

ÉDUCATION NUTRITIONNELLE EN MILIEU SCOLAIRE : LES
RESSOURCES POTENTIELLES D'UN PARTENARIAT
ENSEIGNANT/INFIRMIER

[France Arboix-Calas](#), [Geneviève Lemonnier](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2016/2 Vol. 28 | pages 145 à 156

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-2-page-145.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Éducation nutritionnelle en milieu scolaire : les ressources potentielles d'un partenariat enseignant/infirmier

Nutrition education in schools: potential resources for a teacher/nurse partnership

France Arboix-Calas¹, Geneviève Lemonnier²

➔ Résumé

Contexte : L'éducation nutritionnelle (EN) en milieu scolaire repose sur le travail coordonné entre enseignants et infirmiers. L'objectif de cette étude est de confronter les représentations et pratiques en EN des enseignants du premier degré et infirmiers scolaires dans la région française Languedoc-Roussillon. Nous avons mobilisé le cadre théorique de la complexité, particulièrement adapté aux phénomènes multifactoriels tels que l'EN.

Méthode : Nous avons interrogé 112 enseignants du premier degré et 33 infirmiers scolaires sur leurs représentations et pratiques de l'EN autour de trois aspects : acteurs, contenu et place de l'EN à l'école.

Résultats : Les infirmiers ont une conception globale et complexe de l'EN, incluant le travail en partenariat. Par contre, les enseignants ont une vision plutôt réductrice de l'EN et ont une pratique qui prend assez peu en compte les dimensions psychosociales de la nutrition et le travail en partenariat.

Conclusion : Les infirmiers pourraient être des personnes ressources pour les enseignants afin de les aider à changer leur approche de la santé et passer d'une approche biomédicale de la santé et de la nutrition à une approche plus globale prenant notamment en compte ses dimensions psychologique et sociale plus adaptée pour répondre aux maladies chroniques liées à l'alimentation dans la société française d'aujourd'hui.

Mots-clés : Éducation à la santé; Enseignants; Infirmiers scolaires; Complexité.

➔ Summary

Context: Nutrition education in schools must be based on a collaborative approach between teachers and school nurses. The objective of this study was to compare the nutrition education representations and practices of primary school teachers and school nurses in the Languedoc-Roussillon region in the South of France. We used the theoretical framework of complexity, which is particularly suited to multifactorial phenomena such as nutrition education.

Methods: We interviewed 112 primary school teachers and 33 school nurses about three aspects of their nutrition education representations and practices: actors, content and place of nutrition education at school.

Results: Nurses had a more comprehensive and complex approach to nutrition education, including a collaborative approach. However, teachers had a fairly simplistic view of nutrition education and their practice took little account of the psychosocial dimensions of nutrition and a collaborative approach.

Conclusion: Nurses could be resources for teachers to help them change their approach to health by transforming a purely biomedical approach to health and nutrition into a more comprehensive approach, particularly taking into account in its psychological and social dimensions, which would be more appropriate to address the growing prevalence of diet-related chronic diseases in France today.

Keywords: Health education; Teachers; School nurses; Complexity.

¹ Chercheuse associée au LIRDEF – Université Montpellier ESPE – Place Marcel Godechot – 34092 Montpellier – France.

² Infirmière conseillère Technique auprès du Recteur – 31, rue de l'Université – Montpellier – France.

Introduction

L'éducation nutritionnelle (EN), qui s'inscrit dans le domaine plus large de l'éducation à la santé, apparaît comme une éducation globale de l'enfant, indissociable du « vivre ensemble » et du développement du sens des responsabilités et de la citoyenneté [1, 2]. Elle rassemble des objectifs de nature différente : il s'agit non seulement de contribuer à des objectifs de santé publique (prévention du surpoids et de l'obésité), mais également de réduire certaines inégalités liées, notamment, aux problèmes d'alimentation (maigreur ou surcharge pondérale) et aux questions de santé environnementale (production agricole, gestion des déchets...). Cette éducation s'inscrit dans une perspective de promotion de la santé visant à donner à l'enfant les outils nécessaires pour faire ses propres choix en matière d'alimentation afin de devenir un consommateur responsable vis-à-vis de sa propre santé, de la société et de l'environnement.

La revue de littérature dans ce domaine montre que la thématique de l'EN en milieu scolaire a été largement documentée dans le monde anglo-saxon, notamment face à la montée des cas de surpoids et d'obésité. Plusieurs revues d'études ont montré l'intérêt du travail coordonné entre infirmiers-ères et enseignants (et d'autres acteurs) sur la régression du surpoids et de l'obésité [3, 4]. Elles pointent notamment l'implication des infirmiers-ères pour motiver les autres professionnels à agir sur l'environnement émotionnel des enfants en surpoids. Elles pointent également le rôle de relais des infirmiers-ères entre parents et enseignants pour préserver la confidentialité des mesures anthropométriques pratiquées sur les enfants, gage de confiance pour la mise en place de programmes en EN.

En France, le cadre réglementaire de l'EN en milieu scolaire est prescrit par un ensemble de directives officielles qui accordent une place prépondérante aux rôles des acteurs de terrain [5-7]. Parmi eux, les enseignants et les infirmiers-ères en milieu scolaire apparaissent comme des acteurs de premier plan.

Plusieurs recherches françaises menées sur les représentations et pratiques de ces acteurs ont montré l'intérêt des enseignants [8] et des infirmiers-ères scolaires [9] pour la thématique de l'alimentation en éducation à la santé. Toutefois à notre connaissance, aucune recherche n'a encore confronté le point de vue de ces deux catégories de professionnels. Ainsi, une étude a été réalisée sur les représentations et pratiques des infirmiers-ères scolaires et des enseignants dans le domaine de l'EN afin d'en

décrire les éventuelles différences et montrer en quoi elles pourraient s'associer.

Contexte de l'étude

Il convient de noter que les missions en EN des infirmiers-ères et des enseignants ne font pas l'objet des mêmes recommandations par les textes règlementaires. Les missions de l'enseignant sont définies par au moins trois documents dans le cadre de l'EN : les programmes scolaires [10], le socle commun de connaissances et de compétences [11] et le guide « Nutrition à l'école » [6]. Toutefois, en l'absence de prescriptions plus précises et directives dans ce domaine, c'est l'interprétation que l'enseignant fait de ces textes qui le guide dans ses choix pédagogiques. Les missions de l'infirmier-ère scolaire constituent en la mise en place de « consultations individuelles en éducation à la santé centrées sur le besoin identifié conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il peut s'agir notamment [...] d'EN. Lors de ces entretiens, l'infirmier-ère fournit à l'élève ou à l'étudiant, des éléments de réflexion et d'information afin de renforcer ses capacités à prendre des décisions concernant sa santé et l'accompagne vers l'autonomie » [12]. Il semble cependant opportun de comparer leurs représentations et pratiques dans la mesure où le partenariat entre enseignants et infirmiers-ères est souhaitable dans le domaine de l'EN.

L'étude s'est déroulée en Languedoc-Roussillon, région du Sud de la France. Cette région est une région fortement sensibilisée à la problématique du surpoids et de l'obésité infantile puisqu'elle a été une des régions pilotes du programme EPODE¹ aujourd'hui prolongé dans le cadre du programme VIF². Cette région est par ailleurs assez bien représentative de l'épidémie de surpoids et d'obésité en France puisqu'elle compterait 15,6 % d'adultes en surpoids ou obèses contre 15 % au niveau national [13]. L'Académie de Montpellier où l'étude a été menée est particulièrement sensibilisée à la problématique. En janvier 2014, une plaquette sur la collation matinale destinée à limiter les risques de surpoids et d'obésité infantiles a ainsi été réalisée en collaboration avec l'infirmière conseillère technique auprès du Recteur, et distribuée à l'ensemble des écoles maternelles de la ville de Montpellier et des départements de la région.

¹ Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants.

² Vivons en Forme.

Cadre théorique de l'étude

L'EN consistant en une éducation globale de l'enfant parce qu'elle a trait à de nombreux domaines (alimentation, psychologie, environnement, culture...) peut être qualifiée de « complexe ». De nombreux auteurs s'accordent aujourd'hui pour dire que les pathologies liées à l'alimentation sont des pathologies d'origine multifactorielles [14] et doivent donc être considérées comme complexes.

Ainsi, pour conduire cette étude, nous avons eu recours au cadre théorique de la complexité, développé par Edgar Morin [15]. Cette approche est particulièrement heuristique dans une recherche sur les représentations et pratiques des acteurs de l'EN car elle permet de structurer la pensée grâce à des principes organisateurs. La théorie de la complexité d'Edgar Morin définit deux formes de pensée : la pensée simplifiante et la pensée complexe, qui ne s'opposent mais sont complémentaires. Elles peuvent être

décrites synthétiquement avec six principes qui se répondent deux à deux, que l'on peut appliquer à l'EN (tableau I).

Ces principes ont été utilisés pour construire un questionnaire qui permet de classer les représentations et pratiques des professionnels dans la pensée simplifiante ou la pensée complexe [17]. N'est ici présentée qu'une partie des résultats selon trois dimensions : acteurs, contenu, et place de l'EN à l'école qui correspondent aux critères précédemment décrits.

Méthode

Notre enquête a porté sur deux types de population : les infirmières scolaires (n = 33) et les enseignants du premier degré (n = 112).

Tableau I : Application à l'EN des six principes organisateurs de la pensée d'Edgar Morin

Pensée simplifiante	Pensée complexe
<p>Le principe d'isolement/disjonction sépare les éléments. Il permet de considérer des variables indépendantes capables d'agir sur l'objet séparé de son environnement. <i>Appliqué au domaine de l'EN, ce principe s'illustre par le fait que l'EN est abordée uniquement dans le domaine des sciences de la vie ou, parfois, de l'éducation physique et sportive.</i></p>	<p>Le principe hologrammatique considère que le tout est constitué de plusieurs parties mais chaque partie possède également une information sur le tout. E. Morin illustre ce principe à travers les relations entre l'être vivant et la cellule qui contient l'information nécessaire pour reconstituer le tout. <i>Appliqué à l'EN, ce principe permet de comprendre que si elle est explicitement présente dans certains domaines d'enseignement comme les sciences ou l'éducation physique et sportive, elle fait aussi partie de l'éducation globale de l'enfant, futur citoyen et consommateur responsable.</i></p>
<p>Le principe dualiste oppose les points de vue portés sur un même phénomène sans jamais les réunir. <i>Appliqué au domaine de l'EN, le principe dualiste peut s'illustrer par les discours des services de santé (médecins scolaires et infirmiers), des parents et des enseignants qui peuvent entrer en opposition, plaçant ainsi l'enfant dans une situation paradoxale. Ce principe isole chaque acteur de l'EN, pouvant aller jusqu'à remettre en cause sa légitimité à intervenir sur ce sujet.</i></p>	<p>Le principe dialogique « unit deux principes ou notions devant s'exclure l'un l'autre, mais qui sont indissociables en une même réalité » [16]. La logique de la pensée complexe est donc de concevoir l'opposition comme une complémentarité. <i>Appliqué à l'EN, ce principe dialogique permet de réaliser un véritable dialogue entre les différents acteurs pour une plus grande cohérence entre le discours et les pratiques.</i></p>
<p>Le principe de causalité linéaire considère que la connaissance procède par ordre selon un enchaînement linéaire. Il suit la logique cause/conséquence. <i>Appliqué au domaine de l'EN, ce principe voudrait que seules les informations nutritionnelles permettent au consommateur d'adopter une alimentation saine et adaptée à sa physiologie.</i></p>	<p>Le principe de récursion organisationnelle de pensée complexe (ou principe récursif) invite à dépasser le principe de causalité linéaire de la pensée simplifiante. Selon ce principe, au-delà de la relation de cause à effet, il y aurait une relation d'effet à cause : l'effet peut rétro-agir sur la cause. <i>Appliqué à l'EN, le développement de compétences psychosociales chez les élèves pourrait être une aide pour leur permettre de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, de s'adapter au milieu grâce à l'empathie, la gestion du stress, le développement de l'estime de soi et les relations interpersonnelles, sans utiliser la nourriture comme réponse à un mal-être intérieur, par exemple. Ces compétences s'auto-entretiennent et se renforcent au fur et à mesure de leur développement : elles créent une boucle récursive.</i></p>

Déroulement de l'enquête

Le questionnaire a été transmis par courriel en juin 2012 aux infirmières conseillères techniques auprès des Directeurs Académiques des Services de l'Éducation Nationale (DASEN) de chaque département du Languedoc-Roussillon. L'infirmière conseillère technique du DASEN de l'Hérault l'a ensuite diffusé à tous les infirmiers-ères du département (n = 101). Fin juin 2012, nous avons collecté 33 questionnaires exploitables. Ce faible taux de participation (33 %) peut s'expliquer par le délai très court d'administration du questionnaire en fin d'année scolaire. Les infirmiers-ères ont globalement exprimé leur intérêt pour l'enquête mais un manque de temps pour y participer.

Concernant les enseignants, nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif et contacté les quatre inspections de circonscription de la ville de Montpellier. Trois ont donné leur accord pour que l'enquête soit réalisée dans les écoles primaires qui en dépendent. Toutes les écoles de ces circonscriptions ont été contactées par courriel puis relancées par téléphone. Dès qu'un directeur d'école acceptait de nous recevoir pour réaliser l'enquête, tous les enseignants de l'école étaient invités à répondre au questionnaire. Cependant, nous avons rencontré beaucoup de résistance de la part des directeurs et des enseignants pour participer à cette enquête. Les refus étaient motivés par des raisons diverses : manque de temps, priorité donnée aux enquêtes obligatoires et aux travaux de recherche des futurs enseignants en formation, pas d'intérêt pour la thématique de la recherche en EN. Notre échantillon a donc été élargi à d'autres villes dépendantes de l'inspection académique de l'Hérault lors de deux réunions rassemblant des enseignants en formation continue et à d'autres départements de l'académie de Montpellier (Lozère et Gard)

grâce à des enseignants « relais » qui ont diffusé le questionnaire dans leur réseau de connaissances. La phase de collecte des données a duré d'avril à octobre 2012. Les enseignants recrutés ont été interrogés en direct par questionnaire papier (n = 112).

Description du questionnaire

Le questionnaire, présenté en annexe, se compose de trois parties :

- Partie n° 1 : questions à choix multiple de type échelle de Likert comportant dix-huit questions (V1 à V13 ; V14 ; V20 ; V23 ; V24 ; V30). Ce questionnaire a été construit, testé et validé sur la base de deux échelles (pensée simplifiante et pensée complexe) dans une précédente recherche sur les représentations des enseignants du premier degré. Il a montré qu'il permettait de discriminer les représentations de l'éducation à la santé basée sur le modèle biomédical de santé qui relèvent d'une pensée simplifiante de celles basées sur les modèles biopsychosocial et holistique qui relèvent d'une pensée complexe [17]. Cette partie porte sur les représentations concernant la place, le contenu et les acteurs de l'EN en milieu scolaire.
- Partie n° 2 : questions binaires. Cette partie comporte sept questions sur les pratiques pédagogiques en EN (V31 à V37) du point de vue des acteurs, du contenu et de l'organisation des projets en EN. Les questions V32 à V37 relèvent à notre sens d'une pensée complexe (tableau II).
- Partie n° 3 : renseignements divers (données socio-démographiques, intérêt, motivation, besoin en formation pour l'EN).

Tableau II : Tableau récapitulatif des questions (V) caractérisées en pensée simplifiante ou pensée complexe

Éducation nutritionnelle « hygiéniste »	Éducation nutritionnelle actuellement préconisée par les experts internationaux [18, 19]
Principe dualiste	Principe dialogique
Les acteurs de l'EN travaillent de façon isolée (V1, V2, V3, V4).	L'EN est l'affaire de tous (V14, V20, V23, V24, V34, V35).
Principe de causalité linéaire	Principe récursif
L'EN consiste à faire acquérir des connaissances scientifiques sur l'alimentation, l'activité physique (V5, V8, V11).	L'EN consiste à développer chez les élèves, des compétences d'ordre psychosocial pour pouvoir prendre des décisions éclairées face aux connaissances scientifiques acquises (V6, V7, V9, V10, V32, V33).
Principe de disjonction	Principe hologrammatique
L'EN n'a sa place qu'en cours de sciences ou d'EPS (V11, V13).	L'EN est une éducation transversale (V12, V30, V36, V37).

Tests statistiques utilisés

Les données ont été saisies avec le tableur Microsoft Office Excel 2002 (version 10). Les analyses en composantes principales ont été réalisées avec le logiciel R (R, package FactoMineR). Les analyses statistiques univariées ont été réalisées avec le logiciel SPSS (version 9).

La majorité des variables des échantillons d'enseignants et d'infirmières s'écartant d'une loi normale, nous avons utilisé des tests non paramétriques. Les données ont été tout d'abord étudiées de manière univariée, à l'aide du test du Khi2 pour les comparaisons de pourcentages, et de test non paramétrique (test H de Kruskal-Wallis) pour les comparaisons de moyennes.

Pour étudier les représentations des infirmières et des enseignants, nous avons utilisé une technique d'analyse multivariée : l'analyse en composantes principales (ACP). Bien que ce type d'analyse requière théoriquement l'utilisation de variables continues, il est surtout utilisé en sciences humaines sur des variables ordinales (échelles de Likert dans notre questionnaire) [20].

Dans cette étude, une ACP a permis d'identifier les approches de l'EN les plus importantes, c'est-à-dire celles pour lesquelles il y a une forte variation des réponses entre les individus. À cette fin, nous avons choisi de ne retenir que les composantes qui expriment plus de 10 % de la variance totale. Nous interprétons la signification de ces composantes en étudiant leur relation avec les variables de notre questionnaire grâce au coefficient de saturation des variables sur les axes. Par convention, la relation entre composantes principales et variables initiales est en général exprimée graphiquement au moyen du cercle des corrélations [21].

Tableau III : Description des échantillons

		Enseignants	Infirmières	p
Âge (années)		42	48,5	< 0,001
Sexe	Féminin	81,5 %	100 %	< 0,01
	Masculin	18,5 %	0 %	
Formation en EN	Score de compétence	5,95 ± 0,17	6,26 ± 0,29	> 0,05
	Besoin en formation	64,5 %	84 %	< 0,05
	Motivation pour développer des projets en école primaire	61 %	93 %	< 0,05

Résultats

Description des échantillons

Nous observons des différences entre nos deux échantillons, comme l'indique le tableau III.

Nous remarquons que notre échantillon d'infirmières scolaires est exclusivement féminin contrairement à l'échantillon d'enseignants dans lequel environ un enseignant sur cinq est de sexe masculin. Nous remarquons également que les infirmières sont significativement plus âgées que les enseignants (48,5 ans vs 42 ans) donc possiblement plus expérimentées.

Pratiques déclarées

Les pratiques des infirmières scolaires et des enseignants du premier degré diffèrent singulièrement. En effet, 78 % des enseignants déclarent avoir déjà abordé le thème de l'EN auprès des élèves contre seulement 56,3 % des infirmières ($p < 0,05$). Les différences en termes de pratique présentées dans le tableau IV, montrent que les infirmières sont plus orientées vers une pratique que nous avons qualifiée de complexe par rapport aux enseignants, sur l'ensemble des questions de pratique de notre questionnaire (tableau IV).

Les infirmières scolaires sont significativement ($p < 0,05$) plus concernées par le travail sur le développement personnel, le travail en lien avec d'autres partenaires de l'éducation à la santé et le travail dans le cadre d'un projet

Tableau IV : Pratiques déclarées en EN

			Enseignants	Infirmiers	Valeur de p
Contenu de l'EN	V32	Travail sur le développement personnel (estime de soi, gestion des risques...)	53 %	79 %	< 0,05
	V33	Travail sur les aspects sociaux de la santé (accès aux soins, habitudes sociales...)	63 %	79 %	> 0,05
Acteurs de l'EN	V34	Travail avec des familles d'élèves	45 %	65 %	> 0,05
	V35	Travail avec d'autres partenaires (collègues, professionnels de santé, associations, industriels, médias locaux, planning familial...)	72 %	95 %	< 0,05
Place de l'EN	V36	Travail dans le cadre d'un projet de classe	66 %	70 %	> 0,05
	V37	Travail dans le cadre d'un projet d'école	28 %	70 %	< 0,05

d'école. Ces pratiques orientées vers la complexité sont sans doute sous-tendues par des représentations spécifiques.

Pour éclairer ces différences de pratiques entre infirmières et enseignants, il est donc essentiel de réaliser une analyse de leurs représentations.

Représentations

L'ACP permet d'identifier les approches de l'EN les plus importantes, c'est-à-dire celles pour lesquelles il y a une forte variation des réponses entre les individus. Nous avons fait le choix d'analyser les deux premières composantes (ou dimensions) de cette ACP car elles expriment chacune plus de 10 % de la variance.

La dimension 1 explique 16,8 % de la variance. Elle montre l'opposition des deux modes de pensée représentés par les variables de pensée simplifiante et complexe. Sur cette première dimension, les variables de pensée simplifiante (à droite de l'axe vertical) concernent le rôle des professionnels de santé (V1) et des familles (V2) dans la réalisation de l'EN, l'illégitimité et l'incompétence de l'enseignant (V3, V4), le caractère biomédical des contenus de l'EN (V5) et sa place dans les disciplines scientifiques (V11). Les variables de pensée complexe (à gauche de l'axe vertical) concernent la nature de l'EN qui consiste en la prise en compte l'environnement et de la société (V10) ; le développement des compétences psychosociales telles que l'éveil et la curiosité des élèves (V9) ; dans une approche transversale et non disciplinaire (V12). Cette composante 1 oppose donc une approche biomédicale simplifiante (figure 1 : droite du cercle de corrélation 1 X 2) de l'EN qui doit être réalisée par les professionnels de santé ou les familles mais dans laquelle l'enseignant n'a pas sa place (ou alors dans le cadre de l'enseignement des sciences), à une approche globale complexe (figure 1 : gauche du cercle de corrélation 1 X 2) dans laquelle l'EN requiert la participation de nombreux acteurs et vise le développement de compétences psychosociales.

La dimension 2 explique 10,6 % de la variance. Cette composante définit dans la partie supérieure du cercle de corrélation (1 X 2), une approche de l'EN basée sur le travail en partenariat entre les services publics des collectivités territoriales et locales (V14), les médias (V20), les familles (V23) dans le cadre d'une approche par projet (V30) même si la pression institutionnelle sur les matières fondamentales ne laisserait en pratique que peu de place à l'EN (V13). Elle définit donc une approche partenariale que nous pourrions qualifier de complexe.

La projection des individus sur le plan factoriel 1 X 2 montre comment se répartissent les individus dans ce cercle de corrélation. Il semble que les infirmières aient une approche préférentiellement globale et complexe de l'EN (le barycentre du groupe des infirmières se situe le quadrant gauche et supérieur du cercle) ; tandis que les enseignants développent à peu près autant d'approches complexes que simplifiantes (le barycentre du groupe des enseignants est proche du point de croisement des axes).

Nous observons donc que les représentations des infirmières sont en accord avec leurs pratiques car elles sont vraisemblablement plus orientées vers la pensée complexe que celles de leurs collègues enseignants.

Discussion

Les résultats de notre enquête montrent certaines divergences entre pratiques et représentations des enseignants et infirmières scolaires en école primaire.

Les infirmières expriment un besoin en formation plus important que les enseignants sur le thème de l'EN (83,9 % vs 64,5 %) en école primaire alors même que l'éducation à la santé est une composante obligatoire pour l'obtention du diplôme d'État d'Infirmier [28] ce qui n'est pas le cas dans la formation des enseignants. Un résultat similaire avait

déjà été mis en évidence par Berger *et al.* [9] dans une étude sur les infirmières scolaires dans laquelle 82 % d'entre elles déclaraient ressentir un besoin en éducation à la santé. Nous pensons que cela peut s'expliquer par le fait que les infirmières sont peu investies en école primaire, en comparaison à leur investissement en collège et lycée. En effet, dans l'académie de Montpellier, une infirmière scolaire partage son temps entre le secondaire et le primaire dans lequel elle n'effectue que 30 % de son service. De plus, leur rôle est essentiellement centré sur le dépistage et la mise à disposition de ressources pour les enseignants. Toutefois, il faut souligner que les contextes social et environnemental étant en perpétuelle évolution, les programmes nationaux de formation des professionnels de santé autour de l'alimentation évoluent avec les récentes découvertes scientifiques et une mise à jour des connaissances est sans doute perçue comme essentielle par ces professionnelles. C'est probablement un facteur qui peut expliquer le besoin en formation exprimé dans ces différentes recherches. Enfin, les infirmières sont plus motivées que les enseignants pour développer des projets en école primaire. Par ailleurs dans les deux groupes, le sentiment de compétence ressenti dans ce domaine n'est pas significativement différent et se rapproche de celui décrit dans de précédentes études sur les infirmières scolaires [9] et les enseignants [8]. Ce résultat montre que le sentiment de compétence des enseignants dans ce domaine a peu évolué depuis une dizaine d'années en dépit des potentielles actions mises en place dans le cadre des formations continues. L'absence d'évolution du sentiment de compétence en santé des professionnels de l'Éducation nationale, en dépit de la multiplication des textes en faveur du développement de l'éducation à la santé, soulève plusieurs interrogations. Des recherches ultérieures pourraient être conduites sur les plans didactiques et épistémologiques afin de mieux comprendre les freins de cette évolution chez les professionnels.

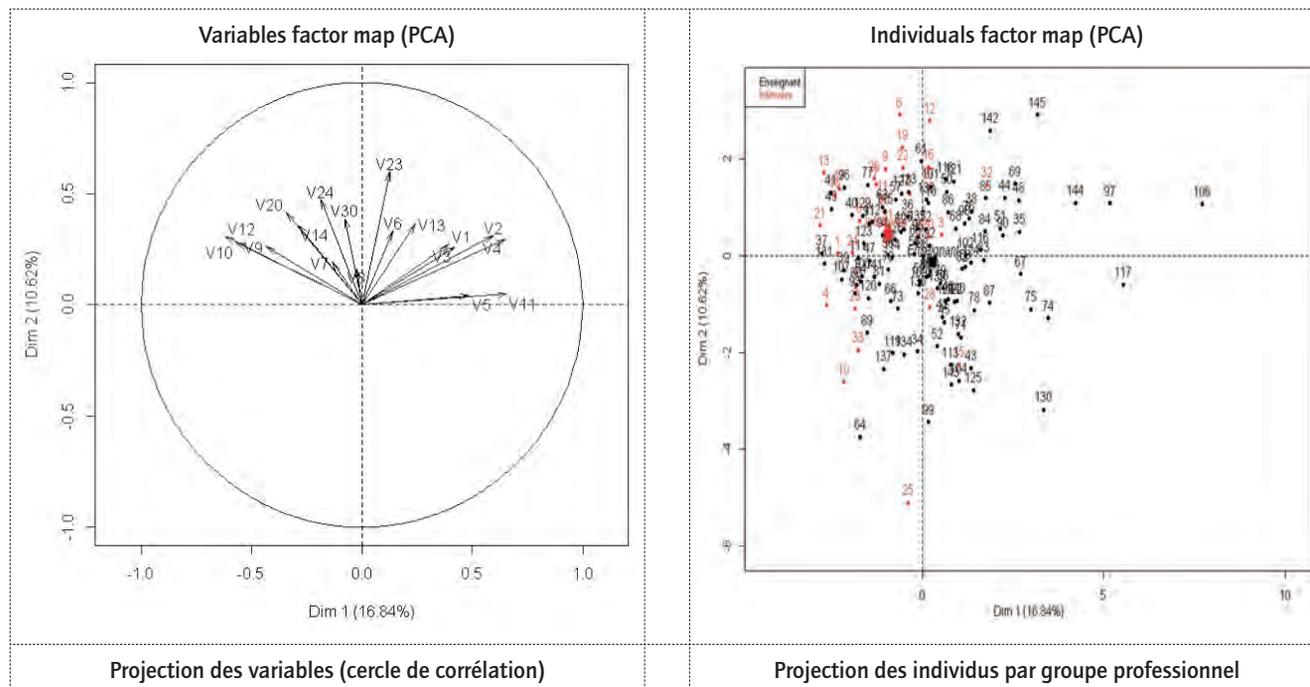
Les résultats de notre étude montrent également une différence dans la cohérence interne entre pratiques et représentations de chaque groupe professionnel.

Chez les infirmières scolaires, les pratiques sont orientées vers la complexité : développement de compétences psychosociales, travail en partenariat valorisé, projets menés à l'échelle de l'école dans son ensemble. Ces résultats peuvent s'expliquer par la spécificité de la profession d'infirmière-ère scolaire. Pour Pingoud [22], trois dimensions constituent le champ spécifique de l'intervention professionnelle de l'infirmière scolaire : l'univers de référence de professionnels de la santé, le cadre du système scolaire et le champ psycho-relationnel de la relation aux personnes. À travers cette troisième dimension, en aidant

les élèves à modifier leurs représentations ainsi que leurs comportements relatifs à la santé et à la maladie, elles peuvent agir sur des compétences psychosociales. Pingoud (*ibid*) souligne également que l'une des fonctions de l'infirmière scolaire est de favoriser la coordination des personnes et des actions au sein d'équipes interdisciplinaires. Cette formation qui valorise le travail en équipe et donc le tissage des liens entre professionnels, est propice au développement de la pensée complexe, pensée qui relie [15]. Berger *et al.* [9] montrent que le travail en partenariat est une composante très importante de la profession d'infirmière scolaire et qu'elle fait partie de sa culture professionnelle. Nos résultats sur les pratiques des infirmières scolaires confirment donc les résultats d'études précédentes.

De plus, notre étude montre que les représentations des infirmières scolaires se situent dans une approche plutôt complexe de l'EN. Ces résultats rejoignent le travail de Berger *et al.* [9] qui ont montré que les infirmières scolaires étaient seulement 22 % à appréhender leur rôle dans une approche d'information biomédicale, que nous avons qualifiée de simplifiante dans notre étude. Pourtant, ces résultats restent surprenants puisque le modèle de santé dominant dans la médecine contemporaine occidentale reste le modèle biomédical de santé [23-26]. À notre sens, parmi les trois dimensions qui constituent le carrefour au sein duquel les infirmières-ères scolaires inscrivent leurs actions professionnelles [22], c'est le champ psycho-relationnel de la relation à l'Autre qui a permis aux infirmières-ères scolaires de passer d'un modèle biomédical et simplifiant de santé vers des modèles plus complexes tels que le modèle global, le modèle holistique ou le modèle écologique [27]. De plus, depuis 2009, la formation des infirmières-ères français-es suit une approche par compétences orientées sur la prise en charge globale du patient [28]. Les connaissances exigées sont reliées à une approche globale de la santé à travers la prise en compte de l'adaptation de la personne à son environnement. Toutefois, il convient de rester prudent sur l'interprétation de nos résultats sur la base du nouveau référentiel de compétences du diplôme d'état d'infirmier français car la moyenne d'âge de notre échantillon (48,5 ans) montre que les infirmières qui ont participé à l'étude n'ont pas été formées avec ce nouveau référentiel. Cependant, cette réforme dans la formation des infirmières traduit une orientation de la formation des professionnels de santé vers des approches plus globales de la personne.

En revanche, les résultats sur les pratiques et représentations des enseignants ne vont pas dans le même sens. En effet, les enseignants sont beaucoup moins orientés vers



Légende : ▲ Barycentre du groupe « Enseignants » ▲ Barycentre du groupe « Infirmières »

Figure 1 : Projection des variables et des individus dans le plan factoriel 1 X 2

une pratique complexe de l'EN, que ce soit dans le développement de compétences psychosociales, du travail en partenariat ou des projets de grande envergure sur l'ensemble de l'école. Berger *et al.* [9] expliquent que le travail en partenariat, s'il fait partie de la culture professionnelle de l'infirmier-ère, ne concerne pas de façon aussi prégnante la culture professionnelle de l'enseignant. Dans une étude plus ancienne, Jourdan *et al.* [8] avaient relevé que l'approche utilisée par les enseignants était principalement thématique et essentiellement limitée à des séquences pédagogiques puisqu'elle n'était intégrée à un projet que dans 20 % des cas. Notre étude révèle des pratiques similaires en ce qui concerne les projets d'école. Enfin, en ce qui concerne le développement de compétences psychosociales, les enseignants de notre échantillon semblent assez démunis pour les travailler avec leurs élèves (à peine plus de la moitié d'entre eux [tableau III]), alors même qu'aujourd'hui, plusieurs textes de cadrage les incitent à le faire de façon explicite par la politique de santé dans les territoires académiques [7] ou implicite à travers le socle commun de connaissances et de compétences [11].

Si l'on considère à l'instar d'Autes (cité par Abric, [29]), que pratiques et représentations se nourrissent mutuellement, ces résultats sont éclairés par notre analyse des

représentations des enseignants. Dans l'analyse en composante principale, la projection des individus sur le plan factoriel 1 X 2 (figure 1) montre que les enseignants sont partagés entre une approche globale, complexe et une approche biomédicale simplifiante de l'EN (barycentre situé vers le centre du cercle de corrélation). En l'absence de formation obligatoire dans le domaine de l'éducation à la santé chez les enseignants du premier degré, il semble logique qu'une grande partie d'entre eux se réfèrent à ce modèle de santé biomédical « vulgarisé » pour fonder leur approche de la santé. De plus, dans le cadre du projet européen *BioHead Citizen*, il est apparu que les manuels scolaires français adoptaient préférentiellement une approche biomédicale du modèle de santé [30], ce qui ne permet pas aux enseignants d'être sensibilisés aux aspects complexes de la santé, de l'éducation à la santé et de l'EN. Pourtant depuis quelques années, sous l'impulsion du réseau UNIRES³, les formations en éducation à la santé dans les Écoles Supérieures du Professorat et de l'Éducation (ESPE) commencent à se généraliser dans les différentes académies, que ce soit en formation initiale (module obligatoire ou optionnel) ou en formation continue. Ces récents efforts

³ Réseau Universitaire pour l'éducation à la santé.

en matière de formation peuvent expliquer le partage des enseignants entre une approche complexe et une approche simplifiante de l'EN.

En outre, notre recherche suggère que les enseignants pourraient bénéficier d'un travail en partenariat avec les infirmières scolaires. Il semble que celles-ci soient déjà engagées vis-à-vis des élèves dans une approche globale et complexe de l'EN et qu'elles pourraient aider les enseignants à changer leur point de vue sur cette éducation pour aller vers plus de complexité.

Limites de l'étude

Si cette étude met en lumière le rôle que les infirmières scolaires peuvent jouer auprès des enseignants, il convient de rester prudent quant à la portée des résultats, notamment en raison de la taille modeste des échantillons et du contexte particulier de la région Languedoc-Roussillon très sensibilisée aux problématiques de surpoids et d'obésité. Quelques sources de biais potentiels sont également à préciser : les enseignants ayant répondu au questionnaire appartiennent à des Inspections académiques différentes au sein du rectorat de Montpellier, ce qui crée une pluralité de contextes ayant pu influencer les réponses des enseignants. De plus, nous nous sommes basés sur les pratiques déclarées et non observées ce qui constitue un autre risque de biais, d'autant que les professionnels qui ont accepté de participer à l'enquête sont souvent les plus motivés et que l'échantillon des enseignants a été très difficile à constituer suite aux refus motivés par différents personnels du premier degré de l'éducation nationale pour participer à cette recherche. D'autre part, cette étude ne permet pas de montrer un lien formel d'un point de vue statistique entre pratiques et représentations mais nous avons postulé sur la base de recherches antérieures que pratiques et représentations se nourrissent mutuellement (Autes cité par Abric, [29]). Nous pensons qu'il conviendrait de compléter cette étude par une étude qualitative pour approfondir le point de vue des infirmières-ères et des enseignants en EN ainsi que par une observation des pratiques réelles et non déclaratives de ces derniers.

Perspectives

Que ce soit dans l'académie de Montpellier ou à l'échelle nationale, plusieurs opportunités pourraient être utilisées

pour rapprocher infirmières-ères et enseignants dans leur mission commune d'EN. Pour cela, plusieurs pistes peuvent être envisagées, tant sur le plan institutionnel que sur le terrain.

Sur le plan institutionnel, les projets d'école pourraient développer plus souvent le thème « santé-nutrition ». Dans les mairies, les projets éducatifs locaux sont l'occasion de développer plus d'activités sur le thème « santé-nutrition ». Ainsi, dans les écoles du premier degré, l'infirmière-ère ressource sera incité à participer aux actions et à se mettre en contact avec les enseignants. Dans les académies, le DASEN et des équipes de circonscription pourraient choisir d'intégrer plus souvent le thème « santé-nutrition » à leurs projets prioritaires, d'autant que les initiatives se sont multipliées récemment dans la région Languedoc-Roussillon : projet « Art du goût » piloté par la délégation académique à l'éducation artistique et à l'action culturelle, programme « un fruit pour la récré », projet éducatif territorial « Goûter le monde autour de moi »...

Sur le terrain, il serait souhaitable de favoriser les échanges entre infirmières-ères et enseignants, d'autant que plusieurs études menées en contexte anglo-saxon ont montré que ces échanges permettent d'agir sur la motivation des enseignants et à renforcer le lien avec les parents [3, 4]. En effet, la question du lien avec les parents n'est pas à négliger, notamment dans le domaine de l'EN puisque l'alimentation de l'enfant dépend surtout de la sphère privée. Ainsi, dans l'académie de Montpellier, les infirmières scolaires travaillent en lien avec les enseignants (infirmière conseillère technique auprès du Recteur, infirmières-ères scolaires, inspecteur IA-IPR SVT⁴, enseignants de plusieurs disciplines) dans le cadre de cercles d'étude sur la thématique « santé ». Pour l'instant ces cercles d'étude, dont le but est de construire une culture commune dans le domaine de l'éducation à la santé, sont dédiés au second degré mais ils pourraient s'ouvrir au premier degré. La participation systématique des écoles primaires aux Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) pourrait aussi être l'occasion pour infirmières et enseignants de travailler ensemble et avec les représentants de parents. Enfin, l'association de l'infirmière de secteur aux journées de pré-rentrée pourrait être l'occasion d'orienter la politique de l'école en faveur de la promotion de la santé des élèves.

Toutefois, dans cette optique de travail en partenariat qui peut connaître de nombreux obstacles [31], il convient de bien clarifier en amont les rôles de chacun. En effet, pour

⁴ Inspecteur d'académie – Inspecteur pédagogique régional de Science de la vie et de la Terre.

que la pensée complexe, nécessaire à une EN qui réponde aux enjeux actuels, ne se transforme pas en une pensée holiste qui « noie les parties dans une vision homogénéisante du tout » [32], il est important pour les acteurs de cette éducation de reconnaître et d'accepter les responsabilités de chacun. Comme le soulignent Berger *et al.* [9], si les infirmiers-ères disposent d'une expertise scientifique dans le domaine de la santé, leur rôle n'est pas de faire la classe à la place des enseignants car ils ne sont pas formés en pédagogie et ne sont pas spécialistes des apprentissages. En revanche, les infirmiers-ères peuvent les aider à changer leur approche de la santé pour passer d'une approche biomédicale de la santé et de la nutrition à une approche plus globale qui prenne notamment en compte ses dimensions psychologique et sociale.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

- Jourdan D. Quelle éducation nutritionnelle à l'école ? La santé de l'Homme, 2004;374:26-9.
- Neulat N. L'éducation nutritionnelle à l'école, *Enfances & Psy*, 2005;2(27):96-100.
- Brownell KD, Kaye FS. A school-based behavior modification, nutrition education, and physical activity program for obese children. *American Journal of Clinic Nutrition*. 1982;35(2):277-83.
- Story M, Nannery MS, Schwartz MB. Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *The Milbank Quarterly*, 2009; 87(1):71-100.
- Ministère de l'Éducation Nationale. Circulaire n° 2006-197 du 7 décembre 2006. Protection du milieu scolaire Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Le Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale (BOEN) n° 47, 2006. Disponible en ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/45/MENE0602019C.html> (Dernière consultation le 18/10/13).
- Ministère de l'Éducation Nationale. Guide « Nutrition l'école : alimentation et activité physique », 2009. Disponible en ligne : <http://eduscol.education.fr/cid47778/nutrition-a-l-ecole-alimentationetactivite-physique.html> (Dernière consultation le 18/10/15).
- Ministère de l'Éducation Nationale. Circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011. Politique éducative de santé dans les territoires académiques. Le Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale (BOEN) n° 46, 2011.
- Jourdan D, Picc I, Aublet-Cuvelier D, Berger D, Le Jeune ML, Laquet-Riffaud A. Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire. *Santé publique*, 2002;14(4): 403-23.
- Berger D, Nekaa M, Courty P. Infirmiers scolaires : représentations et pratiques d'éducation à la santé, *Santé Publique*, 2009;6(21): 641-57.
- Ministère de l'éducation nationale. Horaires et programmes d'enseignement de l'école primaire. Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale (BOEN) Hors-série n° 3, 2008. Disponible en ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2008/hs3/default.htm> (Dernière consultation le 15/08/13).
- Ministère de l'Éducation Nationale. Socle commun de connaissances et de compétences, 2006. Disponible en ligne : <http://www.education.gouv.fr/cid2770/le-socle-commun-de-connaissanceset-de-competences.html> (Dernière consultation le 18/10/13).
- Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n° 2015-119 du 10 novembre 2015. Missions des infirmiers-ières de l'éducation nationale. Le Bulletin Officiel du Ministère de l'Éducation Nationale (BOEN) n°42, 2015. Disponible en ligne : http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91584 (Dernière consultation le 14/11/15).
- Institut national de la santé et de la recherche médicale, Kantar Health et Institut Roche de l'obésité. ObÉpi-Roche2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Neuilly-sur-Seine : Roche.
- Avignon A, Barbe P, Basdevant A. Obésité de l'enfant et de l'adulte. *Cahier de nutrition et de diététique*, 2001;36(Hors série 1):63-9.
- Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris : Le Seuil, 1990.
- Morin E. La tête bien faite : Penser la réforme, reformer la pensée. Paris : Le Seuil, 1999, p. 109.
- Calas F, Reynaud C, Caussidier C. Éducation à la santé et pensée complexe : une approche globale pour la formation des enseignants. *Recherche en Didactique des Sciences et Technique*, 2012;5: 105-30.
- F.A.O. (Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture). Guide de planification pour l'éducation nutritionnelle à l'école primaire, Rome, 2007. Disponible en ligne : <http://ftp.fao.org/docrep/fao/010/a0333f/a0333f01.pdf> (Dernière consultation le 18/10/13).
- Griffin GA, Light L. L'éducation nutritionnelle. Conception, adéquation et réforme des programmes. Les presses de l'UNESCO, 1976. Disponible en ligne : <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133963fo.pdf> (Dernière consultation le 18/10/2013).
- Pohlmann JT. Use and interpretation of factor analysis in The Journal of Educational Research: 1992-2002. *Journal of Educational Research*, 2004;98(1):14-22.
- Munoz F, Clément P. Des méthodes statistiques originales pour analyser les conceptions d'enseignants de plusieurs pays à partir d'un questionnaire sur des questions vives. *Actes du Congrès AREF*, 2007.
- Pingoud K. Élaboration d'un référentiel de compétences pour exercer la profession d'infirmière en milieu scolaire, *Santé Publique*, 2004;2(16):225-238.
- Bruchon-Schweitzer M. Au-delà du modèle transactionnel. Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé, 2003. Disponible en ligne : http://www.pureditions.fr/couvertures/1223045972_doc.pdf (Dernière consultation le 16/10/13).
- Déchamp-Le Roux C. L'emprise de la technologie médicale sur la qualité sociale. Paris : L'Harmattan, 2002.
- Paul P. Le concept de « Santé Globale », entre approches formelles et informelles, dans la transdisciplinarité. Communication au Second Congrès Mondial de la Transdisciplinarité, Vitoria, Brésil, 6-12 septembre 2005. [En ligne] : http://www.cetrans.com.br/artigos/Patrick_Paul.pdf (dernière consultation le 27/03/2015).

26. Haut Comité de Santé Publique. La santé en France. Rapport général, 1994. Disponible en ligne : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001396.pdf> (Dernière consultation le 14/10/2013).
27. Arboix-Calas F. Obésité et complexité : étude comparative des stratégies nutritionnelles françaises et indiennes en milieu scolaire. Thèse de doctorat, Université Montpellier 2, 2013.
28. Ministère de la santé et des sports. Référentiel de compétences du diplôme d'état d'Infirmier. Bulletin Officiel Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009. Disponible en ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf (Dernière consultation le 18/10/13).
29. Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses Universitaires de France, 1994, p. 230.
30. De Carvalho G, Dantas C, Ranna AL, Luzzi D, Ruggier R, Geier C, Caussidier C, Berger D, Clément P. Health education approaches in school textbooks of 16 countries: biomedical model versus health promotion. Actes de colloque: Proceedings of International Organisation for Science and Technology Education (IOSTE) conference Critical analysis of school sciences textbooks, Tunisia, 7-10 février 2007.
31. Mérini C. Trois obstacles au développement du partenariat. Cahiers pédagogiques, 2012;(Hors série)24:21-4.
32. Fortin R. Penser avec Edgar Morin. Lyon : Chronique Sociale, 2008, p. 37.

Annexe

Questionnaire

Partie n° 1

1	Il revient principalement aux infirmières, aux diététiciens et aux médecins scolaires d'assurer l'éducation à la nutrition	D'accord	Pas d'accord
2	L'éducation à la nutrition relève uniquement de la responsabilité des familles	D'accord	Pas d'accord
3	Un enseignant n'a pas le droit de donner des directives dans le domaine de la nutrition	D'accord	Pas d'accord
4	L'éducation à la nutrition n'est pas l'affaire de l'enseignant car il n'est pas compétent dans ce domaine	D'accord	Pas d'accord
5	Dans le cadre scolaire, l'éducation à la nutrition doit se limiter à des informations scientifiques (alimentation, digestion, activité physique...)	D'accord	Pas d'accord
6	L'éducation à la nutrition consiste principalement à développer les aptitudes personnelles des élèves, par exemple l'estime de soi, la gestion du stress, l'esprit critique...	D'accord	Pas d'accord
7	L'éducation à la nutrition, c'est apprendre à avoir certains comportements adaptés pour favoriser la santé	D'accord	Pas d'accord
8	Éduquer à la nutrition, c'est faire acquérir des connaissances médicales et/ou scientifiques permettant de se maintenir en bonne santé	D'accord	Pas d'accord
9	Éduquer à la nutrition, c'est favoriser l'éveil, et la curiosité, pour lutter contre les stéréotypes et les habitudes qui bloquent toute modification de comportement	D'accord	Pas d'accord
10	Éduquer à la nutrition, c'est prendre en compte les rythmes de vie à l'école, l'organisation des activités, l'environnement...	D'accord	Pas d'accord
11	L'éducation à la nutrition fait partie des disciplines scientifiques et doit s'effectuer uniquement pendant les cours de sciences	D'accord	Pas d'accord
12	L'éducation à la nutrition doit s'envisager comme une discipline transversale et donc dépasser le cadre de la « découverte du monde » ou des « sciences et technologie »	D'accord	Pas d'accord
13	La pression institutionnelle sur les matières fondamentales laisse peu de place à l'éducation à la nutrition	D'accord	Pas d'accord

Partie n° 2

14	Les services publics locaux (mairie, conseil général/régional...)	D'accord	Pas d'accord
20	Les médias locaux, tels que radio, journaux, télévision	D'accord	Pas d'accord
23	Les familles et parents	D'accord	Pas d'accord
24	Les collègues enseignants	D'accord	Pas d'accord
30	Travailler dans le cadre d'un projet	D'accord	Pas d'accord

		Oui	Non
31	Avez-vous déjà fait de l'EN en lien avec une école primaire ?		
32	Avez-vous travaillé sur le développement personnel (estime de soi, gestion des risques...) ?		
33	Avez-vous travaillé sur les aspects sociaux de la santé (accès aux soins, habitudes sociales...) ?		
34	Avez-vous travaillé avec des familles d'élèves ?		
35	Avez-vous travaillé avec d'autres partenaires (enseignants, autres professionnels de santé, associations, industriels, médias locaux, planning familial...) ?		
36	Avez-vous travaillé dans le cadre d'un projet ?		
37	Avez-vous travaillé dans le cadre d'un projet intégré au projet d'établissement ?		

Partie n° 3

Question sur votre motivation pour l'EN

S'il n'y avait pas de programme d'éducation à la nutrition/alimentation dans votre établissement, voudriez-vous en créer un ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions sur votre formation en EN

Comment évaluez-vous votre niveau de compétence en EN ?
Plus vous vous sentez compétent, plus vous indiquez une note proche de 10

/10

Actuellement, ressentez-vous pour vous-même la nécessité d'une formation ?

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Âge

Sexe *H* *F*