf que M. Rufo fait, lui, le choix d'aller voir du côté des comportements, « *lorsque un enfant commence par exemple à hausser les épaules, à insulter* ». Il distingue alors deux signes annonciateurs en quelque sorte : « *la rupture, les troubles d'opposition et les effets d'images (comment je m'habille, comment je me coiffe, maintenant tu ne t'occupes plus de moi!)* ». Il remarque d'ailleurs que « *tous les signes (comportementaux) de l'adolescence se présentent plus tôt (qu'auparavant)* », parfois même « *dès l'âge 6-7 ans* ». On perçoit bien que notre désir « d'enfermer » cette population dans une tranche d'âge relève déjà de la gageure. Mais poursuivons.

En ce qui concerne la fin, la problématique reste la même : tout dépend des sources, des époques et des approches. Si on considère que l'adolescence représente l'entrée dans un monde adulte fait de responsabilités, la majorité peut être une limite pertinente même si seulement la moitié des jeunes de 18 ans se considèrent comme adulte³⁴. Or, on pourrait tout aussi bien considérer que c'est lorsqu'on arrête de grandir que prend fin l'adolescence, comme le suggère l'étymologie : *adolescens*, en latin, est le participe présent du verbe *adolescere*, « croître, grandir ». En partant de là, l'adolescence peut perdurer jusqu'à l'âge de 20 ans voire même 25 ans selon de récentes études portant sur le développement du cerveau³⁵.

Mais même sans aller voir du côté des neurosciences, il suffit de s'intéresser aux chiffres pour voir apparaître le concept de post-adolescence. En effet, penser la fin de l'adolescence en terme d'indépendance matérielle est intéressant. Entre 1975 et 1997, le nombre de 20-24 ans encore en formation est passé de 15 à près de 50%. Si bien qu'en 2013, près d'un jeune adulte de 18 à 29 ans sur deux (46 %) habite chez ses parents tout ou partie de l'année.³⁶

³³ Audrey Cartault, « *Puberté normale* », La Revue du Praticien, vol. 58, no 12, 30 juin 2008

³⁴ Joussetme.C, Cosquer.M, Hassler.C, « *Portraits d'adolescents* », enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire, INSERM, 2013

³⁵ Emmanuelli, Michèle. « Introduction », Michèle Emmanuelli éd., « *L'adolescence* ». Presses Universitaires de France, 2016

³⁶ Chiffres INSEE (2013)

Les chiffres ne sont tout récents mais le constat est là : on devient autonome plus tardivement que nos parents. La formation dure plus longtemps, l'accès à l'emploi est plus complexe mais c'est aussi car « *les familles ont tellement fait de progrès que les jeunes ne les quittent plus* »³⁷.

Pour résumer : on sait à peu près quand commence l'adolescence mais en ce qui concerne sa fin, c'est tout de suite plus compliqué. Mais est-ce vraiment utile et pertinent de vouloir à tout prix vouloir isoler – même symboliquement – cette période au travers d'une tranche d'âge ? Françoise Dolto pense que non³⁸. Plus qu'à délimiter cette période de notre vie, elle la considère comme « *une phase de mutation* », mouvante qui plus est. Plus qu'un passage, une transition, c'est « *une mue* », comme peut l'être la naissance et le passage du fœtus au nourrisson. On retrouve ici l'analogie devenue très populaire du « *homard et des langoustes qui perdent leur coquilles*. ». A ce moment, ils se cachent dans les rochers, le temps de se forger leur nouvelle carapace. C'est donc un temps d'extrême vulnérabilité et s'ils se trouvent blessés, ce sera pour toujours. Les cicatrices seront recouvertes à terme mais ne seront jamais effacées.

On comprend mieux le rôle que peuvent avoir les adultes à ce moment, c'est-à-dire « *favoriser l'essor et la confiance en soi et le courage à dépasser ses impuissances*. » Concernant la fin de l'adolescence, Dolto dit qu'elle se prolonge « *suivant les projections que les jeunes reçoivent des adultes et suivant ce que la société leur impose comme limite d'exploration*. » Notre façon d'agir, de les considérer, de leur parler est donc primordiale, tout comme la place que la société leur accorde.

Une autre façon de voir les choses est d'envisager que l'enfant « *entre dans son adolescence en sortant de la famille et en se mêlant à des groupes constitués*. » Le groupe de pairs revêt une importance qu'il n'avait pas auparavant et obtient le statut de « *soutien extra-familial* ». Ce groupe d'amis, de copains est comme une sorte de relais entre le modèle parental très puissant dans l'enfance et l'autonomie future. Si l'imaginaire a une place importante dans l'enfance, c'est bien vers un autre imaginaire que ce tourne l'adolescent : « *un imaginaire au-delà de la famille, dans le monde extérieur* ». A ce moment, les parents ne sont plus les modèles mais « *une valeur refuge* », d'où l'apparition d'une certaine opposition aussi appelé « *crise* ». Mais avant de passer un peu plus de temps sur les années collège – car c'est bien ce qui m'intéresse au final – je voulais terminer avec le point de vue de Dolto concernant la fin de l'adolescence : « *Un jeune individu sort de l'adolescence lorsque l'angoisse de ses parents ne produit plus sur lui aucun effet inhibiteur* ». A méditer.

³⁷ Rufo.M, Choquet.M, « *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité* », éditions Anne Carrière, 2007

³⁸ Dolto.F, « *La cause des adolescents* », Robert Laffont, S.A, Paris, 1988

Difficile de ne pas remarquer, l'impact que les adultes vont avoir sur le jeune. L'adulte doit être idéalement un exemple ou au moins être assez ferme et cohérent pour qu'une opposition naisse. Nous ne sommes pas là pour comprendre, satisfaire ou pire assister l'adolescent mais avant tout pour établir une confiance. Accepter le mutisme, ne pas projeter nos anxiétés, ne pas entendre ce que l'on veut entendre, ne pas juger, être soi-même, s'intéresser plutôt qu'interdire, sont autant de grands principes qui permettent, sinon de faire bien, d'au moins ne pas aggraver les choses.

Les années collège ont cela de particulier qu'elles rassemblent les années parmi les plus décisives de l'individu. On y rentre à peine pubère et on en ressort, vers 15 ans, avec quasiment notre corps d'adulte. Beaucoup de choses apparaissent ou se modifient. Il est évident que je ne vais pas aborder tous les thèmes communément liés à l'adolescence mais seulement m'attarder sur ceux qui peuvent s'avérer utiles pour la suite : l'image de soi, les sentiments et enfin la sexualité. Pour se faire, je m'appuierai sur les ouvrages précédemment cités ainsi qu'une enquête menée en 2013 par l'INSERM sur 15 000 adolescents³⁹.

La première chose à considérer est qu'à cet âge « *la différence entre les garçons et les filles s'accroît et s'installe* ». Que ce soit au niveau des comportements, des consommations ou de la psychologie, les deux sexes prennent des chemins parfois très différents. Si les garçons sont le plus souvent dans les « *troubles de l'agir* » (violences, vol...), les filles s'expriment plutôt à travers les troubles du corps (scarifications, anorexie, boulimie) ou les troubles de l'humeur (anxiété, dépression).

Mais sans parler de choses aussi sévères, ce n'est pas un cliché de dire que « *les filles vont, plus que les garçons, accorder de l'importance au corps, à la famille, à l'école et à l'amitié* ». D'ailleurs, 30% des filles et 16% des garçons souffrent d'un corps qui ne représente pas ce qu'ils sont. Cette acceptation de notre image, au moment où des modifications parfois rapides et importantes surviennent, a également à voir avec la façon dont nos parents, les adultes, les autres nous ont regardé et jugé durant l'enfance. La solidité de ces rapports avec notre propre corps nous permettra de mieux supporter cette mue ainsi que les remarques et attaques des autres élèves par exemple. Et Dieu sait qu'il y en aura...

« *Quand tu es bébé, on te regarde grandir (...) quand tu es adolescent, c'est toi qui te regarde.* » 45% des filles et 20% des garçons doutent d'eux en se regardant dans le miroir. Pourtant, Dolto parle plus facilement de « *disgrâce physique et de dysharmonie* » pour les garçons et de « *beauté* » pour les filles. Tout serait une histoire de perception subjective donc. Ce qui est certain c'est que ces changements sont éminemment sexués et surtout

³⁹ Jousselme.C, Cosquer.M, Hassler.C, « *Portraits d'adolescents* », enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire, INSERM, 2013

visibles dans les deux cas. Que ce soit la voix, le duvet pour les garçons ou la poitrine pour les filles, ça se voit et ça s'entend ! Reste que le vécu et la perception n'est pas la même selon le sexe et surtout selon l'individu. Si le corps prend une place aussi importante à cet instant, au-delà de la place qui est accordée à l'image et le paraître dans notre société (réseaux sociaux, photos, modes...), c'est aussi car à cet âge l'amour et l'approbation des parents ne suffit plus.

Le besoin de « sortir », l'ailleurs est omniprésent. C'est le moment où l'on « sort » avec une fille ou un garçon. La famille est toujours un endroit rassurant, un repère mais le dehors est bien plus excitant. Le temps est venu de se confronter, de se mesurer (et dieu sait qu'on se mesure quand on est un garçon) et de se comparer avec les camarades, ou pire le modèle, qu'il soit top ou pas. Il faut dans tous les cas composer avec ce nouveau corps, parfois étrange voire étranger.

M. Rufo nous dit : « *la fille doit avoir malgré tout une image de soi à proposer aux autres, tandis que le garçon sera davantage dans la construction de sa force, ou de sa force apparente.* » Lui est convaincu que les chiffres faussent une réalité : la fragilité des garçons. Apparemment plus sûr d'eux, puisque près de la moitié (contre 27% de filles) sont content de leur image, le sexe fort se doit de l'être. Il doit « *se sentir fort et ne peut pas ne pas avoir de charme* ». Les garçons « se donnent un genre » comme on dit.

Attardons-nous un instant sur la pornographie. Elle marque bien la différenciation des peurs masculines et féminines. Précisons d'abord que la pornographie est une réalité au collège puisque un adolescent de 14 ans sur deux a déjà consulté un site pornographique⁴⁰. D'autres enquêtes avancent le chiffre de 13 ans⁴¹. Ces films sont surtout visionnés sur le web via un ordinateur ou un téléphone portable. Le chiffre intéressant qui est revenu plusieurs fois lors de mes lectures est celui des 80%. C'est la part de garçons qui trouvent ça plaisant ou amusant et la part de filles exprimant leur dégoût ou leur rejet. C'est une observation que j'ai pu faire. Quand on voit à quel point les hommes sont forts et performants et les femmes souvent « chosifiée », ce n'est guère étonnant. Néanmoins, M. Rufo pense que cette arrogance des adolescents vis à vis du porno n'est qu'une « *capote psychologique* ». « *Les garçons ont peur de ne pas être forts, les filles ont peur de ne pas être heureuses* ». Impossible donc de ne pas tenir compte de cette réalité dans notre approche de l'éducation à la sexualité, surtout quand on sait que 48% des garçons et 37% des filles déclarent que ces scènes ont « *participé à leur apprentissage de la sexualité* ».

⁴⁰ Enquête IFOP de mars 2017 : étude sur la consommation de pornographie chez les adolescents et son influence sur leur comportements sexuels

⁴¹ Poulin, Richard. « *La pornographie, les jeunes, l'adocentrisme* », Les Cahiers Dynamiques, vol. 50, no. 1, 2011

Mais avant de revenir sur la sexualité, il me semble essentiel de parler de sentiments, d'amour et d'amitié. Car même si le collège est une période on ne peut plus sexuée, que la société est de plus en plus sexualisée et que la question du sexe occupe de plus en plus les esprits, c'est bien d'amitié, de bandes et de flirts dont il est question au quotidien. L'acte sexuel en lui-même n'est pas encore d'actualité pour la grande majorité des collégiens et même s'il est nécessaire d'en parler, l'urgence porte souvent sur des problématiques relationnelles et personnelles majeures souvent en lien avec l'amour et l'amitié. Il s'agit d'une « *amitié amoureuse sans réalisation physique* » comme le dit Dolto. Elle dit aussi que « *seule l'amitié leur rend la vie vivable* ». La grande majorité des jeunes (plus de 90%) disent avoir des amis⁴². Il y a une vraie notion de fidélité et donc un vrai sentiment de trahison lorsqu'un camarade n'est pas autant proche qu'on le voudrait ou l'imaginait. La tristesse voire le désespoir engendrée par cette déception n'est pas à minimiser, surtout quand l'adolescent à déjà été trahi (séparation des parents par exemple).

Que ce soit avec les adultes ou ses pairs, « *l'adolescent recherche éperdument des contacts sociaux ou affectifs qui soient dépourvus de mensonges* ». Peu apte aux compromis et encore moins à la compromission – propre aux adultes – l'adolescent est farouchement attaché à la vérité et à la justice, ou du moins l'idée qu'il s'en fait. Faire l'impasse sur ce point en tant qu'adulte et c'est le conflit assuré.

Mais revenons au sujet. En un sens, l'amitié se confond à l'amour au moment de l'adolescence. « *La meilleure amie ou le meilleur ami est la personne sur laquelle on projette toutes les qualités qu'on voudrait avoir* » et sans doute bien plus. C'est assez déroutant au premier abord mais l'homosexualité de l'adolescent est une notion que j'ai retrouvé plusieurs fois, en premier lieu chez Dolto qui parle « *d'homosexualité théorique* ». « *La sexualité de l'adolescent hésite entre homosexualité et hétérosexualité* » rajoute-t-elle. Nous l'avons vu : l'adolescence est plus un âge de la découverte des différences que de la sexualité. L'homosexualité serait donc une étape qui précéderait l'hétérosexualité. Pour M.Rufo, « *la période d'homosexualité est plus confortable que l'hétérosexualité parce que moins inconnue : on connaît mieux son sexe que l'autre.* » Voilà un élément qui donne un sens nouveau aux insultes qui reviennent sans cesse dans les cour de récréation : PD, tapette, taffiole et j'en passe. A noter que l'homosexualité « consciente » n'apparaît que plus tardivement avec un pic vers 17 ans pour les garçons et vers 15 ans, pour les filles..

Enfin, concernant la sexualité, il serait certainement plus intéressant de parler de tout ce qui précède le coït, c'est-à-dire le premier baiser, les contacts ou les caresses. En effet, « *la transition est assez longue entre le flirt et la relation sexuelle* » dans notre pays. Le collège est donc plus le lieu de la première relation amoureuse et du premier baiser que de la

⁴² Lagrange H., Lhomond B., « *L'entrée dans la sexualité* », La découverte, 1997

première fois à proprement parlé. Encore une fois, ils testent leur pouvoir de séduction. Ils cherchent à trouver une image d'eux-même à travers l'autre. Une sorte de « *relation miroir* ». S'il y a discours sur le sexe au sein d'un groupe, d'une bande, il a plus « *valeur d'échange social* »⁴³, pour s'affirmer, valoriser son identité sexuelle, tout spécialement pour les garçons. Le groupe, souvent du même sexe, est à la fois vecteur de pressions sur ces questions en lien avec la sexualité mais rassure aussi. D'ailleurs, si 46% des adolescents parlent de sexualité avec des amis, ils ne sont que 18% à en parler avec leur mère et 5% avec leur père. Parler des « problèmes » au sens large est également l'apanage des amis. En revanche, on remarque que la « santé » ou « l'école » sont des sujets abordés principalement en famille. Pour grossir le trait : l'intime relève des amis et les sujets plus « neutres » de la famille. C'est dire le basculement qui s'opère entre la « famille de la maison » et la « famille de l'école ».

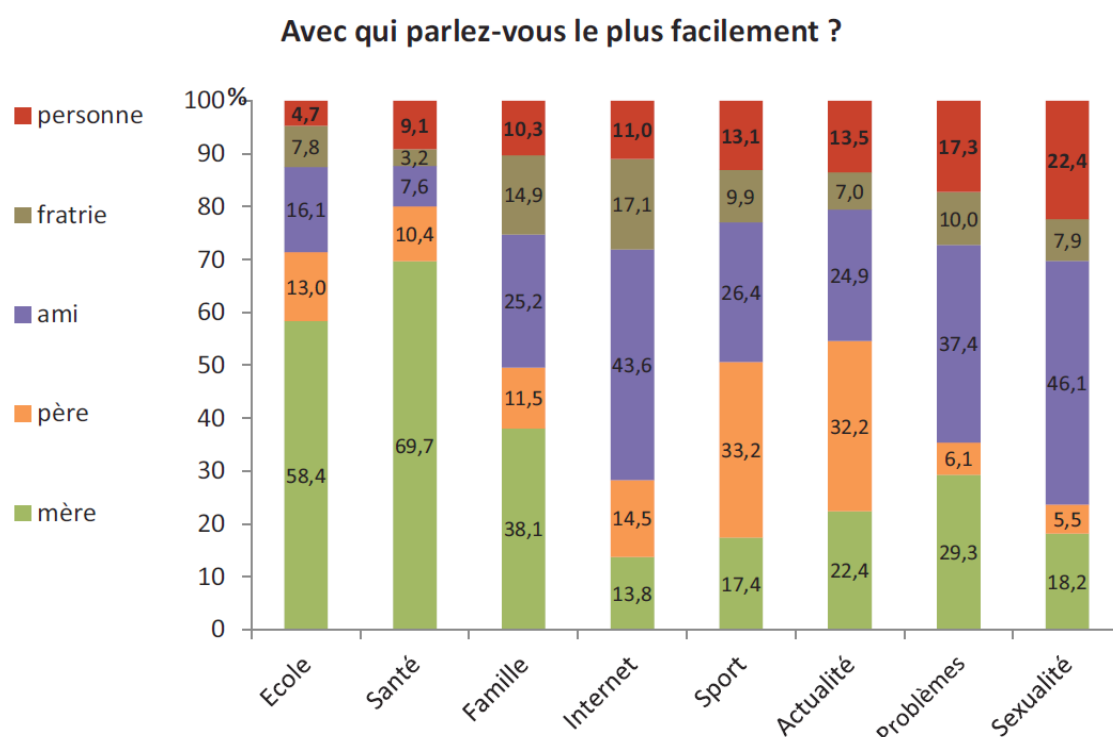


Figure 5 : Graphique tiré de l'enquête « *Portraits d'adolescents* » (2015). Cela me permet de rappeler

une autre donnée à mettre en perspective avec celles-ci : les adolescents ne sont que 6.1% à parler de leur santé avec l'infirmière scolaire contre 82.5% avec la famille. C'est à la fois assez peu surprenant, puisque la santé de l'enfant incombe en premier lieu aux parents, mais cela signifie qu'une part importante d'élèves a des soucis de santé qui ne font donc jamais irruption dans le cadre scolaire.

On peut alors se demander ce qui différencie les élèves qui décident de venir trouver refuge à l'infirmerie et ceux qui attendent d'être à la maison le soir pour en parler à leurs parents (et à la mère en grande majorité). Je crois que cela pourrait constituer un autre sujet de TFE.

⁴³ Picod.C., 1994, *Sexualité : leur en parler c'est prévenir*, érès, Pratiques du champ social

Pour terminer, je pourrais parler des huit stades de développement de la personnalité psychosociale d'Erickson et de la construction de l'identité mais pour faire simple : l'adolescent essaye plusieurs costumes avant de trouver le bon ou en tout cas celui qui lui convient. Ces costumes – ou rôles – changent souvent et rendent parfois difficile la réflexion sur le long terme. L'adolescent vit « *un temps subjectif semblable au romanesque* » comme le dit Dolto. Le rapport au temps est confus et ponctué de joies et de peines immenses.

Dans le cadre de la prévention et de l'éducation à la santé, bien sûr que le manque d'expériences et de connaissances vient biaiser ses croyances et donc son comportement mais penser que l'expérience et les connaissances des adultes constituent la clé est une absurdité tant les paramètres sont nombreux et complexes. Si on prend simplement l'exemple du tabac, on voit bien tous les éléments qui peuvent venir conditionner la consommation d'un adolescent. Le groupe de pairs, l'absence de risques immédiats, la certitude de pouvoir arrêter quand on veut, le tabagisme des parents, le mal-être, l'attrait des expériences nouvelles et du risque, ce petit échantillon pèse déjà lourd dans la balance. Pas sûr que venir apporter des connaissances et avertir des dangers sera suffisant.

Voilà pourquoi l'éducation à la santé à l'école a, au fil des années, élargi ses priorités et agrandi son champs d'action. Malheureusement le temps, lui, n'est pas extensible et il faudra plus que des circulaires pour que les adultes au contact des adolescents aient les moyens de leurs – déjà modestes – ambitions.

2.2. L'analyse : *La phase explicative*

2.2.1. Rappel concernant l'objectif du TFE

Avant de tenter d'apporter une réponse à la question qui était la mienne, je vais déjà revenir sur celle-ci et ce qu'elle implique. Voici donc ma question de niveau 2 : **Dans quelle mesure l'infirmier de l'éducation nationale, au travers de ses compétences et la place qu'il occupe au sein de l'école, peut-il contribuer à l'éducation à la vie affective et sexuelle des collégiens ?** Les deux éléments qui m'apparaissaient primordiaux alors étaient les compétences, autrement dit ce que l'infirmier allait pouvoir mobiliser personnellement, et la place qu'il occupait au sein de l'école.

En effet, au cours de la phase exploratoire, il m'est apparu intéressant de placer l'infirmier dans un contexte à l'impact très fort sur ses pratiques, c'est-à-dire le système scolaire. Je pressentais déjà que plus que ses compétences infirmières acquises au cours de sa formation ou même de son parcours professionnel, c'est bien sa capacité d'adaptation à ce nouveau lieu d'exercice et ce qu'il implique qui feraient la différence. Le choix du collège, lui, était à la fois dû à mes expériences antérieures mais aussi au fait que ces années cristallisent beaucoup de choses, comme nous avons pu le voir précédemment. Enfin, j'ai ensuite décidé d'axer mes recherches sur l'éducation à la sexualité à la suite de mon stage. Ce dernier m'ayant mis face à des situations qui m'ont fortement interrogées. J'avais besoin de mettre du sens sur des pratiques et des mots aussi sans doute pour (me) prouver qu'être infirmier de l'éducation nationale, ça ne s'improvise pas, ce n'est pas facile, tout le monde ne peut et ne devrait pas le faire. Que j'exerce ou non dans ce domaine, c'est un milieu qui manque de reconnaissance et j'ai eu ce besoin, à mon humble niveau, de mettre en lumière certaines choses.

Maintenant que j'ai rappelé tout cela, je vais essayer à partir de maintenant d'être plus pragmatique. Au fond, je me suis orienté vers tous les éléments qui plaçaient l'infirmier dans une position sinon difficile, au moins inhabituelle. J'ai presque voulu tester les limites du concept même d'infirmier en le mettant face à un groupe d'adolescents, dans une école, livré à lui-même et tant qu'à faire à parler de sexualité. Je n'ai pas fait cela par sadisme mais pour tenter de trouver des liens, même ténus, entre nos compétences disons traditionnelles – celles qui sont en tout cas enseignées à l'IFSI – et celles qui sont nécessaires à l'éducation nationale. De là à dire que tout cela n'était qu'un prétexte pour parler d'identité, de transmission et de représentations, il n'y a qu'un pas que je franchirais probablement.

2.2.2. Questionnement

Durant ce travail, j'ai mis un point d'honneur à apporter le maximum d'éléments permettant de mieux cerner les spécificités de ce mode d'exercice. J'ai non seulement voulu rendre compte de son incroyable richesse mais aussi de sa complexité et de ses limites. Au fil des situations, des articles, des entretiens et des concepts, j'ai essayé de tracer les contours de ce que l'éducation à la santé et la sexualité impliquaient, en tant qu'adultes travaillant auprès d'adolescents d'abord, puis par extension en tant qu'infirmier.

En disant cela, on perçoit déjà le caractère ambivalent, double de ce travail. J'ai parfaitement conscience qu'une bonne partie de ce que j'ai pu écrire pourrait concerner ou intéresser assistantes sociale, psychologues, enseignants et même parents. La raison est simple : l'infirmier n'est absolument pas le seul garant de la réussite de cette mission. Car même si ce dernier a bien des compétences en matière d'éducation à la santé, on peut difficilement soutenir qu'il a été formé à animer des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. Pourtant on a vu que le thème de sexualité est le plus abordé (80%) dans le cadre de l'éducation à la santé. Certes, de manière générale, les infirmiers déclarent mener leurs actions éducatives en partenariat (interne ou externe) à 70%⁴⁴ mais cela ne retire en rien l'impact que ces derniers peuvent avoir sur les représentations et comportements futurs des élèves.

Une fois que l'on a dit ça, il devient clair que la notion de partenariat apparaît comme importante. Nous y reviendrons. A ce propos, je voudrais aborder à présent les choix que j'ai pu faire et les choses que j'ai donc laissé de côté. Même si j'ai évoqué à plusieurs reprises les autres professionnels qui nous entourent, je suis resté très « infirmiocentré » pour employer un néologisme. D'une part car, en théorie, il est tout à fait possible d'être totalement autonome sur les questions de santé et d'éducation (comme a priori 30% des infirmiers) et d'autre part car je me voyais mal faire 40 pages supplémentaires. De plus, je me suis arrêté à l'éducation dans le cadre d'une intervention en groupe, comme d'ailleurs l'immense majorité des écrits sur le sujet. Il est évident que l'éducation à la santé a toute sa place en individuel, dans le cadre des dépistages ou encore d'un passage à l'infirmierie.

Enfin, et même si je pense avoir apporté le maximum de réponses sur les questions que j'ai pu aborder, j'ai laissé quelques questions en suspend comme par exemple celle portant sur la nécessité d'être un garçon pour parler de problèmes de garçons. Comme je veux clôturer ce travail l'esprit tranquille : ma réponse est non. Je peux maintenant passer à cette fameuse question de niveau 2. L'occasion de faire le point sur ce que j'ai pu recueillir comme informations et me rendre compte, une fois de plus, que « *c'est compliqué* ».

⁴⁴ Berger,D, Nekaa.M, Jourdan.D, « *Infirmier scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles* », Université de Genève, 2010

2.2.3. Vers une réponse à la question de niveau 2

L'heure est donc aux réponses. Si jusque là j'ai pris le temps de balayer un spectre assez large de disciplines pour poser les bases d'une éducation à la santé conforme au public et au lieu d'exercice, je vais ici m'appuyer sur des éléments beaucoup plus concrets. Concrets car ils définissent lesdites compétences qu'il faudra être capable de mobiliser. Pourtant, nous verrons que derrière tous ces verbes d'actions plutôt « creux » et « flous » au demeurant se cache tout ce que nous avons abordé jusque là. Ils ne constituent donc qu'un emballage. Comme un emballage, il faut l'ôter pour réellement voir ce qu'il renferme mais il n'est surtout pas à jeter. Et s'il ne sert à rien en apparence, c'est probablement que l'on peut le recycler.

Pour dresser ce panel de compétences, je me suis appuyé sur trois sources : le référentiel de compétences de l'infirmier, un autre référentiel « non-officiel » concernant le milieu scolaire et enfin le « *Guide d'accompagnement des équipes éducatives en collège et lycée (2018)* », disponible sur Educscol.

Si l'on commence par jeter un œil au premier référentiel de compétences, on remarque immédiatement que les actions placent l'infirmier comme l'unique acteur des « *soins éducatifs et préventifs* ». Il s'agit en effet d'un rôle propre et nous verrons que ces compétences se révèlent souvent incomplètes quand on les transpose au milieu scolaire. « *Repérer les besoins et les demandes des personnes* », « *accompagner* », « *concevoir et mettre en œuvre des actions pédagogiques individuelles et collectives* », « *choisir et utiliser des techniques et outils pédagogiques qui facilitent l'acquisition de compétences* », toutes ces compétences peuvent sans mal se voir transposer à l'école et nécessitent, comme je le disais, d'avoir de solides connaissances et une maîtrise aigüe du milieu scolaire et de son public. De fait, de telles directives n'ont pas grand sens sans tout un prérequis théorique.

En somme, l'infirmier a, en principe, les compétences pour éduquer un patient à la prise d'un traitement ou au suivi de son diabète. Sa formation l'a rendu apte à l'accompagner dans sa pathologie de manière aiguë ou chronique. Il a les connaissances nécessaires, il connaît les professionnels qui peuvent aider le patient dans son parcours et a les outils pour s'adresser à lui de la manière la plus claire possible. Problème : nous ne sommes plus à l'hôpital, nous nous adressons à des classes d'élèves en bonne santé et il faut parler de consentement, de puberté et de complexes sur la taille du pénis. La transition est rude. Il n'est plus question de maladie mais de prévention on ne peut plus primaire. Il va falloir bâtir des projets sur le long terme parfois, animer, gérer une classe, évoquer des sujets complexes avec des individus qui le sont tout autant. Dans ces conditions, les compétences qui étaient les nôtres en milieu de soin ne suffisent plus. De nouvelles seront nécessaires et ne pourront être acquises que par le biais de formations et surtout d'une forte capacité à s'adapter et investir ce nouveau lieu d'exercice.

C'est pour cette raison que la proposition de référentiel propre aux infirmiers en milieu scolaire paru en 2004 dans la revue « Santé publique »⁴⁵ me semble intéressante. Celui-ci a été élaboré à partir d'analyse de situations de travail et discuté par un groupe de professionnels confirmés. Pour ce faire, ils ont repéré trois dimensions qui constituent le champs d'intervention de l'infirmier en milieu scolaire : le domaine de la profession (« *porteur de valeurs et producteur de normes, de savoirs, de compétences* »), le système scolaire (« *un univers qui possède sa propre hiérarchie, ses règles de fonctionnement formelles et informelles, ses contraintes et ses espaces de liberté* ») et enfin le champ psycho-relationnel (« *conseils et informations touchant la sphère intime et privée* »). On retrouve bien tous les éléments qui ont été abordés jusqu'à présent. Ces trois dimensions, aussi pertinentes soient-elles peuvent – et nous l'avons constaté – être vecteur de contradictions voire même de conflits, qu'ils soient intimes (identité, rôle) ou inter-relationnels (organisation, équipe).

Fonction 4.

Savoirs mobilisés et associés pour produire les compétences ci-dessus :

Connaissances, savoirs	Savoir-faire pratique	Savoir-faire cognitif	Attitude, comportement
• Interdisciplinarité • Prévention et promotion de la santé • Thèmes en lien avec la prévention et la promotion de la santé (cadre cantonal de prévention) • Psychologie des groupes • Les mécanismes de l'influence • Concept de crise • Débriefing • Gestion de conflit, techniques de négociation, de médiation • Gestion de projet.	• Susciter la réflexion sur l'interdisciplinarité • Proposer des rencontres avec le réseau ou l'équipe interdisciplinaire • Décrire son propre rôle, ses activités, le sens de son action et ses limites • Décrire le rôle, les activités des membres de l'équipe interdisciplinaire • Appliquer la méthodologie de projet • Susciter la réflexion concernant la gestion d'un événement critique ou d'une crise • Favoriser la coordination des personnes et des actions au sein de l'équipe interdisciplinaire.	• Valoriser les complémentarités • Motiver, stimuler, créer des synergies • Veiller au respect des objectifs du projet • Veiller au respect de l'éthique du projet • Résister aux pressions, repérer les mécanismes d'influence.	• Prise d'initiative • Attitude positive, constructive • Respect des avis divergents • Capacité de décentration.

Tableau 3 : Ce tableau constitue l'une des huit fonctions ou champs d'action de l'infirmier en milieu scolaire. Il concerne « *la contribution, 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.* » On remarque les nombreuses différences et particularités en comparaison du référentiel « classique ». L'infirmier, plus qu'un simple « faiseur » a ici un rôle moteur, au sein d'une équipe interdisciplinaire. Il organise, conseille et apporte son savoir-faire ainsi que ses connaissances.

⁴⁵ Pingoud.K, « *Élaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire* », Santé publique, volume 16, 2004

Comme je le disais, l'éducation nationale fournit un guide d'accompagnement pour l'éducation à la sexualité⁴⁶ destiné aux équipes éducatives. En une vingtaine de pages, il revient sur le cadre d'intervention, les enjeux, les objectifs, l'organisation des séances et enfin l'ancrage de cette thématique dans les contenus d'enseignement. On y parle de mixité, de respect de l'intimité et des valeurs culturelles/religieuses, de principes éthiques et humanistes, de neutralité, d'écoute mais aussi de représentations. A ce propos, il y est même écrit que « *les représentations qu'ont les intervenants en éducation à la sexualité de la culture, du milieu social des élèves ont vraisemblablement une influence sur la façon dont va se dérouler la séance.* » Le risque étant de s'engager sur le terrain « *du prosélytisme ou du militantisme* ». Le ministère est donc au clair sur ces dérives. Quant à savoir comment les contrôler, c'est une autre histoire. Bref, tous ces concepts, nous les avons vu et ils sont propres à chacun d'entre-nous puisque, je rappelle qu'a priori « *on fait avec ce qu'on est* ». Tous ces principes sont un idéal vers lequel il faut évidemment tendre, tout en sachant que ce ne sont que des mots, une feuille de route qui ne remplacera pas une réflexion et un travail individuel poussé et surtout critique.

Il m'apparaît désormais évident que ce qui a poussé un infirmier à effectuer une transition vers l'éducation nationale ainsi que la manière dont il perçoit son métier et son environnement impactent sa capacité à mener à bien les (nombreux) objectifs fixés par le ministère. A cela se rajoute bien entendu ses conditions de travail, la présence de formations spécifiques, l'implication de tous les acteurs de l'équipe éducative mais également les moyens matériels et financiers disponibles. Une fois encore, l'adaptation et la créativité (c'est-à-dire l'art de faire beaucoup avec peu) sont des compétences qu'il vaut mieux posséder. Une chose est en tout cas certaine, ce n'est pas en se plaçant comme un « enseignant en santé » ni un simple expert de la question que l'infirmier trouvera sa place. Dans le premier cas, sa présence sera vécue comme une concurrence pour les enseignants - et donc les enseignements « classiques » - et dans l'autre le statut de simple « expert en santé » ne fera que le marginaliser encore plus au sein d'une institution qui n'est pas faite pour lui. Que l'on parle d'évolution, de métamorphose ou de mutation, l'idée est la même : il va falloir changer de peau... et pourquoi pas de carapace.



⁴⁶ http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf

Conclusions de l'analyse : *la problématique*

Si je devais retracer les objectifs qui étaient les miens à chaque étape de ce TFE, je ne pourrais que constater à quel point ils ont pu évoluer. Au commencement, je voulais absolument savoir comment je pouvais agir pour modifier les comportements d'un individu. Je me suis ensuite rendu compte qu'il fallait être à la fois très humble et conscient à la fois de nos limites et de celles du sujet.

Puis j'ai décidé de placer ce concept d'éducation et de prévention au cœur de l'école et donc forcément de nouvelles contraintes. Dès lors, j'ai réalisé que la question du rôle, de la place et de l'identité de l'infirmier m'intéressait sans doute autant que l'éducation à proprement parlé. Enfin, j'ai rajouté une dernière couche à ce mille-feuille en incluant la sexualité, sujet intime et sensible par excellence. Cette superposition de problématiques m'a au final permis de sonder en profondeur ce que je ne voyais pas, ce qui était plus ou moins invisible au départ.

J'y ai trouvé des contradictions, des frustrations, des déceptions, des difficultés, des dérives et des paradoxes. Les écrits sur le sujet sont légions, les recommandations officielles aussi. On sait ce qu'il faut faire, ce qu'il faut dire, ne pas dire et pourtant sur le terrain il transparaît « un sentiment d'isolement » (62%), « *une satisfaction partielle de son travail* » (82%), « *un manque de temps* » (37%), « *d'adhésion des collègues et de la hiérarchie* » (17%) ou encore « *un besoin de formation* » (82%)⁴⁷. L'hétérogénéité des pratiques est indéniable et semble également liée à la façon d'envisager son rôle au sein de l'école. D'autant plus que l'écart entre la formation initiale à l'IFSI et les compétences spécifiques requises en tant qu'infirmier de l'éducation nationale est majeur.

Que ce soit à propos de l'éducation à la sexualité, du métier en lui-même, de l'école, des adolescents d'aujourd'hui, tout me menait aux mêmes interrogations : Est-on vraiment infirmier à l'école ? Sommes-nous utiles et légitimes en tant qu'infirmier à l'école ? Sommes-nous assez formés pour nous occuper d'adolescents et remplir les missions qui sont les nôtres ? Ces questions, je n'aurais pas osé les écrire ni même me les poser au départ. Car si je partage les constats et les nécessités quant aux questions de santé à l'école, je reste beaucoup plus dubitatif et inquiet lorsqu'il est question des méthodes employées et de la mise en pratique.

Je rappellerai simplement à ce sujet ce que m'a dit l'infirmière conseillère technique du département quand je lui évoquais l'impossibilité pour certains infirmiers de mener à bien des séances d'éducation et de prévention : « *Il faut trouver une autre idée pour toucher beaucoup de jeunes* ». Je partage le constat. Reste la mise en pratique.

⁴⁷ Berger,D, Nekaa.M, Jourdan.D, « *Infirmier scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles* », Université de Genève, 2010

Formulation de la question de recherche et de l'hypothèse

Pour cette ultime question, j'ai choisi de faire un pas de côté puis de prendre un peu de hauteur. Je ne pense pas que continuer à creuser sur la question de l'éducation à la sexualité ou tout autre sujet spécifique ne réussisse à faire disparaître ce qui obstrue mon champs de vision à l'heure actuelle. Changer de lunette ne rendra pas la vue à un aveugle. Je pense que l'on ne peut aborder sereinement la question du microscopique (l'éducation à la sexualité par exemple) sans s'occuper de l'aspect macroscopique et de ses défaillances. C'est peut-être un sujet trop grand, infiniment trop grand pour moi mais il me fait de l'œil et après le temps qu'on a passé ensemble je crois qu'il est tant qu'on passe le pas. Je l'aime vraiment et je veux aller plus loin avec lui :

En quoi les limites et problématiques propres à l'exercice infirmier en milieu scolaire interrogent les conditions même de cet exercice, la notion d'identité professionnelle et le développement des missions d'éducation et de prévention à l'avenir?

Voilà c'est fait. Après plus d'un an à se tourner autour, il était temps de conclure. J'ai bien vu qu'il y avait une ouverture. C'est pour cette raison que j'ai choisi d'axer cette question de recherche sur plusieurs nouveaux angles : les limites et les problématiques, qui ont occupées une place majeure tout au long de ce travail de fin d'étude, mais également la question de l'identité professionnelle et des conditions d'exercice. En allant sur ce terrain arpenté et vaste, il est évident que mon but est à la fois de comprendre de manière encore plus fine ce mode d'exercice, de rencontrer d'autres professionnels, d'observer ce qui se fait à l'étranger mais surtout d'essayer de trouver des pistes à la fois praticables, accessibles et pourquoi pas inexplorées.

Que ce soit de manière individuelle, puisque les infirmiers scolaires jouissent tout de même d'une grande liberté, ou à une échelle institutionnelle, il y a certainement des chemins alternatifs à envisager quitte, pourquoi pas, à se diriger, comme on le dit pompeusement, vers un changement de paradigme. Bref, pour le dire autrement : on ne peut plus se contenter de prescrire, il faut guérir. Ou pour le dire encore autrement : rajouter toujours plus de missions à l'école et donc à l'infirmier sans avoir les moyens de les réaliser est absurde. Il faut réinterroger le rôle de l'infirmier de l'éducation nationale et sa place au sein du système scolaire pour ne pas que la prophétie de l'infirmier que j'ai rencontré ne se réalise : « *Je pense qu'à l'avenir ce seront les professeurs qui s'occuperont des questions de santé.* »

Conclusions générales du travail de fin d'étude

Au crépuscule de ce TFE, je repense à l'aube de l'adolescence. Au sein d'un nouvel environnement, on s'éloigne de ce qu'on connaît depuis des années. On veut d'abord faire ses preuves, se comparer. Tous ces changements nous déstabilisent puis on les accepte. A l'école, on a tout intérêt à respecter les grands et leurs règles, à rentrer dans le rang pour réussir. On comprend qu'au jeu du plus fort, on ne gagne pas. On apprend aussi à mieux se connaître, savoir ce que l'on aime, ce que l'on aime pas. On commence à savoir qui on veut être et surtout à qui on ne veut pas ressembler. On comprend qu'on peut compter sur certains et pas sur d'autres. On se demande souvent à quoi sert l'école, ce qu'on y apprend et surtout pour faire quoi après ? Alors on essaye, on réussit, on échoue, on recommence

Parfois, on nous donne un peu de liberté. On nous demande de réfléchir sur un sujet, de donner son avis, de débattre ou de rédiger une longue dissertation. En parallèle, on y rencontre de nouvelles personnes, on y parle de plein de choses, on y pose des questions, on y trouve parfois des réponses, on change d'avis, on doute, on stagne, on découvre ce que l'on ne cherchait pas et finalement tout cela prend forme.

De prime abord, ça part un peu dans tous les sens, on ne sait pas trop quoi faire de ce qui apparaît, on le met de côté pour plus tard, on a du mal à faire avec mais on se rassure en se disant qu'on est tous dans le même bateau. On aimerait bien en voir le bout, on se dit que c'est long et on a hâte d'en être débarrassé et de passer à autre chose. Puis le temps passe, on trouve un sens et un intérêt à tout ça. Plus que chercher à séduire, on commence à chercher quelque chose de stable, on fait de vrais choix. On se met à travailler pour soi et non par crainte d'une quelconque sanction ou punition. On y met toute notre énergie en essayant de faire de son mieux et d'être sérieux. Avec cette nouvelle grille de lecture et tout le travail accompli on envisage alors un métier, un futur un peu différent.

Après coup, on sait qu'on a pas pu tout accomplir, que l'on a raté des choses et on l'accepte. De toute façon, tout ça ne fait que commencer.

Et si un jour, à tout hasard, on me demande de revenir sur ce que j'ai pu dire et faire, je répondrais certainement, avec sérieux et assurance, qu'avec le recul je referais les choses un peu différemment, sans aucun regret mais fort d'un nouveau regard. C'est ce qu'on doit probablement dire quand on est adulte. On se dit que les pages écrites et le temps passé nous rendent plus sage. On sait ce qu'il ne faut pas faire, ce que l'on fait et ce que l'on fera demain. On est devenu. On est devenu astronome, journaliste ou même infirmière. Je ne sais pas. En fait, je crois que je n'aime que l'inconnu.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES

- Jean-Marie Jutant, « *Histoire de l'éducation sexuelle à l'école* », in Patrice Huerre et al., Les professionnels face à la sexualité des adolescents, ERES « Enfances & PSY », 2001
- Jourdan.D, « *Éducation à la santé à l'école : le temps de l'action* », Santé publique, volume 17, n°4, 2005
- Jourdan.D, « *L'éducation à la santé à l'école, apprendre à faire des choix libres et responsables* », Sève n°16, 2007
- Berger.D, Nekaa.M, Jourdan.D, « *Infirmier scolaires et éducation à la santé : représentations et pratiques professionnelles* », Université de Genève, 2010
- Spilka.S, Ehlinger.V, Le Nézet.O, Pacoricon.D, Ngantcha.M, Godeau.E, « *Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les années collèges* », Tendances n°106, 2015
- Pinel-Jacquemin.S, « *Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé* », Rapport commandé par le Cnesco, 201
- Maillolchon, Florence, Virginie Ehlinger, et Emmanuelle Godeau. « *L'âge « normal » au premier rapport sexuel. Perceptions et pratiques des adolescents en 2014* », Agora débats/jeunesses, vol. hors série, no. 4, 2016
- Tricoire.M, Pommier.J, Deschamps.J-P, « *La santé scolaire en France : évolution et perspectives* », Santé Publique, Volume 10, Numéro 3, 1998
- Tessier.S. « *Éducation pour la santé et prévention. Grande Histoire et petite actualité scolaire* », Informations sociales, vol. 161, no. 5, 2010
- Lebas.I, « *Éducation à la vie affective et sexuelle à l'école* », Dialogue, Recherches sur le couple et la famille, 2011
- « *Buts de la société* », Bulletin de la SPSM, mai 1901
- Audrey Cartault, « *Puberté normale* », La Revue du Praticien, vol. 58, no 12, 30 juin 2008
- Enquête IFOP de mars 2017 : étude sur la consommation de pornographie chez les adolescents et son influence sur leur comportements sexuels
- Poulin, Richard. « *La pornographie, les jeunes, l'adocentrisme* », Les Cahiers Dynamiques, vol. 50, no. 1, 2011
- Pingoud.K, « *Élaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire* », Santé publique, volume 16, 2004

OUVRAGES

- Picod.C., 1994, « *Sexualité : leur en parler c'est prévenir* », érès, Pratiques du champ social
- Piaget.J, « *Où va l'éducation ?* », 1971
- Pauwels.L, « *L'apprentissage de la sérénité* », 1978
- V.De Luca Barusse et M. Le Den, 2016, « *Les politiques de l'éducation à la sexualité en France* », L'Harmattan, Logiques sociales
- Giulio O., 1902, « *Les erreurs de l'éducation sexuelle* », Paris, Aux bureaux de la « Revue »
- Bassac P., 1935, « *La vie sexuelle...* »
- Dr. Sicard de Plauzoles, 1927, « *Principes d'hygiène sociale, cours libre professé à la Sorbonne* », 1922-1927, Paris : Edition médicales
- Cité par Viborel L. 1928, « *L'éducation publique contre la syphilis, De l'importance de l'éducation morale* », Paris, berger Levrault
- Broussouloux.S et Houzelle-Marchal.N, « *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet* », Dossier Varla, Edition INPES, 2006
- Rufo.M, « *Tout ce que vous ne devriez jamais savoir sur la sexualité de vos enfants* », Anne Carrière, 2003
- Jousselme.C, Cosquer.M, Hassler.C, « *Portraits d'adolescents* », enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire, INSERM, 2013
- Michèle Emmanuelli éd., « *L'adolescence* ». Presses Universitaires de France, 2016
- Rufo.M, Choquet.M, « *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité* », éditions Anne Carrière, 2007
- Dolto.F, « *La cause des adolescents* », Robert Laffont, S.A, Paris, 1988
- LagrangeH., Lhomond B., « *L'entrée dans la sexualité* », La découverte, 1997

SITES WEB

- CESC : <http://eduscol.education.fr/cid46871/le-cesc-composition-ses-missions.html>
- Guide d'accompagnement concernant l'éducation à la sexualité : http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf

TEXTES OFFICIELS

- Article R.4311-1 des textes réglementaires concernant les actes professionnels
- Circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015 relative aux missions des infirmiers de l'éducation nationale
- N°98-237, "Orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège", BO de l'éducation nationale N°45 du 3 décembre 1998
- Circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016 concernant les « Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ».
- Circulaire du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.
- Circulaire n° 2018-111 du 12-9-2018 relative à l'éducation à la sexualité

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE N°1 : Documents de l'enquête.....	76
Trame questions des outils d'enquête	76
3.1.1. Pour les IDE exerçant en collège ou lycée.....	76
3.1.2. Pour l'IDE conseillère technique.....	77
Les données de l'enquête.....	78
3.1.3. Résultats sous forme de tableaux.....	78
ANNEXE N°2 : Professionnels en lien avec l'infirmière.....	90
ANNEXE N°3 : Compte-rendu des rencontres avec les classes de troisièmes.....	92
ANNEXE N°4 : L'éducation à la sexualité (schéma).....	94

ANNEXE N°1 : Documents de l'enquête

Trame questions des outils d'enquête

2.2.1. Pour les IDE exerçant en collège ou lycée

- 1>** Quel a été votre parcours et, si vous avez exercé dans un autre secteur auparavant, comment s'est effectué la transition vers le milieu scolaire ?
- 2>** Comment se sont passés les débuts (formation, découvertes, prise de relais avec l'infirmière précédemment en poste, difficultés...) ? La réalité correspondait-elle à l'image que vous vous faisiez de la profession en milieu scolaire ?
- 3>** Le lycée/collège était-il un lieu d'exercice que vous avez choisi tout particulièrement ? Si oui pourquoi ? Si non, pourquoi le milieu scolaire en général vous attirait-il ?
- 4>** Concernant l'éducation et la prévention, quelle est votre approche et comment concevez-vous ces deux éléments au lycée/au collège ou même plus globalement ?
- 5>** Comment définiriez-vous votre place au sein de l'équipe pédagogique et celle que vous pensez occuper aux yeux des élèves ?
- 6>** Quelles sont les interventions ou projets mis en place dans l'établissement dans le domaine de l'éducation à la santé ?
- 7>** Quelles difficultés ou freins rencontrez-vous sur cette question de l'éducation à la santé ?
- 8>** Comment, de votre point de vue, les élèves perçoivent-ils l'éducation et la prévention en milieu scolaire ?
- 9>** Quelles sont, selon vous, les éléments clés d'une intervention d'éducation à la santé réussie ?
- 10>** Avez-vous expérimenté plusieurs approches lors de vos actions et pu constater des différences quant à leur efficacité ?
- 11>** Travaillez-vous en lien avec des intervenants extérieurs ou les enseignants de l'établissement ? Si oui qu'apporte cette coopération ?
- 12>** Les enseignants s'emparent-ils – même à différents niveaux – des problématiques liées à la santé dans leurs enseignements ? Si oui de quelles manières ?

2.2.2. Pour l'IDE conseillère technique

- 1> Pouvez-vous me parler de votre parcours et comment êtes-vous arrivé au poste que vous occupez aujourd'hui ?
- 2> Quelles sont vos missions, domaines d'actions et interlocuteurs privilégiés dans votre profession ?
- 3> Comment intervenez-vous auprès des infirmières de l'éducation nationale du département ? Vous allez vers eux ? Ils vous sollicitent ? Les deux ?
- 4> Les infirmiers scolaires sont-ils, comme les enseignants, régulièrement évalués puis conseillés dans leurs pratiques ?
- 5> Quelles difficultés ou problématiques vous parviennent de manière récurrente ?
- 6> Quelles sont les priorités ou les grands axes d'amélioration à l'échelle du département, de la région ou même du pays concernant l'éducation à la santé et la prévention à l'école ?
- 7> Selon vous quelle est la place de la santé et de la prévention au sein des établissements scolaires et quid du rôle des infirmières concernant cette question ?
- 8> Quelles sont les recommandations officielles concernant la manière d'aborder l'éducation à la santé ainsi que votre conception, peut-être personnelle, de celle-ci ?
- 9> Quelles sont les priorités en matière d'éducation à la santé, plus précisément au collège ?

Les données de l'enquête

2.2.3. Résultats sous forme de tableaux

Entretien N°1 : Infirmier scolaire exerçant en lycée depuis 11 ans (2h)	
Questions ou sujets abordés	Informations importantes recueillies
Parcours professionnel et transition vers le milieu scolaire	- Se définit comme un "<i>pur produit de l'éducation nationale</i>" étant donné qu'il a exercé en milieu scolaire dès l'obtention de son diplôme. - C'était son projet professionnel, n'a jamais exercé en service « classique ». - A exercé en lycée professionnel, en lycée général, en EREA (10 ans) puis de nouveau en lycée général (11 ans).
Les débuts, les difficultés, la découverte, la formation interne	- A senti qu'une expérience en psychiatrie enfant/adolescent lui a manqué. - A facilement pu se former par la suite en interne dans ce domaine. Caen a été, il y a 20 ans, une académie pilote dans le domaine de la formation des jeunes professionnels. - Une semaine de formation pour tout nouvel arrivant dans l'éducation nationale ainsi qu'un tutorat. - Reconnaît la difficulté d'exercer en sortant de l'école car « <i>on nous apprend pas à gérer un jeune qui ne va pas bien</i> ». - L'absence de médecin (comme à l'hôpital) qui oblige à prendre des « <i>décisions parfois lourdes</i> » (envie suicidaire, traumatisme physique) et à en « <i>assumer la responsabilité</i> » et être en mesure de s'expliquer face à des parents parfois peu compréhensifs. - Parfois présence de CPE ou d'AS mais pas toujours. - Importance de se construire son réseau de personnes et organismes extérieurs, d'aller vers les professeurs car « <i>eux ne viennent jamais</i> ». - Rarement des problématiques médicales mais plutôt psychologiques, sociales voire même purement scolaires. Aspect souvent multi-factoriel. - Chance d'avoir un chef d'établissement qui nous soutienne. - Savoir dire « <i>non, je sais pas, ce n'est pas mon rôle, tout en ne laissant pas tomber</i> ». Difficile à faire en début de carrière. - Absence de staff médical ou de transmissions où on peut avoir plusieurs avis, prendre de la distance, avoir l'avis de collègues.
Pourquoi ce lieu d'exercice ? Pourquoi en lycée, en collège ?	- A eu le besoin régulier de changer à partir d'un certain temps pour ne pas tomber dans une routine. - Les postes en collège sont plus difficile à obtenir car plus « confortables » (pas d'internat) - Souhaite aller en collège pour découvrir de « <i>nouvelles choses</i> ».
Particularités en collège	- La question de la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans qui oblige l'établissement et les professionnels à gérer des élèves parfois difficiles. Au lycée, un élève qui décroche a le droit d'arrêter, ce qui simplifie les choses en quelque sorte. - Dialogue et relationnel plus aisé au lycée compte tenu de l'âge des élèves

	et de leur maturité.
Sur les priorités à l'école	- Difficulté à se faire entendre des autres membres de l'équipe pédagogiques qui peuvent parfois considérer certains éléments comme « <i>pas très graves</i> » ou difficiles à entendre car s'éloignant de l'aspect purement éducatif. - Les problèmes de santé majeurs impactant la scolarité sont extrêmement rares. - « <i>Comme tout le monde ici, je suis payé pour que le jeune ait son diplôme</i> »
Sur son rôle	- « <i>Je me refuse à faire du suivi psy. Il faut savoir passer la main au bon moment en prenant le risque de casser quelque chose</i> ». - « <i>Je suis conseiller technique du chef d'établissement. C'est lui le responsable.</i> » - « <i>Parfois on dit, ça ne bouge pas mais on a fait notre travail.</i> » - « <i>On n'est pas docteur et ça arrive que certains élèves ne puissent pas en voir ou même n'en ai pas et on doit faire avec.</i> » - Le problème du manque de médecins nous oblige à envoyer des élèves aux urgences pour des choses bénignes ou à Caen pour des RDV ophtalmologiques. - « <i>On est un peu les pompiers ou secouristes de service des fois</i> » - Dans l'esprit des adultes (enseignants, parents, chef d'établissement) on est là pour être dans le bureau, accueillir, répondre aux demandes et pas tellement pour faire de l'éducation et de la prévention. - « <i>En dix ans ici j'ai dû voir deux fois un chef d'établissement rentrer dans mon bureau et une fois il s'était trompé. Du moment que ça tourne, on le voit pas, il est content.</i> »
Sur l'éducation et la prévention	- « <i>C'est compliqué</i> » - « <i>C'est dans les textes mais en pratique c'est pas la priorité</i> ». - « <i>Si les séances d'éducation demandées par la loi ne sont pas mises en place, c'est de la responsabilité du chef d'établissement.</i> » - « <i>Ça dépend beaucoup du chef d'établissement. S'il estime que ce n'est pas utile, il n'y en a pas et ça ne gêne personne</i> ». - « <i>Se battre ne sert à rien</i> ». C'est dépenser beaucoup d'énergie pour au final peu de retours positifs ou de satisfaction. - En lycée : sécurité par rapport aux machines dangereuses. - Il faut bien connaître son chef d'établissement : ce que je peux faire sans lui dire, ce que je dois lui dire. « <i>Chacun fonctionne différemment. Certains veulent avoir le regard sur tout et d'autres sont contents que l'infirmier se débrouille tout seul.</i> » - « <i>Je peux très bien organiser une intervention en voyant directement avec les professeurs sans lui en parler.</i> » Si ce sont des intervenant extérieurs, ils doivent être agréés. - « <i>On aimerait avoir pleins d'heures pour faire de la prévention mais on est payé pour qu'il ait leur bac ou leur BTS</i> » - « <i>Je pense qu'à l'avenir – et tant pis pour nous – ce seront les professeurs qui s'occuperont des questions de santé, de prévention</i> ». - « <i>Nous, nous avons le temps de rester informés sur ces thématiques, de</i>

faire de la veille, nous avons des compétences dans le domaine de la prévention ».

- *« Ça fait trois ans que je n'ai pas eu une réunion CESC donc ça veut dire quoi ? Que je fais ce que je veux ? Et bien oui je fais ce que je veux du moment que ça ne pose pas de problème d'emploi du temps ».*
- *Mise en place d'une journée de prévention sur la citoyenneté et la santé : préparation pendant 3 mois puis trois semaines avant il apprend l'impossibilité de banaliser la journée.*
- *Difficulté à avoir de l'argent de l'ARS (complexité des dossiers, critères excluant sur la durée des projets de 3 ans, présence d'un CESC)*
- *Fonctionne actuellement à coût presque zéro donc fait intervenir des associations ou organismes bénévoles ou financés par l'ARS. « Le secteur de Flers a la chance d'être bien loti en terme d'organismes et de partenaires donc il est tout à fait possible de faire de très belles choses pour presque rien. »*
- *Bonnes surprises : élèves qui ont la réputation d'être difficiles en cours mais qui se révèlent sur des temps reposant plus sur l'expression, l'aspect pratique, les émotions. « Certains sont extraordinaires. Tu leur demandes d'écrire et de distribuer la parole et ils le font nickel pendant une heure alors qu'on te prévient qu'ils risquent de perturber la séance ».*
- *« Des fois tu rames pendant 1h30. Personne ne parle comme une fois en bac sanitaire et social. »*
- *« La prévention demande des compétences d'animation et ça on nous l'apprend pas, on ne le fait pas quand on passe dix ans en réanimation par exemple ».*
- *« En formation on nous donne des outils pour animer mais c'est surtout avec internet que tout a changé. Avant il fallait aller à Caen pour avoir des documents, des ressources. »*
- *« Si je veux faire une action de prévention pour toutes les secondes c'est 465 élèves. En demi-groupe de 1h30, c'est juste impossible. »*
- *« La règle numéro une : il ne faut pas que ce soit ponctuel. Une fois ça ne sert à rien. »*
- *« Je peux organiser un super projet d'éducation à la santé mais j'ai pas le temps. »*
- *« On a fait le calcul. Si on veut faire les séances d'éducation à la santé comme dans les textes, il faudrait deux temps pleins d'infirmier juste pour ça, pour le département de l'Orne. »*
- *« Des fois on doit arrêter notre séance de prévention, on est interrompu pour répondre à « une urgence ».*
- *« Quand tu commences dans le métier, ce qui passe à la trappe en premier c'est la prévention. Tu fais les bobos, tu réponds aux demandes, c'est ce qu'il y a de plus visible. Tout est une question de priorité et je ne sais pas si l'éducation et la prévention sont les priorités de l'éducation nationale. Ça c'est une question qui est tranchée par l'équipe de direction».*
- *La question de faire intervenir un gendarme « qui fait peur » pour parler de la question des drogues : deux visions de la prévention (l'une répressive et l'autre éducative). Le gendarme faisait un certain effet auprès des enseignants qui le trouvaient « ferme avec les jeunes ».*
- *Par définition, étant donné que l'infirmier est le seul à maîtriser certains sujets, à être formé pour, il peine parfois à se faire entendre et à avoir les mêmes repères et références que les autres membres de l'équipe*

	pédagogique, ce qui ne facilite pas la coopération. - « <i>Dans un monde idéal, il faudrait dès le début de l'année faire une réunion pour fixer des heures d'interventions et ne pas revenir dessus. Car il y a toujours une bonne raison de les faire sauter.</i> » - « <i>Quand le temps que tu passes à avoir le temps et les moyens de faire quelque chose est supérieur au temps que tu passes à le préparer, c'est qu'il y a un problème quelque part.</i> » - Certainement moins d'enjeux (diplôme) au collège, plus de place pour ces temps éducatifs, notamment en primaire. - Lycée : plus de la prévention et de l'éducation individuelle, au cas par cas. - Complexité de l'évaluation des actions : en pratique, prend un temps monstrueux.
Perception des élèves (infirmière, actions, éducations)	- « <i>Des élèves ne savent même pas qu'on existe puisqu'on fait peu d'actions générales ici.</i> » - « <i>Parfois on évoque des sujets, on refuse des choses, on dit des choses en entretien qui font que certains ne nous apprécient pas.</i> » - Lassitudes des élèves de reparler des mêmes sujets qu'au collège.
Éducation à la sexualité	- « <i>Parler du port du préservatif au lycée c'est quasiment déjà trop tard au vu de l'âge de la première fois.</i> » - « <i>Le problème c'est que les enseignants confondent parfois prévention et apport d'informations. Ils sont à l'aise quand il y a des cartes, des définitions et tout mais dès qu'on parle comportement sexuel et de prise de risque, c'est pas son domaine.</i> » - « <i>Moi, qu'ils connaissent le pourcentage de personnes qui ont le SIDA je m'en fous, ce que je veux c'est savoir s'il mettent un préservatif et si non pourquoi.</i> » - « <i>Quand on dit qu'on va parler de sexualité, il y a des jeunes qui décident de ne pas venir, autant les garçon que les filles. Soit ils considèrent qu'ils savent déjà, soit culturellement ils savent que ça ne leur correspondra pas. Par exemple sur le préservatif, ils pensent ne pas en avoir besoin puisqu'ils sont censés attendre le mariage mais mon rôle c'est tout de même de leur dire qu'on ne sait jamais et qu'on ne fait pas toujours ce qu'on avait prévu et ce jour là ça peut être utile d'avoir l'info.</i> » - « <i>Je pense que ça devrait être obligatoire qu'à 15 ans, tous les jeunes, aient au moins une fois ouvert un préservatif, vu ce que c'était, qu'il y a un sens et qu'ils aient réfléchi là-dessus. Qu'ils se disent que c'est tellement normal qu'on l'a fait en classe. Après on ne force pas mais on propose, on donne l'occasion. Je ne vais pas sur le terrain des croyances, des valeurs ou de la morale mais de la connaissance, de la vie dans la société actuelle.</i> » - « <i>Je préfère qu'ils fassent les cons avec ou des bombes à eaux plutôt qu'ils n'en voient pas. Au moins ils normalisent le truc.</i> » - Travailler son approche, par exemple par l'humour ou un objet culturel, pour ensuite « détendre l'atmosphère » et pouvoir aborder le sujet potentiellement gênant plus sereinement. - Il faut pouvoir expliquer à un chef d'établissement pourquoi on estime judicieux de présenter un préservatif à des 5ème en EREA alors que lui pense que « <i>c'est trop tôt</i> ». La nuance c'est que ce n'est pas lui qui décide mais le CESC.

	- « On nous a bien briefé sur le fait qu'on ne parle pas de pratique ni des valeurs mais de risques. On oriente pas. On fait très attention. Moi j'ai eu une formation où on nous disait même quoi répondre si on nous demande quel goût a le sperme. On nous apprend à décrypter le sous-texte d'une question et à la dévier. Par exemple ici sur le fait qu'il est complexe de décrire un goût. A chaque question problématique ou sensible on te propose une réponse type. Le but est qu'il n'y ait pas de vagues. On nous formate un peu car l'éducation nationale a conscience que c'est un sujet sensible. »
Autres informations	- « L'interlocuteur principal d'un enseignant c'est le CPE donc règle numéro une : avoir de bonnes relations avec. » - « La vie scolaire est le point d'orgue de tout suivi d'élève ». »

Entretien N°2 : Infirmière scolaire exerçant en lycée depuis septembre 2018 (40 minutes)	
Questions ou sujets abordés	Informations importantes recueillies
Parcours professionnel et transition vers le milieu scolaire	- 14 de pratique dans le domaine de la santé mentale ce qui l'a aidé (addictologie, entretien) - Souhait de travailler en amont, de faire de la prévention après avoir vu beaucoup de jeunes en difficulté. - « J'ai rencontré beaucoup d'infirmières scolaire avant le concours pour poser des questions. » - « On m'a dit « tu vas t'ennuyer » mais pas du tout ! »
Les débuts, les difficultés, la découverte, la formation interne	- « Ça s'est bien passé car nous sommes deux sur l'établissement donc j'avais mon tuteur sur place ce qui est très rarement le cas. » - Aucune formation à la prise de poste mais un tutorat puis ensuite « des demi-journées sur l'année qui nous permettent de voir les grands thèmes. (soins d'urgence, protection de l'enfance, PAI, dépistages) » - « Chaque établissement fonctionne différemment et donc chaque infirmier doit travailler différemment. » - « Nous avons chaque trimestre des réunions de service pour échanger sur nos pratiques, se questionner car entre nos missions en théorie et la pratique c'est bien différent. » - « On apprend sur le tas plein de choses »
Sur l'éducation et la prévention (difficulté et freins)	- « En lycée, on intervient à un moment où les mauvaises habitudes sont déjà là, le mal est déjà fait donc c'est plus limité qu'en primaire ou au collège. » - « On devrait développer ça beaucoup plus en primaire. » - « On est intervenu en seconde à la demande d'un professeur sur le thème du SIDA au vu de leur manque de connaissances sur le sujet. » - « Un premier temps sur l'apport théorique et un second temps sur des choses plus pratiques (pose préservatif) mais on aurait aimé en faire plus (savoir dire non, dédramatiser...). » - « Les jeunes ont finalement beaucoup d'informations mais ne les appliquent pas. C'est souvent trop tard. »

	- « <i>Ce qu'il faut c'est créer du dialogue, se montrer, être présent dans la vie scolaire. »</i> - « <i>J'ai envie de faire plein de choses mais on est vite happé par le quotidien. »</i> - Nécessité d'avoir des connaissances solides. - C'est en pratiquant qu'on y arrive. On est pas enseignant et l'animation de groupe c'est pas si facile. On nous apprend pas ça à l'IFSI. - « <i>Il faut réussir à se mettre à la même hauteur, à créer cette proximité. »</i> - « <i>Il faut partir de ce que eux nous disent</i> » - On ne mets pas en place la même chose selon le moment, les besoins du moment, le lieu, l'établissement.
Sur son rôle	- « <i>On s'investit sur beaucoup de plan : formation, suivi individuel, visite médicales (lycée professionnel) parents, lien avec CPE, éducation... Il faut être extrêmement organisé. »</i> - « <i>Nous sommes le lien entre les familles. Nous sommes fédérateur et rassurants. »</i> - « <i>Tu gères du somatique, du psychologique, du social, de l'information, de l'accompagnement sur du chronique, de l'ergonomie... »</i> - Favoriser le climat scolaire, trouver un juste milieu entre la transparence sur certains sujets (suicide, scarification, IVG...) et le climat scolaire. - Garant de la sécurité des élèves
Perception des élèves (infirmière, actions, éducations)	- « <i>Écoute bienveillante »</i> - L'infirmerie : « <i>un refuge »</i> - Personne de confiance car secret médical et un peu détaché des autres adultes (professeurs, CPE) - « <i>Les élèves ont plein d'envies, plein de questions, sont très motivés mais sur la durée c'est plus compliqué. »</i>
Relation avec les enseignants	- Grosse structure donc sincèrement « <i>je les connais pas</i> ». Lien compliqué car en salle des professeurs à la récré et nous occupés à ce moment par les élèves. - Relation plus proche avec les assistants d'éducation et la CPE
Éducation à la sexualité	- « <i>Avant on avait une formation sur l'éducation à la sexualité et on avait pas le droit d'intervenir avant mais maintenant on en a plus. »</i> - « <i>Il y a beaucoup de connaissances ou de détails qu'on a pas au final. »</i> - « <i>A l'IFSI on nous parle de pathologies mais ici, avec les jeunes, c'est pas ce qui nous intéresse. »</i> - « <i>Il faut être à l'aise avec le sujet, dire les mots, ne pas avoir peur comme quand on parle de suicide. »</i> - « <i>On fait avec ce qu'on est.</i> »
Interlocuteurs	- « <i>Je travaille avec la maison des adolescents, l'équipe PEPS à Flers mais il faudrait que je me développe un carnet d'adresse. »</i> - « <i>Tu ne fais pas intervenir quelqu'un sans l'accord du chef d'établissement. »</i> - « <i>Ici le CESC c'est plus pour la forme, il y a peu de coopération entre les établissements contrairement au bassin Virois par exemple. »</i>

Entretien N°3 : Infirmière scolaire exerçant en collège depuis une vingtaine d'année (1h15)

Questions ou sujets abordés	Informations importantes recueillies
Parcours professionnel et transition vers le milieu scolaire	- A commencé comme infirmière au CHU, ne savait même pas que l'on pouvait exercer en milieu scolaire. - A ensuite exercé en entreprise, a découvert la prévention et a apprécié. - A repris des études d'infirmière puéricultrice pour travailler en PMI ou en crèche. - A fait un remplacement en lycée puis a passé le concours pour occuper le poste qu'elle occupe aujourd'hui dans un collège. - A toujours été attirée par l'enfant et l'adolescent, la prévention et surtout le fonctionnement en projet.
Les débuts, les difficultés, la découverte	- Lorsqu'elle a commencé il y avait 50% du temps en primaire et 50% au collège contre 20/80 aujourd'hui. - Les études de puéricultrice lui ont beaucoup apporté concernant le développement de l'enfant, la psychologie, la prévention, la création de projet, des enseignements qu'elle n'avait pas eu à l'IFSI. - Savait que ce qui l'intéressait ce n'était pas les soins techniques donc s'est sentie à l'aise en milieu scolaire avec un public qu'elle connaissait. - Formations très accessibles à l'EN - « <i>La difficulté principale est que l'on est assez seul. Tout tourne autour des profs, ce qui est normal. Arriver à se faire entendre, considérer, avoir des heures, c'est compliqué au début.</i> » - « <i>Il faut arriver à faire ses preuves. Montrer qu'on peut gérer une classe et on est pas formé pour ça.</i> » - « <i>On est formé pour gérer de l'individuel à l'IFSI et pas un grand groupe comme une classe.</i> » - « <i>Le médecin est quasiment inexistant</i> » - « <i>Il y a très peu de moment où on peut se rencontrer avec les autres infirmières et les membres de l'équipe pédagogique</i> ».
Rôle	- « <i>Aider l'adolescent ou la famille à faire</i> » - « <i>Le « il faut pas fumer » c'est du pipeau tout ça et heureusement c'est de plus en plus rare en partie car l'EN nous briefe beaucoup à ce niveau.</i> » - « <i>50% de notre boulot ça doit être l'éducation à la santé en principe</i> ». - « <i>On ne peut pas faire à la place des gens, on peut parler, discuter mais pas empêcher de faire. Ça dépend du moment, de la situation et surtout où le jeune en est.</i> » - « <i>Très en lien avec l'AS. On essaye de coopérer, d'organiser des choses avec les autres établissements de Flers</i> ». Permet d'avoir d'autres idées, points de vue. - « <i>C'est très facile de ne rien faire.</i> » Il y a tellement de liberté mais aussi de choses à faire.

Éducation et prévention	- « Il faut être mesuré et réaliste. Il ne faut pas être dans l'injonction. Boire par exemple, en soi ce n'est pas grave du moment qu'on ne met pas en danger l'autre ou soi-même. La vie est aussi intéressante parce qu'il y a de la prise de risque, d'autant plus à l'adolescence. Après il faut cadrer c'est sûr. » - « La priorité ce sont les mathématiques et pas le fait qu'ils picolent ou fument. L'important c'est le bac ou le brevet. Il faut l'accepter. » - « Il suffit du bon intervenant au bon moment. Quand on va dans une classe, il y en a peut-être un tiers de disponible mais c'est pas grave. Si le reste l'entend en SVT ou avec ses parents, s'ils retiennent déjà où il faut aller en cas de problème c'est gagné. » - « Il faut être très modeste. Il y a le libre arbitre, le vécu, les parents, la religion... » - « Il faut surtout être ouvert et montrer que l'on est disponible si besoin. » - « Souvent ils viennent en pensant tout savoir et puis au fil de la séance ils sont surpris, posent des questions. Ils aiment bien ce qui est concret : les lieux qu'ils connaissent, les objets, les situations qu'ils vivent. »
Éducation à la sexualité	- « On utilise beaucoup le photo-langage pour ce sujet auprès des troisièmes. Ça permet de lancer des sujets et rebondir sur autres choses, des questions, des remarques. Ça met une distance les images. On parle pas d'eux mais des personnages. » - « On parle de sensations, de plaisir, de consentement... » - On commence toujours par parler d'amour. On fait des rappels concernant la puberté. - « On essaye de parler de choses avec humour, en étant direct et à l'aise. Ils se disent : bon, si elles disent « bite » et « couilles » c'est qu'on va pouvoir parler sans retenu. » - « Notre priorité c'est qu'il connaissent les lieux clés dans leur ville et les personnes vers qui se tourner s'il y a un problème. Ils ont dans leur carnet de correspondance un mémo à ce sujet avec les numéros de téléphone, les adresses. » - « Le but est de voir où ils en sont, répondre aux questions et qu'ils voient que l'on est là en cas de besoin. » - « Le prof il est dans l'explication, l'information. Nous on va dans le concret, le quotidien. Pour la pilule on répond aux questions comme : C'est gratuit ? Il faut l'accord des parents ? Il faut une ordonnance ? Comment je demande en pharmacie pour ne pas être gêné ? » - « On parle aussi de l'homosexualité, d'exhibitionnisme, on rappelle la loi, ce qu'on peut faire ou non, le respect de l'autre, la liberté, l'aspect plus citoyen. » - « On fait pas le boulot du prof de SVT (anatomie) » - « La séance dure deux heures et on veut que tous les élèves sortent du collège avec ces informations. » - « On a une séance en cinquième plus sur la puberté et en quatrième c'est surtout le programme de SVT qui fait le boulot. » - « On sépare les filles des garçons en cinquième parce qu'on s'est rendu compte qu'elles posaient leur question sur les règles principalement après la séance. Elles n'osaient pas en parler devant

	les garçons. C'est trop intime à cet âge là.» - « Pour la puberté c'est sûr qu'il faut un temps non mixte. Mais après dans chaque groupe on évoque ce qui préoccupe et concerne le sexe opposé. » - « On pourrait faire un temps mixte et non-mixte mais après c'est une question de temps. » - « Les filles n'ont pas du tout les mêmes préoccupations que les garçons. Par exemple sur les règles, on pourrait y passer l'heure tellement ça les préoccupe.» - « On a des remarques comme : mais si on mets un tampon, on sera plus vierge. L'aspect religieux est également présent. » - « On se rend compte qu'ils en profitent pour confronter des points de vue et se rendre compte de celui du sexe opposé. » - « Ce qui intéresse les garçons c'est de savoir s'il vont pouvoir faire une performance comme dans les films porno puisqu'en cinquième ils en ont tous vu un. Eux, leur angoisse c'est de savoir s'ils vont être à la hauteur. » - « Quand on a des grossesses précoces c'est cette différence d'attentes qui réapparaît entre la fille qui n'a pas osé dire non parce qu'elle était amoureuse et le garçon qui avait d'autres choses en tête. A ce moment là, ça peut être vécu comme un viol. » - « Le milieu familial joue. Par exemple, ici il y a une population de musulmans et avec certaines c'est déjà un challenge qu'elles viennent et qu'elles entendent. » - « Quand on parle d'homosexualité ou d'avortement, avec certains c'est vite houleux, pour des raisons culturelles ou religieuses. » - On est pas là pour dire ce qui est bien ou pas, ce qu'il faut faire mais ce qui existe. « Il faut qu'ils entendent que ça existe. » - « C'est pas facile pour les parents de parler de ça avec leurs enfants. Ils le voit encore petit, ne savent pas comment l'aborder ou ne sont pas à l'aise. » - « La sexualité c'est aussi parler de ce qu'est une fille, un garçon, les stéréotypes, le corps humain... » - L'intérêt concernant ce sujet, leur expérience, leur connaissances est tellement variable qu'on ne peut s'adresser et toucher tout le monde comme on le voudrait. - Ne pas oublier qu'on est là, en individuel si besoin.
Le collègue	- « Les années collège sont dures. Ils sont contre tout et donc aussi contre les adultes, contre toi. » - Importance des copains et des amis
Avec les enseignants	- « Par exemple on travaille en lien avec la professeur de français sur la question de l'amour ou avec le professeur d'art plastique sur la grossesse.» - « Certains s'impliquent sur les questions de santé mais c'est très variable ».
Les sujets sensibles	- « On nous dit bien qu'il vaut mieux dire que l'on est pas à l'aise sur un sujet plutôt que de répondre. » - « Il vaut mieux laisser un sujet que l'on ne maîtrise pas quelqu'un

	d'autre. » - « <i>Il faut se sentir à l'aise quand tu parles de sexualité ou d'avortement.</i> »
--	--

Entretien N°4 : Infirmière conseillère technique du département de l'Orne	
Questions ou sujets abordés	Informations importantes recueillies
Parcours professionnel	- A débuté en clinique puis a travaillé en centre de santé dans une commune. Ensuite a passé un concours du ministère de la santé pour arriver il y a 16 ans au poste qu'elle occupe aujourd'hui.
Interlocuteurs et rôle	- En contact avec les infirmières de terrain mais surtout les représentants d'institutions et organismes (ARS, préfecture, associations). - Intervient sur des problèmes d'organisation et de conditions de travail - Coordination des 39 infirmières de l'Orne. - Faire appliquer les missions, lorsqu'il y en a des nouvelles. - Participer à la formation d'entrée de carrière et formations continues en fonction des demandes et besoins du terrain. - Faire appliquer les actions prioritaires du projet académique (conduites addictives et éducation à la sexualité surtout) - Participer à des groupes de travail - Effectuer le rapport d'activité en se basant sur les statistiques de chaque établissement - Représenter le supérieur hiérarchique si besoin (DASEN) - Ressource humaine : recruter, remplacer, accompagner et évaluer
Problématiques de terrain	- Tuteur pas présent physiquement - « <i>On ne peut pas tout savoir la première année</i> » - « <i>Le monde de l'école ce n'est pas le monde l'hôpital. Les conditions de travail sont parfois très différentes d'un endroit à l'autre. On peut avoir de la place ou pas du tout, de l'informatique ou non...</i> » - Logiciel « Sagesse » très vieillissant et limité. - « <i>On m'appelle pour des documents manquants, un ordre de mission, des conseils, de l'administratif, de la protection de l'enfance...</i> » - Les infirmières, à la différence des assistantes sociales, sont peu ou pas formées à gérer les problématiques de violence ou de viols à l'encontre des enfants ou adolescents.
Relation et lien avec les infirmières	- 3 à 4 réunions par an en grand groupe (les 39 infirmières) avec un ordre du jour, les informations descendantes, présence d'un intervenant pour aborder une problématique. - « <i>Je peux me rendre dans un établissement quand il y a un problème, souvent de condition de travail, de relationnel entre l'infirmière et le chef d'établissement ou autre.</i> »

	- « Parfois je passe sans raison mais je préviens toujours » - « Ne sait qu'en fin d'année ce qui a été fait sur le terrain avec les compte rendu d'activité. »
Prévention et éducation	- « Je ne dis pas ce qu'il faut faire mais j'ai un retour écrit une fois par an sur ce qui a été fait dans ce domaine. » - « Je suis un conseiller pas un supérieur hiérarchique. Le supérieur c'est le chef d'établissement. » - « Chaque infirmière doit faire son diagnostic en fonction de l'endroit où elle exerce et bien entendu mener des actions en fonction des priorités nationales. » - « Il y a des lieux où cela se réalise et des lieux où ça ne se réalise pas. » - « La mission d'accueil des élèves passe avant l'éducation et la prévention. » - « Ils sont en formation, en intervention et « l'urgence » passe avant. » - « On n'est pas dans un établissement sanitaire. 95% des élèves vont bien. » - « Ont-ils le temps, même sur l'année, de faire ce qu'il faut rien que sur l'éducation à la sexualité ? » - « Cela dépend de la taille de l'établissement. Il faut trouver une autre idée pour toucher beaucoup de jeunes. » - « S'appuyer sur les retours de vie scolaire (conseils de disciplines, violences, retenues...) » - « Il y a des lieux où il ne se passe rien, il faut le dire, ou parfois le strict minimum » - « Dans des établissements, tout le monde arrive à obtenir son PSC1 et dans d'autres ce n'est pas possible ». - « Ce n'est pas une priorité mais c'est un tout. Par exemple juste discuter, prendre du temps... » - « On ne doit plus entendre « il faut pas faire ça car tu vas avoir ça ». C'est plus « on a ça mais pourquoi ? ». On veut d'abord savoir ce que eux en pensent, les faire réfléchir, les emmener à faire les bons choix. On ne peut pas maîtriser tous les facteurs (famille, amis...). » - « Le parent est le premier éducateur. L'école apporte plein de choses mais l'enfant vit dans une famille ». - « Moi je dis toujours : la première année vous ne faite pas d'éducation à la santé. »
Place de l'infirmière à l'école	- « La place de l'infirmière c'est la place qu'elle se donne et aussi la place que le supérieur hiérarchique va lui donner (budget, matériel). » - « Dans certains endroit c'est un membre à part entière de l'équipe, dans d'autre c'est l'infirmière avec la cornette qui dit oui à tout et qui doit être derrière sa porte à faire de la bobologie. » - « C'est important de rester dans son domaine de compétence même si c'est pour faire avancer les choses, par exemple sur l'aspect social. » - Être capable de dire « non ».

	- « Les relations avec les enseignants sont parfois difficiles car les infirmières prennent sur les temps de cours. » - « La santé ce n'est pas que du curatif et ce n'est pas que l'infirmière. On peut faire de la prévention à travers un texte de français, en anglais, en art plastique. Il n'y pas que le prof de SVT et de sport. C'est une question de représentations. » - « Il ne faut pas travailler seul. On peut faire de la prévention avec d'autres professeurs (hors SVT et sport). » - « On est pas dans le passage de connaissance, on doit apporter plus. On peut vite se réfugier dans le passage de connaissance. » - « On n'est pas des pros de l'animation ni de certains sujets »
Éducation à la sexualité	- « Le but n'est pas de parler de sexe mais de respect, d'estime de soi. » - Le mot sexualité a une telle connotation, même au rectorat, que c'est compliqué, alors que ça va bien au-delà du « sexe ». - « C'est très important la façon de dire les choses car l'élève après il va reprendre un mot, il va reprendre deux mots. » - « Il faut que les choses viennent de l'élève car l'animateur représente la connaissance et ce qu'il va dire va rester. » - « Il faut s'appuyer sur l'expérience de professionnels de terrain. » - « On peut être dépassé par ce que les jeunes nous disent, savent. Ils nous testent aussi » - « Pour eux, on est des vieux. » - Nécessité d'avoir un homme pour parler de problèmes d'homme.
Autres	- « Je ne suis pas sûr que toutes les infirmières soient pour la vaccination. » - « On répond selon nos valeurs mais il faut mettre de côté ses convictions. J'ai eu deux cas d'infirmière qui ont refusé de donner un Norlevo car c'était au-delà de leur convictions. » - « On ne doit pas dire c'est bien, c'est pas bien, je suis pour, je suis contre. »

ANNEXE N°2 : Professionnels en lien avec l'infirmière

a) Au sein de l'établissement (présents quotidiennement)

Professionnels	Liens avec l'infirmière
Chef d'établissement	- Supérieur hiérarchique de l'infirmière - L'infirmière a, auprès de lui un rôle de conseiller technique et d'expertise dans le domaine de la santé et de la sécurité. - Doit être consulté pour tout projet, problématiques majeures ou interrogations d'ordre organisationnelles.
Conseillère principale d'éducation	- La CPE est le professionnel de référence pour tout ce qui concerne la vie scolaire, les absences, le comportement et les relations de l'élèves. Elle est une source d'informations essentielles à la prise en compte de l'élève dans sa globalité.
Enseignants/professeurs des écoles	- Interlocuteurs privilégiés en ce qui concerne les apprentissages et le comportement de l'élève en classe. - Éducation à la santé : le travail en collaboration avec les enseignants devrait être la norme.
Infirmières scolaire	- Collaboration, partage des informations
Accompagnants des élèves en situation d'handicap (AESH)	- Apportent leur aide et un soutien à l'élève en situation de handicap dans le but de maintenir son autonomie en classe. - Peuvent être conseillés par l'infirmière.
Assistants d'éducation/pédagogiques	- Source d'informations indispensable. - Omniprésents aux quotidien.
Équipe de restauration scolaire	- Interlocuteurs privilégiés en ce qui concerne l'alimentation
Gestionnaire	- Doit être consulté pour tout financement de projet, de sorties, d'achat de matériel (éducation, soins...)

b) A l'extérieur de l'établissement (présents ponctuellement ou non)

Professionnels	Liens avec l'infirmière
Médecin scolaire	- Rôle de conseil et de formation - Intervention si événement grave ou maladies transmissibles - Rédaction des certificats et projets concernant les élèves à besoins particuliers (PAI)
Assistante sociale	- Aide les élèves et leur famille présentant des difficultés sociales, en recherchant les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social et en mettant en œuvre des actions adaptées.
Psychologue de l'éducation nationale	- Agit en faveur du bien-être psychologique et de la socialisation de l'élève. - Prévention des risques de rupture scolaire - Intervient auprès des élèves en difficulté d'apprentissage ou de handicap - Élabore avec eux un projet d'orientation
Infirmières de l'éducation nationale	- Partage autour des pratiques professionnelles - Collaboration au sein d'un CESC (Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté Départementale)
Associations/intervenants	- Peuvent fournir les ressources et le matériel nécessaire à une séquence d'éducation à la santé - Peuvent intervenir dans le cadre d'une séquence d'éducation à la santé
SESSAD	- Équipe pluridisciplinaire au service de l'enfant en situation de handicap. - Intervient à domicile ou au sein de l'école.
Infirmière conseillère technique départemental	- Conseille l'infirmière scolaire en cas de difficultés, de doutes, d'interrogations.
Médecins généralistes/spécialistes	- Assurent le suivi médical des élèves (source d'informations)
Cellules départementales de recueil des informations préoccupantes	- Conseillent les professionnels en cas d'enfant ou d'adolescent en situation de risque ou de danger.

ANNEXE N°3 : Compte-rendu des rencontres avec les classes de troisièmes

Rencontres avec trois groupes de 7 ou 8 troisièmes autour de leur perception de l'éducation à la sexualité au collège (durée 30 à 45 minutes)			
Questions	Groupe A (mixte)	Groupe B (garçons uniquement)	Groupe C (mixte)
L'école doit-elle parler de sexualité aux élèves ?	- « <i>Oui, pour éviter les dangers</i> »	« <i>Oui, il faut bien qu'on soit informés</i> » - Ils ont bien en tête où s'arrête le rôle de l'école (IST, contraception, loi, anatomie) mais pour tout le reste ? Internet ? Les copains ?	- Oui
L'école répond-elle à tes interrogations à ce sujet ?	- Oui au départ puis en fait pas vraiment à la fin de la rencontre.	- Oui mais aborde surtout aspect médical, biologique, la loi. - « <i>On a des questions personnelles sans réponses</i> »	- Oui au début puis pas complètement à la fin. - « <i>On fait des choses de notre côté. (internet, copains, famille)</i> »
Quand on vous en parle à l'école, vous vous sentez comment ?	- Intéressés, rassurés - Souhaitent en parler avec des adultes « <i>ouverts et à l'aise</i> ».	- Gênés et amusés	- Gêné, amusés et rassurés
Quelles sont les personnes vers qui vous vous tournez pour parler de ça ?	- Professeurs de SVT - Parents : on remarque qu'une moitié en parle avec un parent (la mère en général) et l'autre n'ose pas. - « <i>Entre copines. On parle aussi beaucoup de nos complexes et du corps</i> ». - L'infirmière	- Les copains - Professeur de SVT - Infirmière	- Infirmière - Professeur de SVT - Les filles en parlent entre elles plus librement - Les garçons en parlent plus sur le ton de la rigolade ou alors avec des copains précis. - En parler aux parents : « <i>non</i> » général.
Où vas-tu chercher les informations quand tu te poses des questions ?	- Auprès du professeur de SVT, de nos parents et de l'infirmière.	- « <i>Si c'est normal aux profs, aux parents, si c'est gênant aux copains et si c'est très gênant ou bizarre on va sur internet.</i> »	- Internet +++ - « <i>Avec la loi Schiappa, on parle de fellation aux maternelles.</i> »

Comment aimez-vous qu'on vous parle de sexualité à l'école ?	- En groupes mixtes - En demi-classe - Sous forme de discussions ou de questions-réponses	- En petits groupes - Sous forme de discussions ou d'échanges.	- Petits groupes mixtes par affinités - Discussions, débats
Les sujets qui vous intéressent le plus ?	- La « normalité » - Les complexes (filles surtout) - La visite gynécologique - Le bon moment, la bonne personne (filles surtout car « <i>sont plus jugées sur leurs relations que les garçons</i> »)	- La « normalité » - Les changements du corps - Les complexes (plus « cachés chez les garçons ») - L'acte en lui-même (inquiétude, veulent du « concret »)	- Questions « très terre à terre », loin de ce qui préoccupe les adultes.
Autres commentaires et remarques	- Sexualité = première fois = « <i>un poids</i> » mais « <i>une fois que c'est fait c'est bon</i> » - « <i>Nous les filles on attend le bon moment</i> ». Un garçon rétorque : « <i>bah moi, c'est toujours le bon moment !</i> » - Un garçon : « <i>on s'en fout de la taille des seins</i> » puis « <i>c'est important la taille du pénis pour donner du plaisir à la fille.</i> » - Un garçon : « <i>moi je compte le faire vers 21/22 ans</i> » = rire des autres et son voisin lui dit « <i>t'en parles tout le temps et tu dis ça !</i> »	- Groupe très gêné, malaise alors que composé d'élèves en apparence très à l'aise, décontractés. - Les plus à l'aise étaient de loin les élèves qui en parlaient avec leur parents. - La première fois : « <i>un mur qui prend beaucoup de place et occulte le reste</i> ». - Voudraient qu'on en parle régulièrement, qu'on « <i>crée des rendez-vous, des habitudes.</i> » - Idée : boîte à questions « chelou » qui serait là en permanence avec réponses toutes les semaines. - Idée : Débats réguliers sur des questions de santé et de société.	- Consommation de pornographie chez garçons mais pas chez les filles - Idée selon laquelle la première fois « <i>il y a du sang, ça saigne</i> ». Peur des filles - Un garçon, au premier degré : « <i>je ne suis pas prêt à le faire, je suis encore petit.</i> » - Les filles sont beaucoup plus détendues car partagent sur les sentiments, l'image de soi, les complexes (sujets plus faciles à aborder). Sentiment d'égalité et de coopération - Les garçons sont plus tendus, méfiants, partagent peu car pensent à des sujets plus difficiles à aborder (performance, normalité, pression des pairs). Sentiment de comparaison et compétition

ANNEXE N°4 : L'éducation à la sexualité (schéma)



CAMPION	VIRGILE	
L'infirmier à l'école / L'éducation sentimentale		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Caen		
Résumé : Ce travail de fin d'étude porte sur l'exercice infirmier en milieu scolaire et plus particulièrement au collège. La réflexion porte sur les freins que peut rencontrer l'infirmier au cours de ses missions d'éducation à la santé mais également sur les ressources et les compétences dont il dispose pour les mener à bien. Le sujet d'étude s'est ensuite précisé et abordera plus spécifiquement la question de l'éducation à la sexualité. Au travers de l'étude de plusieurs concepts clés (éducation, sexualité, école, adolescence...), de rencontres et d'expériences personnelles, plusieurs problématiques apparaissent. La plus évidente concerne la façon d'aborder les questions de sexualité à l'école et, en outre, avec un public adolescent. En revanche, ce qui est apparu progressivement est le caractère ambivalent et complexe de l'exercice infirmier en milieu scolaire. Évoquant à la fois les obstacles institutionnels et la question de l'identité professionnelle, ce TFE tente de dresser un portrait, forcément incomplet, de la profession, de son évolution et de la question de l'éducation à la santé à l'école.		
Mots clés : infirmier scolaire, éducation, santé, sexualité, collège, adolescent, identité		
Abstract : This thesis is about the nurse's profession in school and more particularly in middle school. What's matter here are the obstacles for the nurse during his health education missions but also the resources and skills he had to clear these missions. Then, the subject of study become more precise and talks about sex education. Through the study of several key concepts (education, sexuality, school, adolescence...), meetings and personnal experiences, many issues appears. The most obvious one concerns the way to speak about sexuality at school and, furthermore, with a teenage audience. On the other hand, what's appears gradually are the ambivalence and complexity of the nurse profession at school. This thesis, through the institutional obstacles and the professional identity of the school's nurse, try to describe, partly necessarily, this profession, its evolution and the question of health education at school.		
Keywords : school nurse, education, health, sexuality, middle school, teenager, identity		