



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE

espe

École supérieure  
du professorat  
et de l'éducation  
Académie de Nancy-Metz

Mémoire de Master 2 Sciences  
de l'éducation. Pratiques et ingénierie  
de formation de formateurs

UNE INFIRMIÈRE QUI EXERCE A  
L'ÉDUCATION NATIONALE...  
UN EXERCICE PROFESSIONNEL  
SINGULIER DU SOIN, VERSANT CARE

Par Christine Grangé.

Directeur de mémoire :  
Jean Marc PARAGOT

Année universitaire 2015-2016

# REMERCIEMENTS

Je remercie infiniment tous les êtres substantifs, catégorisés avec bien, mieux, peut, savoir, mal, non, sur et vouloir ...ÊTRE, qui se reconnaîtront et qui, chacun à leur manière, ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail .

Pour peut-être transmettre. (transm-être) à d'autres après....

« Comprendre c'est penser dans un contexte  
nouveau »

Mikhaïl BAKHTINE

« Esthétique de la création verbale » 1984

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>1 RETOUR AUX ORIGINES</b> .....	<b>15</b>
1.1 LA FEMME SOIGNANTE .....	15
1.2 DE LA SORCIERE A L'INFIRMIERE MODERNE.....	16
1.3 LA PREMIERE RENTREE DE L'INFIRMIERE A L'ECOLE : LE COMMENCEMENT.....	21
<b>2 UN MEMOIRE POUR RENDRE VISIBLE L'INVISIBLE</b> .....	<b>23</b>
2.1 ELEMENTS DE CONTEXTE .....	23
2.2 LA RECHERCHE : OPPORTUNITE D'UN LEVIER POUR CONNAITRE ET RECONNAITRE L'EXERCICE INFIRMIER A L'EDUCATION NATIONALE.....	26
<b>3 METHODE DE RECHERCHE CLINIQUE : ANALYSE DE L'ACTIVITE</b> .....	<b>28</b>
3.1 CADRE CONCEPTUEL .....	28
3.2 DEMANDES D'AUTORISATION D'ENREGISTREMENTS DES REUNIONS .....	30
3.3 LES CINQ ENREGISTREMENTS .....	32
3.4 CORPUS ET FRAGMENTS .....	32
3.5 AUTO CONFRONTATIONS DES « HEROS » DES A.A.P.P. ....	33
3.6 AUTO CONFRONTATION CROISEE « HEROS » ET CHERCHEURE.....	34
3.7 RETRANSCRIPTION DES ENREGISTREMENTS DES AUTO CONFRONTATIONS CROISEES.....	35
<b>4 ANALYSE</b> .....	<b>43</b>
4.1 LECTURE GUIDEE PAR STRUCTURATION A PRIORI .....	43
4.2 LECTURE GUIDEE PAR STRUCTURATION A POSTERIORI : LES CATEGORIES IDEKI .....	50
<b>5 DISCUSSION</b> .....	<b>53</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>56</b>
<b>TABLE DES SIGLES</b> .....	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>60</b>
<b>TABLE DES ANNEXES</b> .....	<b>64</b>

# INTRODUCTION

« En France, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, et de la recherche emploie de nombreux agents qui exercent des métiers variés et complémentaires. Leurs activités et compétences sont diverses. Pas moins de 105 emplois-types y sont dénombrés et regroupés en 13 familles professionnelles »<sup>1</sup>. Tous concourent de près ou de loin à la réussite scolaire des élèves.

Mon travail va se focaliser sur l'un de ces professionnels : **l'infirmière**.

Qui est ce professionnel de santé ?

« Une infirmière qui travaille dans les écoles... Oui je sais que ça existe mais bon, elle a trouvé une planque pour avoir les vacances scolaires. Mais que peut-elle bien faire de ses journées ? Elle doit certainement s'ennuyer à moins qu'elle s'occupe comme elle peut en tricotant. Mais ce n'est certainement pas une vraie infirmière car je ne vois pas ce qu'une vraie infirmière pourrait faire dans une école. »<sup>2</sup>

Et pourtant, l'infirmière de l'E.N.\*<sup>3</sup> (Education Nationale), encore trop souvent appelée infirmière scolaire<sup>4</sup>, est entrée dans un processus de professionnalisation au sein d'un contexte rénové induit par la parution le 8 juillet 2013 de la loi sur la refondation de l'école<sup>5</sup>. Ce processus est confirmé par la parution récente, le 10 novembre 2015, de la circulaire des missions de infirmières de l'E.N.<sup>6</sup>.

La profession vit un moment important que je contribue à accompagner en tant que paire infirmière de l'E.N., car j'occupe les fonctions d'infirmière conseillère technique départementale auprès de l'inspecteur d'Académie, directeur des services départementaux des services de l'éducation nationale de Meurthe et Moselle.

---

<sup>1</sup> <http://www.education.gouv.fr/cid56479/repertoire-des-metiers-menjva-mesr.html>

<sup>2</sup> J'ai cité ici toutes les représentations péjoratives qui m'ont été renvoyées au cours de mon exercice professionnel.

<sup>3</sup> Les acronymes suivis de \* sont développés dans le glossaire.

<sup>4</sup> Terme obsolète depuis 2001, date de parution de la circulaire qui ne parle plus d'infirmière scolaire mais de l'infirmière de l'éducation nationale.

<sup>5</sup> Loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 du code de l'éducation.

<sup>6</sup> Circulaire de l'éducation nationale n° 2015-119 du 10-11-2015.

Je suis chargée principalement de :

- favoriser et proposer une réflexion permettant de déterminer les actions prioritaires du département en tenant compte des besoins du terrain.
- d'élaborer et proposer des programmes d'action à la promotion de la politique de santé.
- de participer à des recherches actions
- de contribuer à la formation des personnels infirmiers au niveau académique
- d'organiser l'accompagnement professionnel des infirmières nouvellement nommées, notamment en termes de tutorat.
- d'apporter mon conseil technique lors de sollicitations diverses des chefs d'établissement mais aussi des collègues infirmières.

Mon expérience professionnelle au sein de l'E.N. depuis plus de vingt ans, m'a permis d'exercer tour à tour en lycée professionnel, en poste inter degré, en EREA\*, en internat pour maintenant faire fonction de conseillère technique départementale. Cette connaissance de l'exercice infirmier à l'E.N. ne saurait suffire à conceptualiser l'identité de l'infirmière qui y travaille car elle est trop empreinte de subjectivité. J'ai donc souhaité en faire mon objet de recherche.

Ce champ de recherche est bien trop large pour entrer dans un seul mémoire de Master. J'ai donc dû focaliser sur un aspect spécifique ancré dans mon expérience professionnelle. Et un évènement récent m'y a aidé.

En effet, j'ai participé, avec mes quatre autres collègues infirmiers conseillers techniques de l'Académie (trois collègues conseillères techniques départementales et une conseillère technique rectorale), il y a presque un an, à une recherche exploratoire intitulée « De l'infirmière scolaire à l'infirmière de l'Education Nationale réflexive, actrice pour une institution bienveillante » ayant donné lieu à une communication lors d'un colloque international à Colmar<sup>7</sup>. Notre travail a porté sur l'analyse des situations d'« empêchement » évoquées par les collègues I.D.E de l'E.N. participant aux ateliers d'analyse des pratiques professionnelles<sup>8</sup> organisées depuis 2007 sur les quatre départements lorrains. L'empêchement étant envisagé au sens de Bandura (1977) qui évoque l'empêchement comme marqué par le

---

<sup>7</sup> 3<sup>e</sup> Colloque international IDEKI « Didactiques, Métiers de l'humain et Intelligence collective. Nouveaux espaces et dispositifs en question, nouveaux horizons en éducation, formation et en recherche » ESPE Colmar 3 et 4 décembre 2015.

<sup>8</sup> Dans la suite de notre travail nous emploierons l'acronyme AAPP.

sentiment de perte d'efficacité professionnelle. Quelques soixante-cinq situations professionnelles du quotidien ont été catégorisées avec l'aide de dix collègues IDE\* de l'EN animatrices d'AAPP\*.

Notre travail nous a amené vers la conclusion suivante : l'identité de l'I.D.E. de l'E.N. serait double :

- Une **identité métisse** au sens de fusion entre deux cultures : la santé et l'éducation
- Une **identité mètis** au sens grec ancien du mot qui signifie intelligence rusée.

Notre discussion nous a amené à convoquer les deux concepts de « cure » et de « care ».

Ces deux anglicismes sont indispensables pour aborder deux concepts fondus en français dans un seul celui de **SOIN**. Ils constituent deux des éléments essentiels de compréhension de l'activité infirmière.

Le législateur, sans les nommer stricto sensu, les a pourtant sous-entendu, et inscrits dans la loi d'exercice profession infirmière<sup>9</sup>, nous allons voir comment.

La profession d'infirmière est une profession réglementée par le ministère de la santé. Sa définition sous-entend déjà deux aspects du soin : « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. »<sup>10</sup>

Le cadre législatif peut être lu à travers deux concepts « **cure** » et « **care** » :

- Le « **cure** » peut s'apparenter au sens de soigner et guérir représentant « les soins infirmiers sur **prescription ou conseil médical** » ;
- Le « **care** » au sens de prendre soin, d'avoir le souci des autres (MOLINIER 2009) peut donc lui se comprendre en « application du **rôle propre** qui lui est dévolu ».

---

<sup>9</sup> Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE livre III, Auxiliaires Médicaux Titre I, profession d'infirmier ou d'infirmière.

<sup>10</sup> Article L4311 du code de la santé publique (2004).

Mon travail de recherche m'a permis de remarquer la séparation que fait la loi entre les deux exercices. L'utilisation du « ou » dans cette définition de la profession explicite bien un rôle spécifique, singulier, mais qui intervient après la prescription médicale.

Nous verrons que cette représentation des choses a probablement un impact direct sur l'exercice infirmier à l'éducation nationale.

L'I.D.E. de l'E.N. a une activité très peu connue et reconnue du grand public. Une des raisons de cette méconnaissance se trouve dans le fait que, généralement, le métier d'infirmière est associé aux soins techniques à dispenser aux personnes malades. Nous pouvons aisément comprendre cette vision des choses car la proportion des infirmières exerçant dans ce type de contexte constitue la grande majorité des activités infirmières.

En effet, selon le répertoire A.D.E.L.I <sup>11</sup>, au 1<sup>er</sup> janvier 2009 en France, environ

450 000 infirmières exerçaient (le chiffre est approximatif car de nombreux professionnels ne sont pas inscrits. Ils le devraient, mais aucune politique de suivi des inscriptions n'est engagée).

Selon cette source, l'exercice professionnel infirmier se répartit de la manière suivante :

- 54 % des infirmières sont salariées d'un hôpital public.
- 17 % des infirmières sont salariées d'un hôpital privé participant au service public hospitalier (PSPH, 6 %) ou n'y participant pas (non PSPH, 11 %).
- 15 % des infirmières exercent en libéral.
- **10 % des infirmières sont salariées non hospitalières d'une autre structure (éducation nationale, intérim...).**<sup>12</sup>
- 4 % des infirmières sont salariées d'un établissement pour personnes âgées.

90% de la profession exerce donc auprès de personnes malades. Il est donc compréhensible que les représentations associées à cette profession soient associées au « cure » puisqu'il concerne l'écrasante majorité des infirmières. Comment alors se représenter une infirmière dispensant majoritairement du « care »? (Pour le grand public mais aussi pour la profession)

---

<sup>11</sup> (Automatisation des listes) : répertoire des professionnels de santé actifs géré par la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS).

<sup>12</sup> Rapport DRESS « La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles » Novembre 2010.



La question des représentations est primordiale et a constitué dans notre cursus de Master l'un de nos tous premiers cours. Nous y avons appris qu'il est important de comprendre que la réalité n'existe pas mais ne peut être appréhendée qu'à travers le prisme des représentations d'un individu ou d'un groupe social qui se constitue ses propres représentations.

Afin d'appréhender les raisons amenant un groupe à être associé à certaines représentations, je vous propose de convoquer trois auteurs différents ayant travaillé sur les représentations :

- Denise Jodelet, psychosociologue : « Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissances spécifiques, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. »<sup>13</sup>
- Jean Claude Abric, professeur en psychologie sociale : « La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique ». <sup>14</sup>
- Monique Formarier infirmière puéricultrice et directrice des soins, et Ljiliana Jovic, infirmière directrice des soins : « Les fonctions des représentations sociales visent à l'orientation et à la justification des conduites et des rapports sociaux [...], à la constitution et à la préservation d'une identité psycho-sociale. ». <sup>15</sup> Cette dernière voie d'abord est intéressante car il y est question ici de l'identité psycho-sociale.

J'ai choisi ces deux dernières auteures qui, en plus d'être infirmières, posent la question de l'identité et plus précisément de la constitution et de la préservation de l'identité psycho-sociale.

J'aborderai dans mon travail une question importante (qui ne constitue pas mon objet de recherche) : « comment exercer sa profession et pouvoir bénéficier de la constitution et de la préservation de cette identité psycho-sociale quand les représentations sociales d'une profession spécifique sont péjoratives et erronées ? ».

---

<sup>13</sup> JODELET, D : « Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie. » p.357- 378, 1984.

<sup>14</sup> ABRIC, JC « Pratiques sociales et représentations » p13.

<sup>15</sup> FORMARIER, M et JOVIC, L « Les concepts en science infirmière » p236.

C'est pourtant le cas des infirmières de l'E.N. qui constituent moins de 10% de l'exercice infirmier en France. Cette proportion pourrait rester « à la marge » néanmoins cette spécificité n'en n'est pas moins digne d'intérêt dans un travail de recherche universitaire.

En effet, ces infirmières sont amenées à avoir un rôle primordial dans l'avenir (à venir) de la Nation car elles interviennent auprès de l'ensemble des enfants et adolescents du pays (métropole et DOM-TOM) dès lors qu'ils sont scolarisés dans des établissements publics.

Elles sont les seules professionnelles, avec les médecins de l'E.N. à intervenir durant toute la scolarité des enfants. Dès leur arrivée dans le premier degré (de la très petite section de maternelle à la classe de CM2), jusqu'au second degré (de la classe de 6<sup>o</sup> aux classes post BAC des lycées) puis à l'université pour les collègues qui y exercent.

Elles interviennent, entre autre :

- Pour identifier les besoins de santé des élèves, en effectuant leur **démarche clinique** et en posant leur **diagnostic infirmier**.
- Pour assurer le **suivi** de leur état de santé et apporter leur **expertise professionnelle** dans les limites de leurs compétences.
- Pour **promouvoir et éduquer à la santé**
- Leur objectif étant de considérer la **santé comme facteur de réussite** pour tous les élèves et donc de contribuer à **réduire les inégalités sociales et de santé** du pays.

Un travail qui se décline en collaboration avec l'ensemble de la communauté éducative et en coéducation avec les familles.

La première phrase de la circulaire des missions des I.D.E. de l'E.N. est : « La mission de l'infirmier-ière de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique générale de l'éducation nationale qui est de contribuer à la réussite des élèves et des étudiants. »<sup>16</sup>

La grande majorité des élèves scolarisés est en bonne santé .Deux études nous permettent de l'affirmer : Une étude qui indique que le taux de morbidité des jeunes est inférieur à celui des adultes<sup>17</sup> et une étude concluant à ce que 88% des collégiens estime être en bonne ou en excellente santé <sup>18</sup>, donc si nous nous basons sur les représentations générales de la profession

---

<sup>16</sup> Circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015 du Bulletin officiel de l'éducation nationale.

<sup>17</sup> Idler E. L., Benyamini Y. Self-rated Health and Mortality : a Review of Twenty-seven Community Studies. Journal of Health and Social Behavior, 1997, vol. 38, n° 1 : p. 21-37.

<sup>18</sup> La santé des adolescents à la loupe. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2010.

infirmière (selon lesquelles l'infirmière réalise des soins exclusivement auprès de personnes malades), la démonstration est faite qu'il y a là certainement une autre activité que réalise l'I.D.E. de l'E.N., bien différente du soin technique et du « cure »: le « **care** ».

Effectivement lorsque nous explorons les textes qui régissent l'exercice professionnel infirmier et en particulier la circulaire des missions de l'IDE de l'E.N., nous voyons que le domaine de la prévention est largement explicité afin que l'infirmière puisse intervenir sur les trois niveaux de prévention tels qu'ils ont été défini par l'O.M.S :

- **La prévention primaire**

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation, activité physique et sportive, vaccinations...) et collective (distribution d'eau potable, élimination des déchets, salubrité de l'alimentation, vaccinations, hygiène de l'habitat et du milieu de travail). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

- **La prévention secondaire**

La prévention secondaire comprend « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie ». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

- **La prévention tertiaire**

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale.

Forts de tous ces apports, nous comprenons aisément que l'activité de l'I.D.E. de l'E.N. se situe dans une autre dimension que le soin technique représenté par le concept du « cure ». La réussite scolaire des élèves ne peut s'envisager qu'avec un état de santé compatible avec la scolarité, ou bénéficiant de compensation individualisée.

Considérer la santé comme facteur de réussite scolaire, sous-entend de considérer la santé non comme une absence de maladie mais à la considérer telle qu'elle est définie en 1948 par l'O.M.S. : « **la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ».

Envisager la santé de cette manière globale nous permet de comprendre, en plus de ce qui est que l'activité de l'I.D.E. de l'E.N., que son exercice pourrait davantage se décliner sur le versant de son rôle propre et l'exercice du « care » plutôt que l'exercice du « cure ».

Hors prescription médicale, c'est par la mise en œuvre de sa démarche clinique pour poser son diagnostic infirmier qu'elle va mettre en œuvre des soins adaptés et personnalisés. La démarche clinique infirmière se définit comme « la démarche systématique qui intègre et met en lien à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions physiologiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable »<sup>19</sup>

En ayant pris en compte, tous ces facteurs du domaine de la prescription législative, nous allons nous focaliser sur L'I.D.E. de l'E.N.

Elle exerce son métier conformément à :

- La loi qui régit l'ensemble de la profession infirmière, quel que soit son mode d'exercice (la loi de santé publique du 29 juillet 2004) ;
- La circulaire de l'Education Nationale qui définit ses missions particulières (circulaire du 10 novembre 2015).

Nous voyons là l'existence d'une double prescription :

Ministère de la santé **et** Ministère de l'éducation nationale.

L'I.D.E. de l'E.N. intervient auprès d'un nombreux public d'enfants, mais quelles représentations avons-nous de son travail ? Quel est le quotidien d'une infirmière qui travaille dans le secteur scolaire avec des enfants qui, pour la plupart, n'ont pas de problèmes de santé ?

---

<sup>19</sup> MARCHAL A., PSIUK T. Le paradigme de la discipline infirmière en France. Paris : Seli Arslan, 2002.p87

L'I.D.E. de l'E.N. exerce principalement son activité auprès d'enfants et d'adolescents en bonne santé. Pourtant, il me semble (pour en avoir discuté avec de nombreuses collègues I.D.E. de l'E.N.) que son quotidien est jalonné par la gestion de situations complexes, de plus en plus difficile à gérer, principalement en raison de son isolement professionnel au sein des établissements scolaires. Cet isolement entraînant des difficultés pour prendre de la distance face à la réalité du terrain.

Cette donnée importante a été relevée lors de réunions auprès d'I.D.E. de l'E.N. en 2007 par notre équipe d'infirmières conseillères techniques de l'Académie de Nancy-Metz. Devant l'expression réitérée de la part de nos collègues de terrain (qui citaient l'exemple des assistantes sociales de service scolaire se réunissant en groupes d'analyse de pratique), nous avons œuvré pour la mise en place d'ateliers d'analyse des pratiques professionnelles. Ces ateliers ayant pour but d'engager les participantes dans un travail réflexif, d'analyse du quotidien mais aussi de rupture de la solitude quotidienne.

Lors de la dernière formation de formatrices, en 2015, devant la répétition de certaines problématiques, et sur le conseil avisé de M. Paragot (chercheur à l'Université de Lorraine), notre équipe de cinq conseillers techniques a entrepris une recherche exploratoire dans le but d'étudier les fragments<sup>20</sup>recueillis dans les différents groupes d'A.A.P.P. , de les catégoriser et de les analyser en vue d'approcher les prémices d'une identité particulière et singulière incarnée par l'I.D.E. de l'E.N. Cette recherche exploratoire a fait l'objet d'une communication lors du colloque international I.D.E.K.I à Colmar en décembre 2015<sup>21</sup>.

C'est à partir des recherches et de la construction de cette communication, mais aussi des cours sur l'analyse de l'activité, que j'ai présenté mon intention de recherche. Ma passion des métiers de l'humain, dits « métiers de l'impossible »<sup>22</sup>, mais aussi de l'humain dans son ensemble m'ont soufflé ma méthode de recherche, au plus près des acteurs de terrain, ici les I.D.E. de l'E.N. en situation d'A.A.P.P.

Une démarche personnelle mais aussi professionnelle car l'intérêt que je porte à la profession qui exerce à l'éducation nationale est accentuée par la fonction d'infirmière conseillère technique départementale que j'occupe depuis 10 ans.

---

<sup>20</sup> Voir en annexe explications et terminologie spécifique utilisée en réunion d'AAPP.

<sup>21</sup> Voir annexe explication IDEKI.

<sup>22</sup> FREUD S dans sa préface de « jeunesse à l'abandon » d'AICHHORN (1925).

Ainsi, Goffman repris par Rispaïl, développe l'idée que : « plus l'individu est totalement défini par le rôle qu'il assume, plus ce rôle est normal, et moins il y a de risques de ressentir de la gêne ». <sup>23</sup>

J'ai choisi de travailler à partir de nouvelles séances d'A.A.P.P., et de les faire enregistrer par les animateurs, sous-réserve de leur accord et de celui de l'ensemble du groupe. J'ai appliqué la méthodologie de l'analyse de l'activité afin de pouvoir aller plus loin dans la définition de l'identité professionnelle de l'I.D.E. de l'E.N. et de vérifier ou infirmer mon hypothèse de travail :

**L'infirmière de l'éducation nationale connaît une transformation de son identité professionnelle due à ce contexte singulier d'exercice.**

Mon travail de recherche a contribué à me faire faire de grandes découvertes sur ma profession mais je ne pourrai pas toutes les partager dans mon travail qui doit rester centré sur mon objet.

Après un retour indispensable sur l'histoire de la profession, puis sur son apparition à l'école, Nous exposerons successivement le déroulement de notre recherche : notre méthodologie, notre travail, les résultats, leur analyse avant de discuter et enfin de conclure.

---

<sup>23</sup> « Mieux se connaître pour mieux soigner » de D. Rispaïl, Edition Masson, p.10, 2002

# 1 Retour aux origines

Vous aurez constaté que depuis le début de mon travail j'ai choisi, en toute subjectivité assumée, d'utiliser le féminin « infirmière » car notre profession ne comporte pas moins de 88% de femmes<sup>24</sup>(dans notre académie 96%). Il me semble donc respectueux par rapport à cette proportion de respecter le féminin en dépit des règles d'usage de la grammaire qui impose l'utilisation du masculin. Mon choix s'est trouvé conforté par les différentes recherches m'ayant amenée à comprendre, via l'histoire, que cette profession hérite en grande partie des activités du « prendre soin de l'autre », exercées par les femmes depuis la nuit des temps.

## 1.1 La femme soignante

Je souhaite, en guise d'introduction, partager cette question à double réponse formulée par l'historien français contemporain Marc FERRO : « la compréhension du monde actuel nécessite-t-elle la connaissance de l'histoire ? Non si, enfermé sur lui-même, ce passé est simplement reconstitué, tel un objet exotique. La perspective change si ce passé est analysé et confronté au temps présent, afin d'identifier survivances et ruptures »<sup>25</sup>. En voyant ainsi les choses, et après une année de formation de Master 2, je pourrais dire que connaître et analyser l'histoire de la profession permet un après coup signifiant sur le présent. Après coup, qui va me permettre d'appréhender, me semble-t-il, l'histoire de la profession infirmière avec davantage de réflexivité.

Cette étape historique est donc primordiale dans mon travail, car au fur et à mesure de mes recherches j'ai perçu que les problématiques que j'ai rencontrées trouvent bien souvent un ancrage dans l'histoire et l'évolution de la profession. Je pourrais dire même un triple ancrage :

- Côté infirmières
- Côté « soigné »
- Côté monde médical

Curieusement, il n'existe que très peu d'ouvrages retraçant l'histoire de la profession infirmière. Mes recherches m'ont toujours ramené vers l'ouvrage le plus exhaustif, celui de

---

<sup>24</sup>Rapport DRESS « La profession infirmière, situation démographique et trajectoires professionnelles » novembre 2010

<sup>25</sup> Ferro, M. (1999). Comment on raconte l'histoire aux enfants à travers le monde entier. Paris : Payot.

Marie Françoise Collière « Promouvoir la vie » paru en 1982 et ré- édité à plusieurs reprises. Marie-Françoise Collière (1930-2005) était infirmière, assistante sociale, diplômée universitaire en histoire, anthropologie, psychologie, cadre de santé. Elle a été sélectionnée par l'O.M.S. pour enseigner dans les années soixante, en Maîtrise des sciences techniques sanitaires et sociales à l'Université Lyon II. Son travail est colossal, le travail de toute une vie, il apporte beaucoup à la profession infirmière au sens du « prendre soin » qui est au cœur du métier infirmier (Collière 1982). Elle a beaucoup été critiquée pour avoir une visée féministe. Malheureusement ses travaux restent méconnus, non seulement des principales intéressées (les infirmières) mais aussi des acteurs socio-économico-politique.

Je m'en inspire largement pour explorer et comprendre quels processus successifs ont vu naître l'infirmière du XXI<sup>e</sup> siècle.

Je vous propose un voyage dans le temps, inspiré par ces deux sources :

- le livre de Marie Françoise Collière « Promouvoir la Vie » (1982) ;
- le livre de Yvonne Knibiehler « Cornettes et blouses blanches » (1984).

Ce voyage va nous conduire de l'aube de l'humanité jusqu'à l'époque contemporaine.

## 1.2 De la sorcière à l'infirmière moderne

Dès l'apparition de l'humanité, dans le but d'assurer la survie du groupe et donc de l'espèce, les femmes se sont occupées des tâches de maintien et de continuité de la vie du groupe, de l'enfantement à la fin de vie (précoce à l'époque). D'un autre côté, les hommes se chargeaient, en raison de leur force physique, de la protection face aux dangers d'un environnement hostile. Le prendre soin, étant à l'époque le fait de toute personne aidant une autre à assurer le nécessaire indispensable pour continuer sa vie (la satisfaction de besoins indispensables à la vie). Le tout pour permettre la reproduction du groupe et donc perpétuer l'espèce.

Au fil du temps et de l'expérience acquise, les femmes ont développé une connaissance fine de la nature à des fins déjà alimentaires (se nourrir étant l'un des besoins fondamentaux à satisfaire) mais aussi thérapeutiques (possibilité d'utiliser certaines plantes pour soigner en les consommant ou en les appliquant sur le corps). C'est ce qu'Edgard Morin appellera « *la physis* » c'est à dire la science de la nature qui apparaît à ce moment-là de l'histoire de l'humanité. Cette découverte s'est faite bien sûr progressivement au fur et à



mesure d'essais, d'erreurs, d'ajustements, de savoirs, de savoirs faire. La transmission ne se faisant que dans la tradition orale, bien souvent par une matrone (femme âgée ayant enfanté et ayant accompli son cycle biologique complet), elles n'ont laissé que peu de traces (n'ayant pas accès à l'écriture) et ayant fait l'objet d'une éradication massive au moyen âge car considérées comme des sorcières.

Les femmes se sont occupé des soins du corps, de la naissance à la mort, par le toucher (les mains des femmes sont le vecteur d'action du prendre soin de l'autre).

Pendant ce temps, les hommes ont inventé des objets tranchants et sont partis à la chasse, non seulement pour nourrir le groupe mais aussi pour se mesurer à la force animale. De par les blessures de chasse et de guerre, l'étude des composants internes du corps (humain et animal) ont fait évoluer leurs connaissances. Cela leur permet d'apprendre au fil des siècles à utiliser leurs outils pour réparer le corps (sutures, incisions...). C'est la naissance des chirurgiens.

Avec leur force physique, ils ont appris à réduire les fractures, les déplacements d'articulation, mais aussi à maîtriser physiquement les personnes délirantes, agitées. Les soins au corps blessé excluent l'intervention des femmes. Dès lors, à cette époque nous nous trouvons déjà face à des activités sexuées dans le milieu de la santé.

« Les conditions précaires de la vie rendent la mort omniprésente et toujours terrorisante. Pour gérer cette inconnue, naissent alors les premiers discours sur le MAL, les premières conjurations de peur »<sup>26</sup>. La dialectique entre le BIEN et le MAL a émergé et les groupes humains se sont approprié progressivement les choses permises et les choses interdites. Ces « choses » ont par la suite été ritualisées et confiées tout d'abord au shaman puis, plus tard, au prêtre comme garant de ces rites. Il est devenu celui qui dénonce le mal, le médiateur entre l'ordre physique et l'ordre au-delà de cet univers visible : **le métaphysique**.

Lorsque le christianisme est devenu religion d'état, l'église a essayé de faire disparaître les us et coutumes païennes. Peu à peu, du V<sup>e</sup> au XIII<sup>e</sup> siècle, l'interrelation corps-esprit a été déniée. Seul l'esprit était considéré comme digne d'intérêt, le corps se trouvant relégué à un stade impur, source de fornication et de maléfice. Le corps a dû connaître la douleur et la souffrance pour « se racheter ». C'est à partir de ce moment-là que s'est développé, au moyen âge, un enseignement médical. Exercé au début par les moines-

---

<sup>26</sup> Attali, J. (1979). L'ordre cannibale : Vie et mort de la médecine. Paris : Grasset.

médecins, puis les prêtres, les clercs sont devenus les premiers étudiants de la faculté de médecine de Montpellier (1220). La médecine se devait d'être soumise à l'Eglise.

C'est en 1288, selon le CNRTL\*, qu'apparaît le mot *enfermier*, ancêtre du mot *infirmière*, qui signifie en ancien français : « personne qui s'occupe des infirmes » (R. MAGNON, 2001, p17) Il est associé au mot latin « infirmus » qui signifie « faible », par opposition à « fort ». « L' *enfermerie* » désigne à la fois un état (la maladie, l'infirmité) mais aussi un lieu, un refuge pour les plus démunis.

Au fil des siècles, le nouveau descripteur du mal est devenu le médecin. Celui-ci est le descendant des prêtres et des clercs, donc un homme uniquement. Il s'est défini comme le médiateur, le spécialiste descripteur des signes et symptômes du mal dont le malade souffre. Il est chargé de traiter le malade en tant que tel, il a donné naissance à la clinique. La racine grecque *klin* renvoie à ce qui est incliné, à ce qui est couché. Le patient étant souvent couché dans son lit.

Les savoirs véhiculés par l'écriture, qui revient aux hommes, s'apparente aux savoirs scientifiques alors que l'expression orale qui est le propre des femmes est étroitement associée à la pratique d'un savoir-faire.

Le médecin ne prend plus en considération l'environnement du malade. Soigner devient traiter la maladie et non plus prendre soin de.

Dans son ouvrage « Promouvoir la vie », Marie-Françoise Collière cite le « *Malleus Maleficarum* » : « s'inspirant directement de la doctrine de l'Eglise dont il est issu, le mouvement de professionnalisation des soins s'affirme avec l'émergence de la profession médicale qui relègue avec opiniâtreté tout savoir acquis par les guérisseuses et proclame que « Toute femme qui ose dispenser des soins sans avoir fait d'études médicales est déclarée sorcière et doit périr » »<sup>27</sup>.

Pourtant pendant des siècles, le seul « médecin du peuple » fut cette sorcière, d'origine paysanne qui avait appris, dans l'esprit d'une transmission d'experte à apprentie, à disposer de tous les remèdes disponibles dans la nature. Ceci allant à l'encontre de la doctrine et donc du pouvoir de l'Eglise, la chasse aux sorcières a débuté au XVI siècle pour se poursuivre jusqu'au début du 18<sup>e</sup> siècle sous prétexte d'athéisme et d'hérésie. C'est pour cette raison

---

<sup>27</sup> Ehrenreich, B. cite un extrait du « *Malleus Maleficarum* » traité de lutte contre les sorcières.

qu'une très faible transmission s'est faite jusqu'à nous. Jean Palaizeau dans son livre « Nos grands-mères savaient » en a retrouvé quelques traces.

Il est intéressant de voir quelle place ont pris les hommes au fil du temps dans le domaine de la médecine.

La femme tient une place importante dans l'histoire du christianisme (dite aussi religion des esclaves et des femmes). Au moyen âge, la femme consacrée est surtout apparue en milieu urbain au sein de petites communautés. Elle se devait d'être vierge et de le rester (en référence à la vierge Marie d'une part, et avec l'espoir d'obtenir la gloire divine en renonçant à la corruption de la chair d'autre part). Elle était considérée comme disponible, n'ayant pas de foyer à sa charge, et dédiait son temps aux pauvres et malheureux en s'aliénant à sa propre personne dans sa soumission à Dieu. En 1298, Boniface VIII, a proclamé le *Pericoloso* qui a imposé à toutes les femmes consacrées de vivre cloîtrée afin de ne plus s'exposer au monde extérieur, source du Mal et tentation du diable. Elles devaient s'adonner sans relâche à la lecture, la prière et le travail. Elles ont constitué une force de travail importante, force qui s'est développée après la révolution française. Elles ont détenu le monopole de l'éducation des filles jusqu'aux lois Jules Ferry de 1880 sur la laïcisation de l'enseignement et l'obligation scolaire pour les filles. Certaines congrégations ont pu garder des activités soignantes dans les Maisons-Dieu ou Hôtel-Dieu qui sont nés des grands ordres hospitaliers militaires inspirés de l'hôpital hospice pour malades et pèlerins, à l'identique de ceux de Jérusalem fondés en 1070 par St Jean.

Les religieuses cloîtrées ne pouvaient plus prendre soin des malheureux à domicile, c'est pourquoi St Vincent de Paul a fondé en 1633 les « filles de la charité », issues du petit peuple, prononçant des vœux simples, privés, annuels. Pouvant se rendre partout, elles ont assuré les activités polyvalentes d'enseignantes et de soignantes à l'ombre des paroisses.

Au début du XXème siècle, les congrégations de religieuses ont été frappées par les lois anticléricales de 1901-1904 mais l'absence de personnel laïque les ont installées jusque dans les années 1950 dans la gestion et la surveillance de la majorité des services hospitaliers. Dans le même temps, les filles de la charité, ont continué d'intervenir auprès du petit peuple et sont à l'origine des premiers centres de soins créés dans les années 1970.

« Il n'en va pas tout à fait de même en Angleterre, et il faut croire, comme le souligne justement François Dubet<sup>28</sup>, que l'éthique protestante atténuée l'opposition entre l'âme et le corps, a moins besoin de recourir aux dispositions sacrificielles du personnel féminin qui assiste les médecins. Le fait est que se sont bien des femmes protestantes qui vont être de ces premières figures emblématiques qui vont affirmer le rôle particulier, l'espace propre à l'infirmière – la nurse d'Outre-manche – arraché au modèle charitable. Florence Nightingale, et d'autres, vont ainsi se préoccuper de tout ce qui peut être favorable, dans l'environnement du malade, à sa guérison. C'est une affaire d'hygiène certes, mais également de calme, d'éclairage, d'attention portée à ce que la personne souffrante, et aussi ses proches, peuvent exprimer. Pour se faire une image plus précise de ce qu'étaient les hôpitaux et la médecine à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, une série télévisée américaine « THE KNICK »<sup>29</sup> retrace avec force de détails non seulement la vie de l'hôpital new yorkais, the knickerbocker hospital, mais aussi ce que pouvait être la santé et l'organisation des soins à l'époque.

Le modèle de la nurse anglaise, exerçant un métier à part entière, convenablement rémunérée, capable d'initiative, va faire école. En France, l'une des admiratrices de Florence Nightingale, le docteur Anna Hamilton, elle aussi d'origine protestante, va diffuser largement cette conception de l'infirmière soignante bâtie sur des principes mettant à distance la façon dont, dans les hôpitaux parisiens en particulier, on forme un personnel finalement peu considéré. Peu à peu dégagé de la stricte obéissance attendue de la servante ou de l'auxiliaire médicale, se voient posés les premiers jalons de ce que l'on appellera bientôt « le rôle propre » de l'infirmière » extrait du rapport DRESS infirmière libéral, tome 1, 2006)

Cette partie historique assez longue a été indispensable à mon travail car elle apporte beaucoup d'éléments, de contexte, mais aussi de précieux éléments de réponses quant à la transmission professionnelle du métier d'infirmière.

Je ne développerai pas plus l'histoire contemporaine générale de la profession car je vais désormais me focaliser sur l'exercice de l'I.D. E de l'E.N puisque c'est dans la période de l'après seconde guerre mondiale qu'elle va apparaître. Je laisse néanmoins au lecteur en annexe n°1 une chronologie de la profession infirmière en France.

---

<sup>28</sup> François Dubet, *Le Déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002, p. 200.

<sup>29</sup> The Knick est une série télévisée américaine créée par Jack Amiel et Michael Begler et réalisée par Steven Soderbergh. Elle est diffusée depuis le 8 août 2014 sur Cinemax et en simultané au Canada sur HBO Canada.

### 1.3 La première rentrée de l'infirmière à l'école : le commencement

Depuis la révolution française, la santé scolaire a été un sujet de préoccupation de l'état .Un projet de décret présenté par des représentant du peuple<sup>30</sup>, en 1793, a précisé que l'Etat devait surveiller la santé du corps des enfants scolarisés tout en assurant le développement de l'esprit : c'est la notion d'inspection médicale scolaire. Il faudra attendre 1930, après diverses tentatives infructueuses et laissée au bon vouloir des communes, la création d'un nouveau ministère celui de la Santé Publique, pour que l'Etat se remobilise sur la question.

C'est le décret du 18 octobre 1945<sup>31</sup> qui porte création d'un service national d'hygiène scolaire et universitaire relevant du ministère de l'éducation nationale et chargé de la protection de la santé des enfants d'âge scolaire. En raison notamment de l'état de santé précaire des enfants après la seconde guerre mondiale et de la lutte contre les maladies contagieuses, en particulier la tuberculose.

Le 18 avril 1947 : C'est la création d'une médecine et d'infirmières d'internat.

Autrefois, peu d'élèves accédaient aux études secondaires et les lycées se trouvaient souvent très éloignés. Les moyens de transport étaient lents et peu nombreux et les élèves restaient très souvent à l'internat le weekend. C'est pour cette raison que l'Etat s'est doté d'un corps d'infirmières devant habiter sur place dans certains établissements. Les infirmières relevaient de la hiérarchie l'éducation nationale.

Le service de santé scolaire en France a été rattaché au ministère de l'Education nationale de 1945 à 1964, ensuite au ministère chargé de la Santé jusqu'en 1984, pour revenir depuis 1991 au ministère de l'E.N.

D'un service global à l'origine, comportant médecins, infirmières et assistantes sociales, il a éclaté progressivement, avec la volonté d'autonomie de chaque profession, en service social d'une part, service médical et service infirmier qui agissent en étroite collaboration d'autre part. Depuis, il est à noter que depuis le médecin de l'E.N n'exerce plus aucune hiérarchie sur l'infirmière.

---

<sup>30</sup> Sieyès, Lakanal et Daunou : hommes politiques de la révolution française

<sup>31</sup> Paru au journal officiel du 19 octobre 1945

L'I.D.E. de l'E.N. d'aujourd'hui est infirmière diplômée d'état avant de pouvoir passer le concours de la fonction publique d'état de l'éducation nationale.

Lauréate, elle a la possibilité :

- D'exercer dans les E.P.L.E.\* et dans les écoles de sa périphérie (temps partagé entre un ou plusieurs E.P.L.E. et les écoles environnantes). Elle occupe alors un poste dénommé poste inter degrés.

**OU**

- D'exercer dans un E.P.L.E. avec un internat. Elle occupe donc comme son nom l'indique un poste d'internat. Dans ce cas elle effectue 3 nuits d'astreinte par semaine (de 21h à 7h) et se doit d'occuper son logement de fonction par nécessité absolue de service.

**OU**

- D'exercer en faisant fonction de conseillère technique départementale ou/et rectorale. Dans ces cas, elle travaille en D.S.D.E.N.\* ou/et Rectorat. L'accessibilité à ce poste directement après le concours est rare sauf exception d'expériences antérieures à l'E.N.

Des infirmières non titulaires, c'est à dire non lauréates du concours, peuvent néanmoins effectuer des remplacements de maximum dix mois. Elles sont contractuelles, occupent un emploi précaire (toujours avec un contrat limité dans le temps et sans aucune possibilité de transformation en CDI puisque l'accès à la fonction publique d'état se fait uniquement par voie de concours).

D'autres I.D.E. de l'E.N. exercent à l'université mais je ne les évoquerai pas ici car elles n'ont pas fait l'objet de mon travail de recherche.

Nous comprenons à présent les origines de la double prescription imposée à l'IDE de l'EN : la loi de santé publique et la circulaire des missions de l'E.N.

## 2 Un mémoire pour rendre visible l'invisible

### 2.1 Éléments de contexte

En raison de mon expérience de plus de vingt années à l'éducation nationale dont dix de conseillère technique, je peux affirmer que l'IDE de l'EN doit faire face quasi quotidiennement, à la prise en charge de multiples problématiques de santé des élèves au quotidien.

Les missions que lui confère l'EN précisent que les IDE de l'EN contribuent :

- **A un suivi individualisé des élèves avec :**
  - L'accueil et l'accompagnement dans le cadre de la consultation infirmière spécifique
  - Le dépistage infirmier
  - Le suivi infirmier
  - Le suivi des élèves signalés par les membres de l'équipe
  - Le suivi des élèves des établissements de certaines zones rurales et REP
  - Le suivi des problèmes de santé complexes ou chroniques et élèves à besoins particuliers
  - La protection de l'enfance
- **A la promotion de la santé** avec l'éducation à la santé et l'observation et la surveillance épidémiologique.
- **A des activités spécifiques** comme l'organisation des soins et des urgences, la gestion des événements traumatiques et les maladies transmissibles en milieu scolaire.

Unique professionnelle de santé disposant d'un temps de présence conséquent au sein des établissements scolaires publics, elle est amenée à certains moments à devoir gérer, souvent seule, des situations complexes, quelquefois dans l'empressement des adultes de la communauté éducative.

En 2007, devant l'expression de solitude et d'isolement réitérée à plusieurs reprises par les infirmières de terrain (en réunion de secteur mais aussi par des courriers à l'attention de leurs conseillères techniques), notre équipe des cinq conseillers techniques infirmiers de

l'académie de Nancy Metz a proposé d'organiser des formations d'animatrices de paires infirmières afin de proposer à l'ensemble des collègues des réunions d'analyse des pratiques professionnelles. Depuis cette date pas moins de 30 animatrices organisent régulièrement sur l'Académie des groupes d'analyse des pratiques professionnelles.

Lors de la dernière formation de formateurs en mai 2015, notre attention a été attirée par le fait que les « situations d'empêchement » évoquées lors des A.A.P.P. étaient voisines ou comportaient des similitudes. Peut-être pouvions nous y regarder de plus près et voir de quoi il s'agissait. Ce travail pouvait engager les prémices d'une analyse de l'activité. Notre formateur, chercheur universitaire, nous en fit la remarque et nous encouragea à effectuer une recherche exploratoire quantitative et la communiquer au monde de la recherche notamment lors du colloque international IDEKI \*<sup>32</sup> qui se déroulait quelques mois plus tard.

**IDEKI**, signifie Ouverture en basque. C'est un groupe de recherche, piloté par Mme Muriel FRISCH, maître de conférence, habilitée à diriger des recherches.

Ce groupe se définit sur la page d'accueil de son site internet comme étant : « Un défi pour un réseau de professionnels et universitaires (enseignants et étudiants) issus de domaines variés et préoccupés par les questions de l'identité professionnelle de l'évolution dans les pratiques professionnelles et universitaires dans la relation aux savoirs ».<sup>33</sup>

Nous avons donc participé à ce colloque et présenté les résultats de notre recherche exploratoire. Cette démarche nous a emmené sur le chemin de la recherche bien que nous ne soyons absolument pas rompu à cet exercice et que nous pensions que notre exercice professionnel n'intéressait personne.

IDEKI porte bien son nom (ouverture) car il a autorisé et rendu possible l'ouverture de notre exercice professionnel au monde de la recherche et nous a propulsé vers plus de réflexivité face à notre quotidien professionnel.

Le fait d'aller au-delà des A.A.P.P, de questionner la recherche, m'a donné envie de poursuivre les investigations au-delà de notre conclusion.

---

<sup>32</sup> Lien site internet : <https://wikidocs.univ-lorraine.fr/pages/viewpage.action?pageId=50171284>

<sup>33</sup> Site IDEKI. Page d'accueil



De plus, nous l'avons évoqué plus haut, la double prescription, le contexte d'exercice différent, les situations d'empêtements amenées en A.A.P.P. me pousse à déjà préfigurer que l'I.D. E de l'E.N. pourrait bien être la métisse dont il était question avec IDEKI.

Comment devient elle métisse ? Le métissage s'opère-t-il complètement ? Y est-elle préparée par sa formation initiale en IFSI, par sa formation d'adaptation à l'emploi à son arrivée à l'EN ?

## 2.2 La recherche : opportunité d'un levier pour connaître et reconnaître l'exercice infirmier à l'éducation nationale.

L'université est le lieu de construction, de développement et de diffusion des savoirs. De sorte qu'elle initie et développe la recherche.

En France, il n'y a que très peu de temps que la profession infirmière peut prétendre y accéder avec son diplôme d'état. En effet, depuis 2010, nous avons obtenu un grade licence avec notre diplôme d'état, suite au processus de Bologne<sup>34</sup>.

En France la formation initiale infirmière a de sorte été complètement remodelée pour tenir compte de ce bouleversement même si depuis 1992, les écoles d'infirmières étaient déjà devenues des I.F.S.I et que les élèves infirmières étaient déjà devenues des étudiantes en soins infirmiers.

Nos jeunes paires infirmières possèdent aujourd'hui une culture ayant intégré cette appartenance, au moins théorique à l'université. Mais peu d'I.F.S.I se situent sur les campus universitaires, puisqu'historiquement ils sont proches des hôpitaux. La culture universitaire n'en est donc pas facilitée, qui plus est pour les plus anciennes infirmières pour qui cette culture ne fait pas sens et dont elles s'auto excluent par méconnaissance et manque de confiance en elles.

L'universitarisation révèle toutefois la marque de l'accession du métier d'infirmier au domaine de la professionnalisation. Elle envisage la transmission et la production des savoirs infirmiers dans un espace dédié à tous les savoirs. Cette accession marque le début d'une construction disciplinaire d'une science en soins infirmiers.

Aucune formation universitaire en France n'est spécifique aux sciences infirmières depuis la fermeture en 1997 de l'école internationale d'enseignement infirmier qui était ouverte depuis 1965. C'était la première rencontre entre la formation infirmière et l'institution universitaire à l'initiative de l'OMS. \*

La grande majorité des infirmières ne sont pas rompues aux activités de recherche pourtant on voit apparaître peu à peu des travaux passionnants diligentés par quelques

---

<sup>34</sup> Le processus de Bologne est un processus de rapprochement des systèmes d'enseignement supérieur européens amorcé en 1998 et qui a conduit à la création en 2010 de l'Espace européen de l'enseignement supérieur, constitué de 47 États. Amorcé en 1998 par la déclaration de la Sorbonne du 25 mai 1998, le processus de Bologne vise à faire de l'Europe un espace compétitif à l'échelle mondialisée de l'économie de la connaissance, l'espace européen de l'enseignement supérieur.  
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=URISERV%3Ac11088>

pionnières qui ont su ou pu ouvrir les portes de l'Université (souvent ce sont des infirmières de spécialités, des cadres ou cadres supérieurs de santé rarement des infirmières sans spécialité). La diffusion et la communication de ces recherches reste encore à développer.

Très peu de travaux ont été réalisés sur l'exercice professionnel à l'E.N. Je n'ai trouvé que quelques travaux autour de l'éducation à la santé mais rien sur l'analyse de l'activité spécifique, ni sur les A.A.P.P. des I.D.E. de l'E.N. Mais, je ne suis pas étonnée car, comme nous l'avons vu précédemment les représentations sociales (ABRIC) et notamment le noyau central de la représentation de l'infirmière est depuis fort longtemps en France, associé au soin curatif et à l'éternel féminin (voir la partie historique qui précède). L'aide de la recherche pour déconstruire les noyaux périphériques mais commencer à attaquer ce noyau central me semble primordial.

Il semblerait que mon travail soit pionnier, premier je l'espère d'une longue liste après moi.

La formation que j'ai suivie cette année m'a permis d'accéder à de nombreux savoirs, et notamment d'être initiée à la recherche. Mon objectif désormais est que mon travail puisse être diffusé au plus grand nombre afin de faire connaître et reconnaître la spécificité de l'exercice professionnel de l'I.D.E. de l'E.N. et de promouvoir la possibilité et la capacité de l'accès à la recherche.

### 3 Méthode de recherche clinique : Analyse de l'activité

Mon choix de méthodologie de recherche s'est imposé de lui-même. Effectivement, après la recherche exploratoire menée avec mes collègues pour la communication IDEKI, nous avons travaillé à partir de fragments d'A.A.P.P<sup>35</sup> que nous avons recueillis et répertoriés en catégories et avec mon expérience d'infirmière conseillère technique départementale, j'ai souhaité mener une recherche au plus près des infirmières de terrain, c'est à dire avec un abord clinique.

La clinique étant envisagée au sens étymologique du mot grec *klinic* qui signifie *chevet*<sup>36</sup>.

Le dictionnaire Littré nous apprend aussi que le mot de clinique vient de lit, *clinicus*, en latin, *clinè*, en grec. Il le commente ainsi : « Terme de médecine, qui se fait au lit du malade (...) médecine clinique : celle qui s'occupe du traitement des maladies considérées individuellement ; médecin clinique : celui qui visite les malades par opposition à celui qui donne des consultations. » Nous voyons bien l'abord qualitatif que va permettre cette méthode d'analyse que nous pourrions confronter à l'analyse quantitative effectuée pour le colloque I.D.E.K.I.

Je citerai enfin Mireille CIFALI<sup>37</sup> qui explicite que « La clinique n'est pas un bagage supplémentaire d'outils de recherche. C'est une éthique de la recherche, une éthique de construction du savoir et de sa transmission ».

#### 3.1 Cadre conceptuel

Il pourrait m'être reproché d'utiliser des situations d'empêchement, et non des entretiens classiques, pour aller y voir du côté de l'analyse de l'activité mais je m'appuie sur l'article « Entretiens en auto confrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité » de Yves CLOT, Daniel FAITA, Gabriel FERNANDEZ et Livia SCHELLER qui spécifie que :

« Selon nous, le réel de l'activité est également ce qui ne se fait pas, ce que l'on cherche à faire sans y parvenir-le drame des échecs- ce que l'on aurait voulu ou pu faire, ce que l'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut ajouter-paradoxe fréquent-ce que l'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire. Faire c'est bien souvent faire ou défaire. »

---

<sup>35</sup> Voir en annexe explication du déroulé des réunions d'AAPP

<sup>36</sup> Cours de JM PARAGOT, ESPE Maxéville le 9 février 2016 « Analyse de l'activité ».

<sup>37</sup> Une clinique en sciences de l'éducation ?

Je ne reviendrai pas sur le détail et la pertinence des A.A.P.P. en ce qui concerne leur intérêt pour développer la réflexivité de leurs participants, puisque le lecteur pourra trouver ces informations exhaustives sur le site internet I.D.E.K.I. avec notre contribution lors du colloque de décembre 2015 « de l’infirmière scolaire, à l’infirmière réflexive, actrice pour une institution bienveillante »

Exerçant un métier de l’humain moi-même, j’ai eu idée innovante, avec mon guidant, d’appliquer la méthodologie de l’analyse de l’activité aux enregistrements audio des A.A.P.P. pour lesquels j’avais l’accord préalable de l’ensemble de ses participants.

En effet, **l’analyse de l’activité** peut se définir comme une méthode d’investigation permettant de différencier la tâche de l’activité. Yves CLOT (1999, 2008) « montre que l’activité de l’homme au travail (travail réel) ne correspond pas strictement au travail prescrit (la tâche), qu’elle n’en est pas une application ni une traduction mais une interprétation, par exemple, celle qui consiste à reconstruire derrière la tâche à effectuer tout ou partie de l’activité de ceux qui l’on prescrite. »<sup>38</sup>

Avec l’aide de cette méthode, j’ai choisi de proposer à mes cinq sujets dans un premier temps de réaliser un auto confrontation simple puis croisée avec la chercheuse telles que les définissent THEUREAU<sup>39</sup>(2010).

- Auto confrontation simple : commentaires du sujet adressés à la chercheuse, lorsqu’il est confronté à son enregistrement audio de la réunion d’A.A.P.P. dans laquelle il a été « héros ».
- Auto confrontation croisée : le sujet/ chercheur /auto confrontation simple sous les yeux du sujet/Grille d’entretien élaborée par la chercheuse suite à l’auto confrontation simple du sujet/ enregistrement audio de la réunion d’A.A.P.P. Enregistrements audio de la rencontre.

Cette méthode m’a offert la possibilité de saisir la dimension contextuelle, si difficile à appréhender sur le plan de la méthode (Talja *et al.*, 1999),

---

<sup>38</sup> Dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques P 212

<sup>39</sup> Theureau Jacques, « Les entretiens d’auto confrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d’action » », Revue d’anthropologie des connaissances, 2010/2 Vol 4, n° 2, p. 287-322.

Comme exposé précédemment, bien que j'ai une connaissance précise du prescrit de la profession avec les textes réglementaires d'exercice de la profession d'IDE de l'EN, il m'a semblé important d'aller recueillir des informations sur les activités réelles et surtout le vécu des actrices de terrain : les IDE de l'EN. Lorsque j'ai choisi d'aborder ma problématique sous l'angle d'attaque de la clinique de l'activité, je savais que j'allais probablement me trouver à un moment ou un autre confronté à un possible mais aussi à un impossible comme dans tous les métiers de l'humain (CIFALI) et donc métiers de l'impossible (FREUD) par rapport à d'adhésion ou pas des groupes d'AAPP à mon travail.

J'ai déterminé mon intention de recherche fin décembre 2015 avec mon guidant et dès début janvier 2016, par mail, j'ai contacté les 29 formateurs d'AAPP de l'Académie Nancy Metz. Il est juste à noter que ce début d'année 2016 était un contexte d'exercice particulièrement tendu en raison de la parution de nouveaux textes de missions de infirmières de l'éducation nationale la veille des attentats de Paris du 13 novembre 2015. J'apporte cette précision importante au lecteur car cette parution, très attendue à l'époque, a été complètement occultée par l'actualité de l'époque qui nous a tous bouleversés. Dans les établissements scolaires, la priorité de l'époque étant plus donnée au maintien de la sécurité et à l'apprentissage des gestes de premiers secours que la déclinaison du nouveau texte des missions des infirmières. Tout cela étant sans conteste d'une importance respectable, néanmoins les infirmières étaient impatientes et attendaient que leurs missions soient clarifiées surtout dans le premier degré qui était le niveau d'intervention le plus impacté par ces nouveaux textes. La grande difficulté tenant aussi au fait que ce texte était paru en cours d'année avec mise en œuvre immédiate, sans accompagnement prévu, alors que l'année était déjà organisée selon le texte antérieur.

C'est donc dans ce contexte, que j'ai débuté ma recherche. J'ai envisagé dans un premier temps, de pouvoir faire enregistrer des séances d'AAPP qui se dérouleraient de janvier à mai dans l'académie.

### 3.2 Demandes d'autorisation d'enregistrements des réunions

J'ai exposé, par envoi d'un mail, mon intention de recherche aux 28 animatrices d'A.A.P.P. de l'académie et je leur ai demandé si elles acceptaient d'y contribuer. Quinze animatrices, ont répondu par l'affirmative, soit un peu plus de la moitié. Quatre n'ont pas répondu du tout, malgré une relance par mail quinze jours après. J'en ai déduit qu'elles étaient très certainement indisponibles ou ne souhaitaient pas s'inscrire dans ma démarche de

recherche. Les autres animatrices, soit dix, ne pouvaient pas s'engager dans la démarche en raison de problème de calendrier. En effet, les animatrices avaient toutes construit avec les membres de leur groupe d'A.A.P.P. le calendrier de leurs réunions en début d'année scolaire. Et pour certains groupes, il n'y avait aucune réunion de prévue dans le créneau que je proposais pour ma recherche. Certains groupes donc ont été exclus uniquement pour une raison de calendrier. Au final la possibilité d'enregistrer des réunions d'A.A.P.P. se réduisait à 10 potentialités.

L'acceptation des animatrices, n'engageait qu'elles et non les membres du groupe qu'elles animent. Il me fallait donc obtenir le consentement de l'ensemble des membres des groupes pour pouvoir débiter les enregistrements.

Je leur ai proposé à leur convenance, soit de demander l'autorisation aux membres de leur groupe par l'envoi d'un mail explicatif, soit de venir physiquement présenter en début de réunion ma recherche, soit de les laisser librement expliciter ma démarche en s'appuyant sur le mail que je leur avais envoyé au départ.

Voici le résultat :

- Deux groupes ont souhaité que je vienne les rencontrer physiquement : ces deux groupes ont tous les deux accepté avec un groupe qui a accepté à deux reprises et un groupe qui n'a accepté qu'une fois, la seconde fois étant pour eux de trop car ce groupe estimait qu'il avait suffisamment participer à ma recherche)
- Quatre groupes ont été destinataires d'un mail explicatif de ma part et tous ont refusé pour des raisons que je développe après.
- Quatre groupes n'ont bénéficié que de l'explication de leur animatrice : Deux ont accepté et deux ont refusé. Les deux qui ont accepté étaient animés par la même personne.

Six groupes, n'ont pas accepté l'enregistrement de leur réunion en avançant le fait, le plus souvent, qu'ils souhaitaient que ce qui se passe pendant la séance reste confidentiel, et ce malgré le contrat de respect de confidentialité présenté par la chercheuse. D'autres infirmières diront, après en avoir discuté avec moi, avoir une certaine appréhension de s'exposer, face à une recherche infirmière, qui ne faisait pas sens pour eux dans un contexte particulièrement tendu que ce premier trimestre de l'année 2016 qui plus est diligentée par une conseillère

technique. Cette prise de risque semblant, même si l'argumentaire de la recherche leur parlait, complètement insurmontable et inhabituelle.

En discutant (la discussion étant préférée aux écrits car selon les I.D.E., elle ne laisse pas de traces) après coup avec certaines animatrices, elles n'ont pas trop insisté pour obtenir l'accord du groupe, car elles n'étaient pas prêtes à prendre le risque d'être évaluée lors de leur prestation d'animatrices d'AAPP. Il s'agissait là d'une interprétation de leur part car mon engagement écrit stipulait bien le respect de la confidentialité des séances dans toute leurs dimensions.

Dans ces conditions, j'ai donc pu bénéficier de cinq enregistrements de réunion d'AAPP.

### 3.3 Les cinq enregistrements

Les animatrices m'ont transmis, au fil du déroulé des réunions qui se sont étalées de janvier à mai, les cinq enregistrements, recueillis soit par l'intermédiaire d'un dictaphone que je leur avais remis avant la réunion soit avec leur smartphone personnel.

J'ai écouté les enregistrements une première fois, puis au moins quatre fois chacun. Ma difficulté au tout début étant de me positionner en chercheuse et non en collègue, ayant un avis sur la question abordée. Je devais faire abstraction de mon moi professionnel habituel pour développer au fur et à mesure un nouveau moi de chercheur, afin d'être en capacité de mener à bien ma recherche. Ce ne fut pas facile au début mais je pense avoir progressé au fil du temps.

### 3.4 Corpus et fragments

Lors du choix de ma méthodologie, j'ai pris un risque. Celui de ne pas avoir la main sur le choix de mon corpus. Car comme je l'ai expliqué dans le chapitre consacré à la méthodologie, les groupes d'AAPP sont constitués en début d'année et comportent toute la diversité de l'IDE de l'EN en terme de lieu, durée d'exercice. A l'avance, même le héros qui allait être choisi, l'ignorait lui-même car le choix de la situation évoquée par chacun des participants se fait par vote de tous les membres du groupe. Le choix du groupe se faisant par vote à la majorité pour telle ou telle situation.

En prenant ce risque, je faisais l'hypothèse que le cadre des AAPP garantissait et autorisait tout participant de pouvoir aborder et voter pour une problématique prégnante pour



la profession. Mais je n'avais aucune certitude que le corpus dont j'allais pouvoir disposer serait diversifié par rapport à notre mode d'exercice.

Je dispose pour ma recherche de 5 fragments d'AAPP recueillis auprès de 3 groupes d'AAPP différents de toute l'académie (deux groupes ayant contribué à deux reprises). Les Cinq IDE de l'EN ont donc été désignés par le pur hasard du vote de leurs pairs, dans chacun des groupes. Ils appartiennent à des départements différents.

Mon corpus de recherche est le suivant (les prénoms ont été modifié pour préserver l'anonymat des collègues) :

- Charline et Clara : deux infirmières titulaires qui travaillent en lycée en poste d'internat, poste logé
- Guillaume : un infirmier titulaire qui travaille en poste inter degré, poste non logé sur un lycée professionnel, un collège et des écoles.
- Léa : Une infirmière titulaire qui travaille en poste inter degré, poste non logé sur un collège et des écoles.
- Florence : Une infirmière contractuelle qui travaille en poste inter degré, poste non logé sur deux collèges et des écoles.

Mon corpus comprend presque de manière équivalente les deux différents types d'exercice des IDE de l'EN : 3 postes d'inter degrés et 2 postes en internat. Ce qui est un plus sans conteste dans mon travail.

### 3.5 Auto confrontations des « héros » des A.A.P.P.

Les « héros » sont donc les collègues infirmières qui lors de chaque réunion d'AAPP ont vu leurs situations « fragment », élues par l'ensemble du groupe pour exposer leur situation.

J'ai repris contact individuellement avec les héros de chacun des AAPP. Le contact s'est fait par mail dans un premier temps. Les adresses m'ayant été communiquées par les animatrices. Puis dans un second temps j'ai pu échanger avec chacun par téléphone afin de répondre aux éventuelles questions qu'ils se posaient pour la suite de la recherche.

J'ai donc renvoyé à chacun l'enregistrement de sa séance d'AAPP, en leur demandant de réaliser une auto confrontation et de m'envoyer leurs impressions, leur ressenti professionnel,

ce qu'ils avaient envie d'ajouter ou de préciser à certains moments. Ils devaient noter le timing exact (déroulé du temps de l'enregistrement) du moment qui les interpellait. Ils pouvaient me rappeler à leur guise en cas de nécessité. Ensuite ils m'ont envoyé leur écrit par mail, afin de préparer l'étape de l'auto confrontation croisée.

Au niveau qualitatif de l'exploitation de ces cinq auto confrontation simples (voir annexe n°2), je n'ai pas pu exploiter beaucoup de données en raison :de la nouveauté de la démarche, du manque d'estime de soi pour certaines collègues mais aussi et probablement mon manque d'expérience.

### 3.6 Auto confrontation croisée « héros » et chercheure

Les écoutes successives de chacun des enregistrements et la lecture des auto confrontations m'ont permis de construire chacune des grilles préparant l'auto confrontation croisée de chacun des cinq sujets. J'ai donc pris rendez-vous avec chacun en fonction de leurs disponibilités. Lorsque notre rencontre ne pouvait se faire qu'au sein de leur établissement scolaire, j'ai demandé l'autorisation préalable de chaque chef d'établissement pour venir rencontrer l'infirmière (ce fut le cas pour 4 cas sur 5. Dans une situation l'auto confrontation croisée s'est déroulée au domicile de l'infirmière qui me l'avait proposé compte tenu de l'arrivée des vacances d'été et de son état de santé qui lui interdisait tout déplacement).

Ce fut pour moi l'occasion d'évoquer ma recherche avec les chefs d'établissement qui n'ont pas caché leur surprise de voir qu'une infirmière conseillère technique était chercheuse et diligentait une recherche universitaire à laquelle l'I.D.E. de L'E.N. de leur établissement participait. Tous, sans exception, ont accepté avec enthousiasme et m'ont réservé le meilleur accueil. Ma seule requête, était de pouvoir m'entretenir avec l'infirmière durant maximum 2 heures sans être dérangée sauf urgence vitale. Le contrat a été parfaitement respecté par tous.

Selon Gramitz, (1993)" L'entretien déclenche une série d'interactions entre l'enquêteur et l'enquêté. Non seulement l'idée que chacun a de l'autre intervient, mais aussi ce que chacun pense que l'autre va penser de lui. L'enquêteur doit être poli, rassurant, sympathique, pour donner une impression favorable dès le premier instant et ensuite à la fois stimuler, susciter l'intérêt de l'enquêté et le rassurer “. Je me devais d'être très attentive à ma posture de chercheure.

Pour les cinq sujets, j'ai procédé de la manière suivante : Après l'avoir remercié d'accepter de m'aider dans mon travail, je me suis installée avec mon ordinateur côte à côte avec lui. Chacun d'entre nous pouvait arrêter l'enregistrement d'AAPP sur l'ordinateur à sa guise en utilisant soit la souris, soit le pavé numérique. Lorsque nous étions tous les deux prêts, je démarrais l'enregistrement de notre entretien sur mon dictaphone.

Je ne devais pas évoquer le contexte professionnel et tous les questionnements de l'époque, je réaffirmais que j'étais là en tant que chercheuse et non comme infirmière conseillère technique. Que je n'étais pas là pour évaluer, juger le travail mais j'étais là comme étudiante qui menait une recherche. Néanmoins après l'auto confrontation croisée bien sûr, j'étais à leur disposition pour me réincarner en conseillère technique. Un climat serein et de confiance étant à mon sens indispensable pour lever d'éventuels freins pour travailler dans ces conditions inhabituelles pour les héros et bien sûr pour moi.

Je démarrai ensuite l'enregistrement de la réunion d'AAPP pendant laquelle l'infirmière avait été héros. Elle avait sous les yeux son auto confrontation, et moi j'avais sous les yeux mon guide construit au préalable, identifiant les moments à expliciter (voir annexe n°3). J'énonçais mon contrat de communication et nous débutions.

Chacune des rencontres s'est déroulée sur plus d'une heure trente. C'est donc ces enregistrements que j'ai retranscrits pour pouvoir les analyser.

« Conscience, loin d'être un simple état mental, est, dans l'action, un contact social avec soi-même, au-delà de soi-même » (Vygotski, 2003).

### 3.7 Retranscription des enregistrements des auto confrontations croisées

Les retranscriptions des entretiens des auto confrontations croisées se trouvent en annexe n°4.

L'étape longue et fastidieuse de la retranscription m'a néanmoins permis d'entendre et réentendre des éléments qui m'avaient échappé en présentiel avec les infirmières. J'ai pris conscience que ces auto confrontations croisées constituent une véritable mine de données de l'analyse de l'activité de l'IDE de l'EN.

Je ne vais exploiter que les éléments qui concernent ma recherche, les autres pouvant être repris ultérieurement. Au fil des transcriptions j'ai conscientisé l'expérience que j'avais

acquise pour les mener. Un premier entretien qui était un peu hésitant et un dernier bien plus convaincant. J'ai assis ma posture de chercheuse dans une subjectivité assumée de paire infirmière. La relation de confiance entre la chercheuse et l'IDE de l'EN se construisant au fur et à mesure de la rencontre. La difficulté étant d'amener à pouvoir faire faire un pas de coté à l'IDE de l'EN avec moi à ses côtés afin qu'elle puisse « s'entendre raconter son activité » sans jugement mais en situation réflexive.

Brièvement je vais préciser dans un soucis d'explicitation la situation d'empêchement de chacun évoqué en A.A.P.P, puis citer les problématiques évoquées lors de l'entretien. J'analyserai et mettrai en perspectives ces problématiques à l'aide de deux tableaux récapitulatifs dans le paragraphe suivant afin de les conceptualiser et puis de les rapprocher des catégorisations de notre travail exploratoire.

- Numéro 1 : Auto confrontation croisée de Charline (que j'appellerai sujet A)

Fragment évoqué lors de la réunion d 'AAPP : inconfort quand elle a dû annoncer par téléphone à une mère, l'exclusion temporaire immédiate de son fils lycéen interne qui avait consommé du cannabis.

Notre entretien a duré presque deux heures durant lesquelles mon sujet A, est longuement revenu sur la gestion de cette situation qui, elle l'avait bien compris suite à l'A.A.P. P n'était pas de sa responsabilité et pour laquelle le contexte spécifique l'avait contrainte à s'auto prescrire des actes appartenant à d'autres professionnels absents à ce moment. Elle insiste à quatre reprise sur la temporalité de cette situation qu'elle s'est contrainte à prendre en charge complètement alors que sa journée était terminée. Elle se culpabilise au début d'avoir dit que sa journée avait été difficile et revient sur l'étiologie de la consommation de cannabis de l'élève en se remémorant lui avoir délivré un message de prévention plusieurs jours avant. Elle exprime sa grande solitude face à cet élève (le CPE ne réponds pas au téléphone), son isolement géographique (infirmerie excentrée), qui entrave entre autre la communication avec les autres membres de l'équipe. Elle parle de détresse, de colère, d'avoir agi dans l'empressement de cette fin de journée pour gérer les carences des autres mais en comprenant après l'A.A.P.P. qu'en agissant sans réflexivité, dans l'émotion et le ressenti elle s'affligeait de la souffrance elle-même. Elle ne s'est pas sentie à sa place quand le chef d'établissement lui a demandé d'appeler la mère de l'élève pour lui annoncer qu'il était exclu sur le champ, mais elle n'a pas pu dire non à son supérieur hiérarchique, bien qu'elle savait que ce n'était

pas à elle de le faire. Elle met en avant le manque de communication et de reprise de l'évènement avec les CPE puis à ce moment-là elle parvient à se dégager de la situation d'A.A.P.P. pour, je dirais, entrer en réflexivité. Elle utilise la métaphore de la table ronde pour parler de rapport empathique entre les adultes du lycée et les élèves, table ronde qui n'existerait pas car seul existerait le bureau en position face à face. Ensuite elle se culpabilise à nouveau, en après coup spontané, sur la manière dont elle délivre les messages de prévention auprès de élèves. Elle évoque aussi le vocabulaire qu'elle utilise pour parler des élèves. Elle parle de « gamins » qu'elle tutoie, et pour elle s'est peut-être un manque de respect qui les conduit à transgresser les règles. Elle évoque le respect qu'elle devait avoir avec ses patients à l'hôpital et pour elle l'habitude de faire des heures supplémentaires. Un aspect normal de la profession, et des bonnes infirmières qui ne laissaient pas de travail derrière elles. Paradoxalement, elle va ensuite dire qu'il est indispensable de se préserver et de prendre du repos et évoque la spécificité du travail en internat. Elle a pour habitude d'être sollicitée en dehors de ces heures de travail et y réponds car se sent responsable et proche des élèves internes loin de leurs parents, qui peuvent l'assimiler à une deuxième maman. Retour une fois encore à son expérience hospitalière pendant laquelle elle ne savait pas dire non ; ce phénomène elle le transpose à son exercice actuel et le nomme « Le TOC TOC » (« on m'appelle, toc, je réponds oui »). Elle travaille pour y remédier mais c'est difficile. La situation des élèves la nuit est particulière, elle se sent utile pour eux cela lui fait du bien, elle est reconnue. Mais habiter sur son lieu de travail c'est difficile psychologiquement car il n'y a jamais de déconnexion et cela engendre de la fatigue. Elle en a pris conscience avec les A.A.P.P. et va tenter de recadrer ses horaires et les motifs pour lesquels elle doit être dérangée la nuit. La grande difficulté de son métier c'est de passer d'une situation à l'autre sans pouvoir décompresser, la solitude exacerbe ce sentiment. A l'hôpital elle se souvient d'une solidarité quasi familiale dans les équipes de soin, solidarité inexistante à l'E.N. car pas assez de contacts avec les paires infirmières. L'A.A.P.P. est un début en contribue à rompre l'enfermement.

- Numéro 2 : Auto confrontation croisée de Clara (que j'appellerai sujet B)

Fragment évoqué lors de la réunion d'AAPP : inconfort quand elle apprend par hasard lors d'une réunion, qu'un problème de santé d'un élève a été géré par l'équipe de direction du lycée sans la mettre au courant.

B fait part tout au long de l'entretien, de ressenti négatif face à l'équipe du lycée qui ne la reconnaît pas comme professionnelle de santé à part entière et gère des situations relevant de sa compétence infirmière sans l'avertir. Elle dit être « offusquée, en colère, ne pas comprendre, être dans l'incompréhension, ça l'énerve, ils outrepassent leurs missions, elle s'oppose, c'est difficile, c'est perturbant, ça s'accumule, mon mal être, je suis saturée au niveau professionnel émotionnel ». Puis elle évoque un point positif avec une avancée au niveau de la communication au sein de l'équipe avec laquelle désormais elle communique par écrit plutôt que par oral. Elle s'interroge sur sa part de responsabilité dans ce manque de communication puis sa lassitude face à la gestion de situations difficiles avec lesquelles elle n'arrive pas à décrocher le soir avec l'internat. Elle parle de ses conditions de logement qui ne préserve pas son intimité (pas de rideaux, ni de volets), et du non-respect de ses horaires par les surveillants d'internat qui l'appellent dès qu'elle allume la lumière dans son logement attendant à l'internat. Elle parle aussi à un moment de ne pas avoir su dire non quand on l'appelait et quelle n'était pas d'astreinte, mais elle a recadré depuis. Elle ne parvient pas à faire la coupure après les journées de travail fatigantes en raison de l'internat et surtout de l'obligation de loger sur place, elle parle d'épuisement corporel et de tension nerveuse. Pour finir elle dit préférer parler aux membres de l'équipe de lycée dans leur bureau plutôt que dans le couloir mais se culpabilise d'être une « râleuse ». Elle se satisfait de participer aux A.A.P.P. car cela l'aide beaucoup à « décharger » et « livrer ses émotions ».

- Numéro 3 : Auto confrontation croisée de Guillaume (que j'appellerai sujet C)

Fragment évoqué lors de la réunion d'AAPP : Inconfort de rester seul pendant une semaine avec trois situations élèves connaissant des problèmes socio- familiaux.

C, en ré écoutant la réunion d'A.A.P.P., dit avoir l'impression de porter un jugement dans la situation qu'il évoque car il interprète des propos qu'il qualifie de « propos à vif ». Il explique que pour lui cela signifie qu'il n'a pas pris de recul dans la situation qu'il a vécu. Le fait de ré écouter la réunion le met un peu dans le doute, il semble stressé par la situation d'auto confrontation croisée, donc je lui propose de faire une pause structurante pendant laquelle nous allons boire un café et parler d'autre chose. Nous redémarrons au bout de quinze minutes. Il poursuit son analyse, en répétant qu'il s'est trop précipité, et évoque sa solitude professionnelle infirmière et dit être démuné face à des situations difficiles.

Il se satisfait du travail en collaboration avec la CPE mais le fait d'être là uniquement à certains moments de la semaine contribue à l'empressement des équipes à lui demander de voir des élèves sans analyse préalable de la demande dès qu'il arrive au collège. Il évoque aussi la manière dont il a été interpellé « je ne dis pas entre deux portes mais pas loin, il faut les voir » Ce contexte d'empressement dans lequel il ne peut pas prendre de recul entraîne une souffrance « Moi en tant qu'adulte j'étais mal » « c'était un peu le fouillis dans ma tête, tout était flou ». Ensuite il se questionne sur l'évaluation qu'il porte de sa réponse professionnelle qu'il souhaite à l'avenir corriger et ne plus intervenir dans la précipitation. Il dit qu'il ira en parler à la CPE pour améliorer la procédure.

Il parle ensuite des aspects qu'il qualifie de positifs dans son quotidien professionnel, à savoir le travail avec l'être humain qui est « notre métier d'infirmière », mais qu'il aurait besoin de formations adaptées pour penser en équipe dans le respect les uns des autres en fonction des compétences de chacun. Il conclue par « la boucle est bouclée, j'étais un peu perdu » mais « c'est toujours pareil, c'est la patate chaude, on te file la situation à chaud, nous on est brûlés »

- Numéro 4 : Auto confrontation croisée de Léa (que j'appellerai sujet D)

Fragment évoqué lors de la réunion d'AAPP : Inconfort lors de la rédaction d'un dossier de demande de subvention d'actions d'éducation à la santé, pour remplir seule l'onglet évaluation.

D explique qu'elle n'est pas habituée à construire des évaluations selon les critères imposés par l'A.R.S.\* et que même si elle travaille en équipe au collège, elle exprime des difficultés quant à faire des démarches administratives surtout par voie électronique seule. Elle se retrouve seule pour écrire des projets et se qualifie « bloquée » sur la situation qu'elle évoque en A.A.P.P. Elle estime que ce temps d'écriture, c'est du temps en moins passé en présence des élèves. Elle parle ensuite de ses relations avec le reste de l'équipe éducative et de l'importance pour l'I.D.E. de L'E.N. de se déplacer dans le collège quand elle est présente « il faut aller se montrer ». Elle évoque la difficulté pour elle de travailler avec les enseignants qui ne lui font pas de retour suite à son intervention auprès des élèves qu'ils lui envoient. Elle évoque ensuite son manque de connaissances et de formations pour écrire des projets, se mettant en opposition aux plus récentes collègues qui elles ont été formées lors de leur formation initiale en I.F.S.I.\*. Du moment où son supérieur hiérarchique, le principal du

collège, lui dit de faire, elle obéit car « c'est le chef quand même » et même si elle ne sait pas faire elle va mobiliser son « système D » et « être autodidacte et trouver les informations », « l'infirmière elle n'y est pas préparée, c'est pas tout droit, il faut parfois y aller en serpent ». Elle regrette le manque de travail inter disciplinaire en particulier avec les enseignants, et des transmissions d'informations. Il existe bien des réunions de bureau avec l'équipe de direction mais elle n'y est pas conviée. Elle parle de son isolement, en le qualifiant de cloisonnement car elle fait redescendre les informations pour contribuer à la réussite des élèves mais le reste de l'équipe ne le fait pas dans l'autre sens. Pour elle l'I.D. E de l'E.N. est trop associée à la « santé » et n'a pas « baguette magique » pour régler les problèmes. Son métier c'est davantage sur l'éducatif, le dépistage ; elle prend en compte le facteur humain. L'I.D.E. de l'E.N. participe au bien-être de l'élève pour leur apprendre à prendre soin d'eux tout au long de leur vie.

Il est ensuite question de l'omni sollicitation de l'I.D.E. de l'E.N, qui doit toujours être disponible, et qui ne peut pas se poser « remettre les compteurs à zéro »

L'entretien se termine sur l'évocation encore une fois de l'isolement de l'I.D.E. de l'E.N. qui est « trop ancrée dans le créneau santé »

- Numéro 5 : Auto confrontation croisée de Florence (que j'appellerai sujet E)

Fragment évoqué lors de la réunion d'AAPP : Rassérénée pour avoir répondu, en utilisant son rôle propre via sa démarche clinique infirmière, aux besoins d'un élève qui de cette manière n'a pas été exclu du collège. Il s'agit d'un témoignage et non pas d'empêchement bien au contraire.

E évoque une situation professionnelle positive par rapport aux situations habituelles rapportées en A.A.P.P. Elle s'interroge sur le fait que personne dans la communauté éducative n'est cherché à connaître l'étiologie réelle du changement de comportement de cet élève, chacun y allant de ses suppositions. Aucune analyse de ses besoins n'avait été faite, et l'I.D. E DE l'E.N. n'avait jamais été mise au courant de cette situation. Elle dit que l'A.A.P.P. lui a permis de verbaliser une évaluation de son travail dans une situation prouvant l'efficacité et la spécificité du travail infirmier. De plus dans cette situation elle a l'impression « d'être allée jusqu'au bout » et qu'il s'agissait exclusivement d'un acte infirmier. Elle a pris conscience que les infirmières ont vraiment leur place à l'E.N. car si elle n'était pas intervenue, que serait-il devenu de cet élève ? Au cours de l'entretien elle comprend qu'en effectuant son entretien



infirmier avec ses différentes phases, elle a résolu la problématique de cet élève. Elle vient d'en prendre conscience. Elle analyse ensuite la réaction d'une collègue qui a fait part d'une situation dans les échos de la réunion d'A.A.P.P. dans laquelle la collègue soit plus influencée par les éléments extérieurs que la problématique de l'élève.

Elle évoque l'isolement professionnel partagé par l'ensemble des collègues lors des A.A.P.P., de la difficulté d'évaluer son travail avec son supérieur hiérarchique, le chef d'établissement qui ne connaît pas bien la profession et ses spécificités. Le peu d'occasion de se remettre en question, et donc une marge de progression pas évidente. A l'isolement professionnel, elle ajoute en ce qui la concerne l'isolement géographique dans son collège. Même si l'I.D.E. de l'E.N. peut travailler seule, elle a besoin de rencontre avec ses paires pour réfléchir sur son travail, harmoniser les pratiques, et essayer de changer les choses.

Elle parle ensuite de la formation initiale en I.F.S.I. qui a évolué en terme de développement de la réflexivité infirmière, mais que toutes les anciennes collègues n'ont pas suivi. Les compétences infirmières ne sont pas reconnues car pas connues, et pas considérées comme spécifiques.

Ce qui serait important, pour Florence, c'est que les I.D.E. De l'E.N. elles même déjà sachent que ce qu'elles font est spécifique pour pouvoir l'explicitier aux membres de l'équipe d'où la nécessité de formation. Elle évoque son passé hospitalier, d'obéissance au médecin qui ont induit un manque de confiance par rapport au rôle propre infirmier. Le travail à l'E.N. n'est pas clair, les I.D.E. de l'E.N. ne sont pas capables d'avoir un discours professionnel et d'identification des besoins qui est faite mais ne parvient pas à être verbalisée. La raison qu'elle invoque c'est encore une fois l'isolement et l'exclusivité de la formation initiale à enseigner les soins techniques. Quand elle était étudiante, même les formatrices quand elles évoquaient le rôle propre ne savaient pas trop ce que c'était.

L'exercice infirmier à l'E.N. se déroule à 90% sur du rôle propre, sans le médecin, à l'inverse de l'exercice hospitalier. A l'hôpital, pas le temps de discuter avec les patients, il faut réaliser les actes techniques prescrits, et elle ne se sentait pas à sa place. Elle reprend « tout le monde essaye de faire le travail à notre place, et en même temps la collègue elle a du mal à nommer ce qu'elle fait. Donc c'est compliqué pour que les autres professionnels nous laissent les rennes car j'ai l'impression que même nous on ne sait pas trop ce que l'on fait, on pédale dans le souk », « Ca me fait peur de voir les choses comme cela car je crois que je ne les avais

jamais vues comme cela ».Elle termine en réaffirmant les spécificités du travail infirmier à l'E.N., la consultation infirmière, la nécessité de disposer d'un outil informatique professionnel spécifique, la nécessité de se réunir, le fait finalement les infirmières sont indispensables à l'E.N. mais il serait utile de disposer de diagnostics infirmiers spécifiques à créer différents de l'exercice curatif .

Je vous propose à présent de passer aux résultats que je peux extraire de la collecte de ces objets. Je ne vais traiter à présent que ceux qui peuvent éclairer mon hypothèse.

## 4 ANALYSE

### 4.1 Lecture guidée par structuration à priori.

L'analyse des auto confrontations croisées devrait me permettre de pouvoir ébaucher des éléments de réponse quant à mon hypothèse. Et je dois m'y restreindre, ce qui n'est pas facile compte tenu de la richesse d'objets produits.

La méthode d'analyse de l'activité qui consiste à envisager la nature et l'existence des écarts perçus entre le prescrit, le réel et le vécu, ne peut pas ici être appliquée de manière stricte car ici le vécu de chaque sujet est venu interagir avec son vécu en A.A.P.P. en présence du groupe. Son vécu est donc déjà empreint de réflexivité, cela rendant impossible l'analyse telle que présentée dans le cadre théorique ou il s'agit du vécu unique de l'acteur.

Dans le souci de faciliter la compréhension des éléments recueillis, j'ai choisi de présenter mon travail sous la forme d'un tableau que j'ai construit, guidée par des catégorisations à priori. Il pourrait m'être reproché cette subjectivité qui néanmoins regroupe des items rapportés par les sujets et souvent dans leur majorité alors que nous ne partions pas au départ de situations identiques.

Je citerai Mireille Cifali (2001) : « Il y a, pour tout métier de l'humain, un travail incessant de lucidité à mener. Rien ne nous protège de dérapage, pour soi et pour l'autre. Même les plus hauts diplômés ne préservent pas nos gestes de se retourner en leur contraire. Nos choix sont biaisés, c'est humain et nécessaire »<sup>40</sup>.

Le lecteur retrouvera les éléments que j'ai donc catégorisé subjectivement, rapportés in extenso, entre guillemets et référencés, avec le numéro de page dont ils sont extraits<sup>41</sup>, des entretiens catégorisés et classés par ordre décroissant de fréquence. A certains moments, j'ai utilisé nominativement certains concepts que je connais depuis ma formation de Master et dont je ne pouvais pas faire l'économie.

---

<sup>40</sup> "Chapitre 6. Démarche clinique, formation et écriture", Perspectives en éducation et formation, 2001/1 p. 119-135.

<sup>41</sup> Voir table des annexes

**Tableau récapitulatif (rectifié au 6 octobre) des items rapportés lors des auto confrontations croisées éclairant notre hypothèse de recherche.**

**Mémoire MASTER IFF. GRANGE.SEPTEMBRE 2016**

	SUJET A	SUJET B	SUJET C	SUJET D	SUJET E
<b>ISOLEMENT PROFESSIONNEL</b>	« Je suis toute seule <b>P26</b> , on est trop isolées, on ne se voit pas » <b>P35</b> .	« Mais c'est après, au moment où je me retrouve toute seule le soir » <b>P41</b> .	« Parce qu'on se sent moins seul » <b>p45</b> .	« trop pour moi toute seule » <b>P50</b> .	« On est quand même très isolées dans nos infirmeries » <b>P58</b> .
<b>ANALYSE DE LA DEMANDE</b>	« J'ai voulu faire rapidement les choses pour que tout soit bouclé » <b>P27</b> .	« leur ai apporté quelque chose ou non ... mais j'ai toujours une crainte » <b>P41</b> .	« C'est de manière précipitée » <b>P46</b> .	« moi je ne savais pas faire tout cela » <b>P50</b> .	« Je lui ai posé les bonnes questions » <b>P57</b> .
<b>COMMUNICATION</b>	« On voit qu'il y a un manque de communication » <b>P 30</b> .	« Ca se fait les transmissions mais c'est difficile » <b>P40</b> .	« On essaye de traiter certaines choses comme cela. Peut-être trop dans l'urgence et de manière pas assez réfléchie » <b>P46</b> .	« C'est important d'avoir des informations globales » <b>P54</b> .	« Se réunir de temps en temps, ça apporterait je pense plus de sens à notre travail, à notre profession, à une amélioration de notre travail et de la réflexion qu'on a sur notre travail » <b>P58</b> .
<b>INSUBSTITABILITE</b>	« Je me suis mise la casquette de CPE que je n'aurais pas dû mettre » <b>P26</b> .	« C'est quand même le rôle de l'infirmière de s'occuper de quelqu'un de malade » <b>P37</b> .	« Peut-être qu'il faudrait qu'on creuse » <b>P47</b> .		« La réponse adaptée est infirmière et pas CPE » <b>P61</b> .
<b>AUTO,VOIRE SUR-PRESCRIPTION</b>	« Quand j'ai pris le rôle du CPE, est ce que je n'ai pas voulu marquer, l'arrêter ? » <b>P33</b> .	« C'est comme cela que l'on peut s'en sortir, quand on voit un élément positif » <b>P41</b> .	« C'est la patate chaude, on te file la situation à chaud, nous on est brûlé, et finalement j'étais peut être j'étais content qu'il y avait un grand weekend » <b>P49</b> .	« Ce n'est pas simple mais possible en plus de ce que l'on doit faire » <b>P53</b> .	

RUSE DE LA METIS	« j'y vais .Et quelquefois je me dis que de toute façon il faudra que j'y aille à 21h » P34.	« Ne pas allumer la lumière afin de ne pas être dérangée » P42	« En fait, je leur ai dit on se reverra mais je n'ai pas fixé de date, savoir si c'était ensemble ou pas. Rien n'était fixé. Ca reste flou »P48	« C'est le système D » P52. « Il faut être autodidacte » P52. Ce n'est pas tout droit, il faut parfois y aller en serpent » P53.	
NE SAIT PAS DIRE NON	« Je devrais dire non » P34. « Je ne sais pas dire non »P34.	« J'aurais toujours pu le faire, mais non, je ne l'ai pas demandé »P39.	« Je ne dis pas entre deux portes mais pas loin quoi, il faut les voir »P47.	« C'est quand même le chef »P52.	
CULPABILITE	« C'est de ma faute » P34.	« Je m'interroge pour savoir si je me suis mal fait comprendre »P37.	« J'ai fait une erreur de ne pas les recevoir en individuel » P46.		
DISTANCE DE PROFESSIONALITE	« Ils me rappellent chez moi » P34.	« Moi ça me pèse au niveau émotionnel » P41.	« C'est surtout un manque de recul » P44.		
FACTEUR HUMAIN HUMANITE		« Pour moi c'est peut-être le côté humain qui pèse » P41.	« Le positif c'est de travailler avec l'être humain » P48.	C'est important que l'infirmière participe au bien-être de l'élève et de le former tout au long de sa vie » P55.	
SOUFFRANCE AU TRAVAIL	« Une espèce de déception, et une fatigue psychologique » P25.	« Je suis saturée au niveau émotionnel » P41.	« nous on est brûlés » P49.		
MANQUE DE FORMATIONS			« Il nous faudrait des outils, en terme de formation peut être » P48.	« Moi je ne suis pas formée » P51.	« il y a certaines formations où tout le monde n'a pas accès »P59.

<b>TEMPORALITE INTERNAT(non-respect des horaires de travail de l'infirmière)</b>	«Eh bien ils m'appellent quand même» P31.	« On m'appelait à 20 heures » p42.			
<b>SOI-NIANT</b>	« On demande et toc toc » P33.	« J 'étais même tentée » P42.			
<b>ROLE PROPRE INFIRMIER</b>				« Il faut leur apprendre à prendre soin d'eux » P55.	« Moi j'ai fait un diagnostic infirmier de la situation »P57.
<b>SOUSSIONNEMENT</b>		« Quand le proviseur dit que c'est comme cela s'est fait on n'a pas à discuter »P37.		« c'est quand même le chef »P52.	
<b>DISQUALIFICATION</b>		« Les situations se répètent et elles se sont répétées depuis cette situation là », P38 .			
<b>HIERACHIE NON ISSUE D'UN PAIR INFIRMIER</b>					« Nos supérieurs hiérarchiques sont les chefs d'établissement » P58.

**Mémoire MASTER IFF. GRANGE.SEPTEMBRE 2016**

Il apparaît à la lecture de ce tableau, que les situations d'empêchement évoquées par les sujets se situent au sein majoritairement de 18 éléments. Il serait très intéressant de les croiser avec ce que pourraient en dire des infirmières exerçant auprès de malades.

Les plus fréquemment cités sont (5 et 4 évocations pour chacun) :

- **L'isolement professionnel**

Relaté par tous les sujets, isolement géographique mais aussi professionnel car l'infirmière est le seul professionnel de santé de l'établissement (médecin scolaire excepté qui intervient à la demande de l'équipe éducative).

- **L'analyse de la demande**

Devant l'empressement de certains adultes de la communauté éducative, les infirmières disent aller trop rapidement dans le traitement des demandes, au détriment de l'analyse de la demande, car elles expliquent être soucieuses de boucler la situation.

- **La communication**

Elles soulèvent le manque de communication et d'échanges au sein des établissements qui pourrait les aider à traiter les situations en particulier lors du recueil de données de leur démarche clinique.

- **L'insubstituabilité**

Concept emprunté à Paul Ricoeur (1990) pour définir ce que les infirmières ont évoqué pour signifier que dans la communauté éducative chaque intervenant a un rôle ainsi qu'une expertise professionnelle qui lui appartient et qu'il doit respecter. Que ce soit les infirmières qui adopte un autre rôle que le leur mais aussi les autres professionnels qui jouent le rôle de l'infirmière.

- **L'auto, voire la sur-prescription**

J'ai emprunté ces termes à l'analyse de l'activité pour regrouper les moments relatés par les sujets pendant lesquels ils sont allés au-delà de ce qu'ils avaient à faire.

- **La ruse de la Mètis**

C'est un terme que j'utilise depuis la recherche exploratoire I.D.E.K.I., en référence au sens grec ancien du mot qui signifie *intelligence rusée* illustrée par l'épisode d'Antiloque<sup>42</sup> dans l'Iliade, XXIII, 306 sqq., analyse de la mètis comme forme d'intelligence, humaine et divine. Elle illustre le déploiement d'énergie pour rendre supportable une situation, mettre du sens où il n'y en a pas. La ruse de la mètis permettrait de pouvoir survivre dans un environnement empreint de représentations erronées de cet exercice professionnel inhabituel.

- **Le pas savoir dire non**

C'est une notion, difficile à cerner car il y a de l'ambivalence pour un sujet à ne pas savoir dire non. Il se parle de nuancement entre soumissionnement, comportement d'évitement, évitement de contrarier l'interlocuteur, gain pour le sujet à accepter, exister dans le regard de l'autre, développer la mètis.

C'est une constance pour tous les cinq sujets. Cette notion mériterait d'être explorée plus en détail. Mais je peux déjà émettre l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un lien avec l'histoire de la profession et le soumissionnement religieux puis médical de l'infirmière.

Viennent ensuite avec 3 évocations :

- **La culpabilité**

La question se pose sur la véracité ou pas de cette culpabilité verbalisée par 3 sujets, et il serait intéressant de savoir s'il ne s'agit pas seulement de réflexivité post A.A.P.P. Ou peut-être là encore à rapprocher avec l'histoire de la profession.

- **La distance de professionnalité**

Concept développé par Jean Marc Paragot (2014). Il est primordial pour les professionnels des métiers de l'humain afin de respecter le champ professionnel et le champ personnel. Il peut être envisagé ici comme non respecté par deux infirmières mais aussi par les acteurs scolaires dans une situation.

- **Le facteur humain**

---

<sup>42</sup> Vernant Jean-Pierre, Détiéne Marcel. La mètis d'Antiloque. In : Revue des Etudes Grecques, tome 80, fascicule 379-383, Janvier-décembre 1967. pp. 68-83;



Il est cité deux fois comme élément positif et une fois comme « pesant ». Mais n'est-ce pas le propre des métiers de l'impossible ?

- **La souffrance au travail**

Son expression a été clairement évoquée par trois des cinq sujets dans des termes forts, suite aux empêtements relatés en A.A.P.P. Je pense immédiatement à Christophe Dejours qui a beaucoup travaillé sur la souffrance au travail : "Cette souffrance s'accroît avec l'absurdité d'un effort au travail qui ne donnera pas en retour de satisfaction, vis à vis des attentes qu'on y place au plan matériel, affectif, social, et politique » <sup>43</sup>

- **Le manque de formations**

C'est selon trois infirmières un manque qui pourrait remédier aux difficultés rencontrées. Se pose la question de la formation initiale qui pourrait préparer davantage les infirmières mais aussi et bien sûr la formation d'adaptation à l'emploi à l'arrivée à l'E.N. puis tout au long de la carrière.

J'envisage le cas particulier de la **temporalité, en particulier le non-respect des horaires de l'infirmière qui travaille en internat** et qui habite sur place, car 100% des infirmières concernées l'on cité.

Cette particularité de loger sur son lieu de travail contribue à ne pas pouvoir prendre de recul par rapport aux situations de travail donc quand les horaires de repos ne sont pas respectés cela contribue à une certaine anxiété (être susceptible d'être appelée à tout moment) Pas de respect de la vie privée des infirmières avec leur famille. Cela questionne sur comment dans ces conditions, l'infirmière peut construire sa distance de professionnalité. Une étude approfondie auprès des infirmières logées sur leur lieu de travail contribuerait à comprendre cette situation singulière. Cependant, je peux là encore y voir un lien historique avec les soignantes religieuses puis laïques cloitrées ou logées dans les hôpitaux afin d'être joignables sans discontinuité. Mais il se parle aussi de don et contre don (Mauss 1923) le logement contre une forme de service de compensation, n'est-ce pas une sur prescription qui se cache ? Dans les métiers du don, de la vocation, jusqu'où on demande trop ? Dans ce cas, je peux poser la question de distance de professionnalité, voire d'aliénation de l'infirmière à sa propre profession lorsque le cadre réglementaire n'est pas respecté stricto sensu.

---

<sup>43</sup> Avant-propos du livre « Souffrance en France » de Christophe DEJOURS (1998)

Ces éléments de contexte constituent des conditions matérielles et environnementales spécifiques à l'exercice infirmier à l'E.N. (isolement professionnel, manque de formations), mais aussi et surtout humaines (pour le reste des items).

Une grille de lecture plus approfondie sur un aspect qualitatif est difficile et empreinte effectivement de subjectivité pour la chercheuse. Il convient donc de convoquer les catégories quantitatives IDEKI afin de m'aider à clarifier cette analyse.

## 4.2 Lecture guidée par structuration à posteriori : les catégories IDEKI

Mon travail étant pionnier dans le genre, je n'ai pas pu m'appuyer sur d'autres travaux concernant l'exercice professionnel de l'IDE de L'E.N.

J'ai donc repris les catégories et sous catégories I.D.E.K.I., que j'ai croisées avec mes items recueillis dans le tableau précédant.

Je les présente aussi sous forme de tableau dans lequel je ne reprends pas le détail des items que j'ai explicité précédemment mais que je matérialise d'une croix quand ils ont été évoqués par le sujet.

<i>CATÉGORIES « IDEKI »</i>	<i>SOUS CATÉGORIES « IDEKI »</i>	<i>SUJET A</i>	<i>SUJET B</i>	<i>SUJET C</i>	<i>SUJET D</i>	<i>SUJET E</i>
<b>POSTURE PROFESSIONNELLE</b>						
	<b>GESTES SPÉCIFIQUES</b>	X	X	X	X	X
	<b>ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL</b>	X	X	X	X	X
	<b>ORGANISATION DU TRAVAIL</b>	X	X	X	X	X
	<b>MANQUE DE RECONNAISSANCE</b>	X	X	X	X	X
	TEMPORALITE	X	X	X		X
	SE PROTEGER	X	X	X		
	ANALYSE DE SITUATION	X		X		X
	USURE PROFESSIONNELLE	X	X			
	DISTANCE DE PROFESSIONALITE	X		X		
	ETHIQUE ET VALEURS	X		X		
	LIEU D'EXERCICE	X	X			
	LEGAL-ILLEGAL	X				
	SEUIL CRITIQUE DE TOLERANCE		X			
	SECRET PROFESSIONNEL					
<b>ACCOMPAGNEMENT</b>						
	INSUBSTITUABILITÉ	X	X		X	X
	VIGILENCE PARTICULIERE-RISQUES	X				X
	ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE					
<b>PARTENARIATS</b>						
	<b>COMMUNICATION</b>	X	X	X	X	X
	<b>COLLABORATION</b>	X	X	X	X	X
	<b>CO-EDUCATION</b>	X	X	X	X	X
<b>DISQUALIFICATION PROFESSIONNELLE</b>						
	MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE	X	X			
	MALTRAITANCE PHYSIQUE					

La lecture est facilitée par ce filtre. Nous voyons désormais que ce qui a été évoqué par les sujets lors des entretiens d'auto confrontation sont :

**La posture professionnelle** : avec les gestes spécifiques, l'environnement professionnel, l'organisation du travail, le manque de reconnaissance.

**Les partenariats**, avec la communication, la collaboration, la coéducation.

Je n'ai envisagé que les catégories majoritaires à 100% c'est à dire celles qui concernaient tous les sujets.

Nous voyons bien que ces éléments vont pouvoir me permettre de pouvoir nourrir mon hypothèse dans le sens qu'il existe bien des gestes spécifiques pour l'infirmière de l'E.N dans un environnement singulier (l'école). Il existe des problématiques d'organisation du travail et un manque de reconnaissance. Les partenariats développés ne vont pas de soi et sont à construire.

Tous ces items sont abordés par les cinq sujets, y compris le sujet E qui rapportait une thématique « positive » et non d'empêchement comme les quatre autres. C'est intéressant de le noter d'autant que le sujet E est infirmière contractuelle et a bénéficié du nouveau programme d'études en I.F.S.I. de 2009. Je constate qu'elle possède davantage de réflexivité mais aussi de plus grandes capacités d'analyse que les autres sujets qui n'en ont pas bénéficié. Cela est peut-être dû aussi au fait qu'elle ne soit pas fonctionnaire et moins « liée » avec l'administration.

## 5 DISCUSSION

Dans mon hypothèse de recherche j'avais envisagé de découvrir si l'I.D.E de l'E.N dans le contexte particulier de l'école, subissait une modification identitaire. En choisissant une méthode de recherche clinique sur l'analyse de l'activité, que j'ai appliquée à des enregistrements d'A.A.P.P. j'ai conscience en arrivant au terme de mon travail de recherche que j'ai pris beaucoup de risques mais risques qui m'ont permis d'aller bien au-delà de ma recherche au niveau professionnel. Pour reprendre Paragot (2012) qui parle d'élèves prescripteurs, j'ai découvert que la recherche clinique, inscrit le chercheur dans un processus continu d'apprentissage dans lequel le facteur humain peut prescrire au chercheur.

L'attendu initial, peut en effet subir des modifications en particulier lorsque la réflexivité du sujet s'invite lors des entretiens.

Tout au long de mon travail, j'ai pu constater que les infirmières avaient bénéficié « d'après coup » Chaussecourte (2010) notamment lors des entretiens d'auto confrontations croisées. Comme le rappelait André Green en 1992 à Pierre Geissmann, « Le temps où ça se passe, n'est pas le temps où ça se signifie » et dans ce décalage il y a là tout le processus d'après coup. Dans le même temps, j'ai moi-même, comme paire infirmière, bien que me m'astreignait à n'être que la chercheuse, été victime d'après coups compréhensifs. L'investigation clinique, selon CHAUSSECOURTE « est un élément constitutif de notre démarche que cette prise de risque assumée par le chercheur qui s'expose, tout comme le sujet-objet de son étude, et peut-être même davantage, ne serait-ce que parce qu'il n'est protégé par aucun anonymat, l'enjeu étant que cette exposition soit utile au projet heuristique et donne lieu à de nouvelles compréhensions de ce qui se joue sur un plan psychique dans la situation investiguée »

Ces « après coups », pour lesquels j'ai demandé au sujet de me préciser si c'est à ce moment-là qu'il avait cette idée nous ont donc permis à moi et aux sujets d'aborder les questions de l'identité de l'IDE.de l'E.N. et de mettre du sens sur ce qui à priori n'en avait pas.

La parole et le dialogue avec les cinq infirmières m'ont permis d'accéder à ce que de Sophie-Jan Arrien nomme le montage narratif du soi. Elle s'aide dans son article de Paul Ricœur,

Wilhelm Schapp et Antonin Artaud <sup>44</sup>« L'identité narrative permet à Ricœur de relier deux types d'identités qui caractérisent selon lui la personne humaine : **l'identité comme idem** (ou même le fait d'être identique, de ne pas changer dans le temps, d'être reconnaissable) et **l'identité comme ipse** (l'identité-**ipséité**, le maintien de soi par exemple dans la promesse à autrui, par laquelle je m'engage pour l'à-venir et m'avance sans le support de l'idem). **C'est là, entre idem et ipse, que se déploie l'identité narrative**, comme l'effectuation de la dialectique qui relie ces deux pôles. » Ce questionnement est important car il me permet d'envisager la métisse, telle que nous l'avions envisagée avec IDEKI. L'infirmière de l'éducation nationale est-elle une « idem » de l'infirmière exerçant auprès de personnes malades et/ou une « ipse » de l'infirmière qui exerce auprès de personnes non malades ?

A travers l'analyse historique de la profession d'infirmière, j'ai pu aborder quelques-unes des spécificités de l'infirmière qui exerce en milieu scolaire notamment son exercice quasi exclusif du soin « Care ». Les infirmières, tout comme moi, en avaient conscience mais me n'arrivaient pas ni à l'expliquer ni à le verbaliser. La raison en est qu'en France le soin curatif et le soin relationnel sont tous les deux qualifiés de soin. L'ambiguïté conduit donc à une confusion renforçant les représentations sociales. Ambiguïté entretenue par la majeure partie de la profession qui exerce auprès de personnes malades et du « cure », le « care » ne passant qu'en seconde intention après la prescription médicale, après le traitement de la maladie.

Tout au long de ma recherche je me suis questionnée quand à l'appellation la plus juste à donner à l'I.D. E de l'E.N et je me suis accordée à ne plus utiliser le terme d'I.D.E. de l'E.N. mais bien infirmière qui exerce à l'E.N. Le verbe « Exercer » vient, selon le CNRTL : « Du lat. class. *exercere* « mettre en mouvement ; tourmenter, former par des exercices ; exercer (une profession) ». Car l'infirmière ne peut renier ses origines et s'affranchir de son titre dûment sanctionné par le diplôme d'état d'une profession réglementée.

Ma fonction d'infirmière conseillère technique départementale, s'est-elle même beaucoup enrichie de ce travail et c'est en impulsant la formation que je vais utiliser les résultats de mon travail de recherche déjà en terme d'accompagnement tel qu'il est envisagé par Paul (2004) : « accompagner c'est se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui » Là je perçois bien le mouvement de l'exercice professionnel avec sa notion de

---

<sup>44</sup> URI: <http://id.erudit.org/iderudit/018171ar>. « Ipséité et passivité : le montage narratif du soi ».

mouvement. Puis je pourrai envisager de travailler en convoquant la didactique professionnelle. En effet elle se donne pour objet d'analyser le travail pour la formation et d'étudier les processus à l'œuvre dans l'activité de travail et son apprentissage (Pastre 2008).

## CONCLUSION

Mon travail ne représente qu'une infime recherche de ce qui pourrait être initié pour aborder l'activité de l'infirmière qui exerce à l'E.N. Pour Dejours, le terme de clinique désigne « une démarche partant du terrain, se déployant sur le terrain et retournant constamment au terrain » (1996, p. 158). C'est cette visée qui m'a toujours remise en ordre de marche lors des moments de doute et de remise en question.

L'infirmière a appris à travailler sous les ordres du médecin. Construire l'autonomie qui lui est offerte n'est pas aisé (Collières, 1982 : 75-100). Les discours infirmiers sur l'autonomisation professionnelle sont largement connotés du poids de l'histoire professionnelle, source d'un tiraillement profond : il y a à la fois aspiration à une plus grande autonomie et difficulté de l'assumer. Les aspirations à un élargissement des responsabilités par une extension du pouvoir d'initiative dans l'organisation des aspects du soin entrent en conflit avec l'attachement à l'image traditionnelle de l'infirmière hospitalière, d'autant que la pratique en milieu fermé renforce la reproduction de stéréotypes organisationnels (Goffman, 1986 : 48).

L'infirmière qui exerce à l'école serait-elle en passe d'y parvenir, elle qui n'exerce plus dans un domaine hospitalier ? Est-elle métisse, au sens de la fusion de deux cultures, le soin et l'éducation ? Est-elle mètis au sens d'intelligence rusée ? Telles étaient les questions soulevées par notre recherche exploratoire il y a un an pour le colloque I.D.E.K.I.

Je me suis largement inspirée de notre réflexion de l'époque pour réaliser mon travail. Rien n'aurait pu se faire sans lui.

En initiant ce mémoire je n'avais pas conscience des découvertes que j'allais faire sur le sens de l'exercice professionnel infirmer à l'E.N.

Après avoir connu des difficultés pour faire adhérer les collègues à mon travail de recherche, j'ai dû, pendant les six mois qu'a duré mon travail clinique, me concentrer sur ma posture exclusive de chercheuse et en quelques sortes « me déconnecter » de mes fonctions de conseillère technique pour créer un minimum d'artefacts lors de mon travail. Le contexte tendu de cette période, en raison de la parution du nouveau texte des missions des infirmières de l'E.N., n'a pas facilité les choses.



La profession dans sa globalité dispense des soins. Ces soins peuvent être curatifs et/ou relationnels.

Il existe en France un problème de sémantique du paradigme du soin et du verbe SOIGNER. Seule la langue anglaise nous permet d'identifier deux dimensions du soin que la langue française ne permet pas d'identifier distinctement : Le « care » et le « cure ».

Il me semble que l'exercice infirmier dans lequel dominerait le « care » pourrait être l'exercice à l'E.N.

Peu d'infirmières qui exercent à l'E.N. ont envisagé leur quotidien sous ce jour. Le concept du « care » étant encore trop peu développé, connu et reconnu en France. C'est un concept récent (années 1980 aux états unis). En France, Pascale Molinier y a beaucoup travaillé mais, trop souvent ses travaux sont taxés de féministes. On voit bien là encore une tension résiduelle hommes/femmes sur le pouvoir des soins.

D'autres chercheuses comme Eliane Rothier-Bautzer (2012) dans son dernier livre : « Entre cure et care, les enjeux de la professionnalisation infirmière » s'interrogent. Il est indispensable que l'ensemble de la profession puisse avoir accès à ces publications et en produise à son tour. La recherche est un véritable levier de professionnalisation. Mais, là encore, il semblerait que l'ombre de l'histoire nous rattrape en ne nous réservant qu'une tradition de culture orale, sans traces.

La question est donc largement posée en terme de formation. Tout d'abord la formation initiale, en I.F.S.I.

Pour le monde de l'E.N, des formations sont à envisager de toute évidence pour les infirmières, mais aussi pour toute la communauté éducative afin de déconstruire leurs représentations et en construire de nouvelles. Il pourrait y être question du développement de l'enfant, de tout ce qu'une infirmière est en capacité d'apporter à un enfant, de comment développer le partenariat et la co-éducation.

Si je reprends mon hypothèse de recherche :

**L'infirmière de l'éducation nationale connaît une transformation de son identité professionnelle due à ce contexte singulier d'exercice.**

La métisse infirmière existe mais plutôt qu'une réelle fusion homogène, je dirai que la fusion est instable, en raison des nombreux empêtements relatés, et préférerais dire que l'environnement scolaire est un révélateur de l'exercice professionnel infirmier autour du « care ». Exercice « exception » pour les autres infirmières qui y perdent tous leurs repères : pas de soins « cure », pas de travail en horaires postés, pas de hiérarchie médicale, vie sociale possible.

Je peux répondre que de toute évidence c'est le cas. Nous pourrions même envisager de requalifier son mode d'exercice :

**L'infirmière qui exerce à l'E.N ne serait-elle pas**

**Une infirmière clinicienne, une CARE-ITIENNE dans un établissement scolaire ?**

## Table des sigles

**A.A.P.P.** : Atelier d'Analyse des Pratiques Professionnelles

**A.R.S.** : Agence Régionale de Santé

**C.N.R.T.L.** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

**D.S.D.E.N.** : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

**E.N.** : Education Nationale

**E.P.L.E.** : Etablissement Public Local d'Enseignement

**E.R.E.A** : Etablissement Régional d'Education Adapté

**I.D.E.** : Infirmière Diplômée d'Etat

**I.D.E.K.I.** : Information Didactique Documentation Enseignement Education Kultur  
Knowledge Ingénierie

**I.F.S.I.** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

**O.M.S.** : Organisation Mondiale de la Santé

## BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (1994). Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses universitaires de France.
- Aichorn, A. (1925). Jeunesse à l'abandon. Toulouse : Privat. Préface de FREUD, S
- Attali, J. (1979). L'ordre cannibale : Vie et mort de la médecine. Paris : Grasset.
- Bandura, A., & Lecomte, J. (2007). Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck
- Chaussecourte, P, « Temporalités dans la recherche clinique, autour de la notion psychanalytique d'après coup » Revue Cliopsy n°3, 2010, 39-53.
- Clot, Y, & Leplat J, « La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail », LE TRAVAIL HUMAIN, 2005/4 VOL. 68, P. 289-316. DOI : 10.3917/TH.684.0289
- Collière, M.-F. (1982). Promouvoir la vie. Paris : InterEditions.
- Dejour, C. (1998). Souffrance en France. Paris : éditions du seuil.
- Ehrenreich, B., English, D., & Ehrenreich, B. (2014). Sorcières, sages-femmes et infirmières : Une histoire des femmes et de la médecine.
- Ferro, M. (1999). Comment on raconte l'histoire aux enfants à travers le monde entier. Paris : Payot.
- Formarier, M et Jovic, L. Les concepts en science infirmière. Edition Mallet Conseil, Collection ARSI, 2009.
- Goffman, E. 1974. Les Rites d'interaction. Paris, Les Editions de Minuit.
- Goffman, E. 1986. Asiles. Paris, Editions de Minuit.
- Méthodes des sciences sociales ~~Madeleine Grawitz, 1993 (9<sup>e</sup> éd.). (1993). (Droit et société.) Persée.
- Green, A. (1992). A propos de l'observation des bébés, interview par Pierre Geissmann. In journal de la psychanalyse de l'enfant, l'observation du bébé, points de vue psychanalytiques (vol12, p.133-153).Paris : Bayard.
- Jodelet, D, (1984). Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie. Edition Presses universitaires de France, Paris : Collection Sociologie d'aujourd'hui.

- Knibiehler, Y. (1984). *Cornettes et blouses blanches : Les infirmières dans la société française, 1880-1980*. Paris : Hachette littérature.
- Inpes, Godeau, E., Navarro, F., Arnaud, C., & France. (2012). *La santé des collégiens en France, 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children, HBSC*. Saint-Denis : INPES éd.
- Laugier S., Molinier P., Paperman P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Editions Payot & Rivages.
- Magnon, R. (January 01, 2001). "Soigner est avant tout un acte d'amour et de fraternité". *Soins ; La Revue De Référence Infirmière*, 655, 12-3.
- Mauss, M. (2007). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Molinier, P. (2009). *Qu'est-ce que le "care" ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris : La dispute, le genre du monde.
- Nigntingale, F. (1862). *Des soins à donner aux malades : ce qu'il faut faire ce qu'il faut éviter*. Ouvrage traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'auteur précédé d'une lettre de M. Guizot et d'une introduction par M. Daremberg. Paris : A la librairie académique Didier et Ce
- Palaiseul, J. (2010). *Nos grands-mères savaient : Petit dictionnaire des plantes qui guérissent*. Paris : R. Laffont.
- Paragot, J.-M. (2014). *Parcours d'un responsable de formation : Du métier vers la profession*. Paris : L'Harmattan.
- Pastré, P. Mayen, P. Vergnaud, G. « La didactique professionnelle », *Revue française de pédagogie* [En ligne], 154 | janvier-mars 2006, mis en ligne le 01 mars 2010, consulté le 12 février 2013. URL : <http://rfp.revues.org/157>
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : l'Harmattan.
- Pepin, J, Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière éducation.
- Rothier, B. E. (2012). *Entre cure et care : Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.

- Schapp, W., & Greisch, J. (1992). *Empêtrés dans des histoires : L'être de l'homme et de la chose*. Paris : édition du Cerf.
- Reuter, Y., & Cohen-Azria, C. (2007). *Dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques*. Bruxelles : De Boeck.
- Vigil-Ripoche Marie-André, « Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme », *Recherche en soins infirmiers* 4/2011 (N° 107) , p. 7-22  
URL : [www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-7.htm](http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-7.htm)
- Talja, S., Keso, H., Pietilainen, T.(1999).The production of « context »in information seeking research :A metatheoretical view, in *information processing and management*, vol 35, n°6, p751 à 763.
- Theureau, J., (2004). *L'hypothèse de la cognition (ou action) située et la tradition d'analyse du travail de l'ergonomie de la langue française*. *Activités*, vol.1, n°2.
- Vernant Jean-Pierre, Détienne Marcel. *La mètis d'Antiloque*. In: *Revue des Études Grecques*, tome 80, fascicule 379-383, Janvier-décembre 1967. pp. 68-83;  
[http://www.persee.fr/doc/reg\\_0035-2039\\_1967\\_num\\_80\\_379\\_3922](http://www.persee.fr/doc/reg_0035-2039_1967_num_80_379_3922)

## **RESUME**

L'infirmière de l'Education Nationale, trop souvent qualifiée du terme obsolète « d'infirmière scolaire », dispense ses soins auprès d'élèves qui ne rencontrent pas forcément de problèmes de santé. Dès lors peut se poser la question de son rôle, de ses missions puisque les représentations la cantonnent à exercer auprès de malades. Ce mémoire a pour ambition de questionner l'exercice professionnel infirmier à l'Education Nationale des notions de « CURE » et de « CARE » comme composantes du soin. Pour mener à bien ce travail de recherche, un recueil de données a été effectué selon des méthodes de l'analyse de l'activité auprès de cinq infirmiers de l'Education Nationale. Cette démarche d'investigation fait suite à une recherche exploratoire focalisée sur les ateliers d'analyse des pratiques professionnelles. Cela nous a permis de recueillir, cerner et analyser les éléments de contexte générant une modification de l'identité professionnelle de l'infirmière qui exerce à l'éducation nationale. Le CARE « prendre soin de » concept encore très peu employé en France, prendrait alors le pas sur le CURE.

**MOTS-CLES** : Infirmière, Education Nationale, analyse des pratiques professionnelles, analyse de l'activité, identité professionnelle, éducation, CARE, CURE.

## **ABSTRACT :**

School medical officer, too many times qualified of "school nurse", deliver health and first-aid provision for students who doesn't necessarily need it. Consequently, as common representations reduces his role to patient's curing, we can wonder about his true missions. This paper aims to questioning the professional exercise of medicine in National Education with "cure" and "care" notions as general care component. To lead this research, data were collected by analysing the activity of five school medical officers. This process follows up on an exploratory research based on working habits analysis workshops. It enabled us to collect, understand and analyse the context which produces professional identity mutations for the school medical officer. The "care" notion still suffer of a lack of use in the french system, overriding the "cure" notion.

## **KEYWORDS :**

School medical officer, nurse, National Education, professional practices, analysis, working habits, professional identity, education, cure, care.

## TABLE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Chronologie de la profession infirmière en France

Annexe n°1bis : Méthodologie des ateliers d'analyse des pratiques professionnelles

Annexe n°2 : Auto-confrontation simple des héros

Annexe n°3 : Grille d'entretien de la chercheuse pour les auto-confrontations croisées

Annexe n°4 : Retranscription des entretiens d'auto-confrontations croisées



# Annexe 1

## Chronologie de la profession infirmière en France

1902 : (Circulaire) 1<sup>ere</sup> définition de l'infirmière.

1907 : 1<sup>ere</sup> école d'infirmières à la Salpêtrière à Paris.

1922 : (Décret) Création d'un Brevet de capacité professionnelle qui permet de porter le titre d'infirmière diplômée d'État.

1938 : (Décret) Création du Diplôme d'État d'infirmier

1946 : (Loi) L'obtention du Diplôme d'État est obligatoire pour exercer la profession d'infirmière.

Des mesures dérogatoires (après examen dit de récupération) autorisent les personnes non diplômées qui assuraient des soins à exercer la profession en qualité :

-d'infirmier polyvalent ou avec activité limitée,

-d'infirmier auxiliaire polyvalent ou avec activité limitée.

1951 : (Décret) 1<sup>ere</sup> école de cadres infirmiers (Croix-Rouge Française).

Création d'un conseil supérieur des infirmiers (CSPPM en 1973).

1958 : (Décret) Institution officielle des certificats d'aptitude à la fonction d'infirmière monitrice ou d'infirmière surveillante.

1965 : Ouverture de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon (EIEIS) ; cette institution n'existe plus.

1975 : Certificat cadre infirmier (CCI).

1978 : Nouvelle définition de l'infirmière. Reconnaissance d'un rôle propre.

1984 : (Décret du 17 juillet) Liste des actes professionnels.

1980 : (Loi du 12 juillet 1980) relatif à l'exercice de la profession.

1991 : Création du Service de soins infirmiers.

1992 : (Arrêté du 23 mars) Relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

1993 : (Décret du 16 février) Les règles professionnelles.

1993 : (Décret du 15 mars) Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

2002 : Une nouvelle version du décret de compétence, décret du 11 février 2002

2004 : Le décret de compétence du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier est abrogé. Notre profession est désormais régie par les dispositions du code de la santé publique suite à la parution du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.

2006 : Adoption de la proposition de loi portant création d'un ordre national des infirmiers par l'Assemblée nationale, le 13 juin 2006.

2009 : Nouveau référentiel de formation initiale. Décret du 31 juillet 2009

# Annexe 1 bis

## AAPP : Ateliers d'Analyse des Pratiques Professionnelles

UN OBJECTIF : Il s'agit de permettre à chaque participant, dans un cadre précis et délimité, de saisir par lui-même, pour lui-même et avec l'aide des autres, la réalité de son métier dans sa complexité.

C'est l'accroissement du champ de réflexion et de perspicacité du professionnel qui est visé (De Peretti)

L'atelier est composé de 6 à 12 personnes réunies sur une demi-journée ou une journée.

Il est animé par un pair formé, garant du cadre.

Rôles de l'animateur :

L'animateur veille à ce que :

- les échanges portent effectivement sur la situation professionnelle évoquée
- le narrateur soit préservé de tout reproche, jugement, évaluation, interprétation
- la séance se passe en confiance
- la confidentialité soit respectée

Il a également pour tâches de (faire) reformuler et synthétiser le message du narrateur dans la troisième phase, (faire) synthétiser les propos du groupe et de faire émerger les points saillants apparus dans la quatrième phase.

UN CADRE : Un narrateur expose une situation professionnelle, un groupe de pair le questionne, l'animateur veille au respect des règles de fonctionnement.

DES REGLES DE FONCTIONNEMENT : L'atelier se déroule en plusieurs phases :

-1 : Phase préliminaire : Chaque participant évoque (de préférence l'écrit) succinctement une situation professionnelle vécue qui l'interpelle et le groupe choisit celle sur laquelle le travail d'analyse portera.

Chaque situation peut être résumée par un titre de film, de chanson, de livre (proposée par le groupe mais choisie par la personne qui apporte la situation)

-2 : L'énoncé initial (5 minutes environ)

Le narrateur expose concrètement la situation professionnelle vécue qu'il a décidé d'évoquer et ce qui l'interpelle dans cette situation.

-3 : Le questionnement (30 à 45 minutes environ) et choix du fragment

Le groupe questionne le narrateur sur la situation (jusqu'à ce qu'elle soit la plus explicite pour tous), puis sur ce qui l'interpelle dans celle-ci c'est là que le fragment est choisi. Le questionnement est au service du narrateur.

-4 : Les réactions et les échos

Après que l'animateur a reformulé l'essentiel du message du narrateur, chacun expose ce que la situation présentée lui évoque personnellement et comment il a réagi dans cette situation analogue.

-5 : Une forme de synthèse : détermination des blocs émergents

L'animateur et/ou les membres du groupe dégagent les éléments essentiels apparus lors du tour de table, éléments constitutifs de la pratique professionnelle des participants. Le narrateur donne son sentiment sur le travail effectué et ce qu'il en retire.