



HAL
open science

Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière

Rachel Morlot, Edith Salès-Wuillemin

► To cite this version:

Rachel Morlot, Edith Salès-Wuillemin. Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière. *Revue Internationale de Psychologie Sociale* = *International review of social psychology*, 2008, 21 (4), pp.89-114. halshs-00596012

HAL Id: halshs-00596012

<https://shs.hal.science/halshs-00596012v1>

Submitted on 26 May 2011

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

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

Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière

Effects of the practices and knowledge on the social representation of an object:
the case of hospital hygiene.

Rachel MORLOT

Laboratoire SocioPsychologie et Management du Sport (SPMS, EA 4180), Université de Bourgogne, Esplanade Erasme, BP 26513, F-21065 Dijon cedex, Rachel.Morlot@u-bourgogne.fr

Edith SALES-WUILLEMIN

Laboratoire de Psychologie Sociale : Groupe de recherche sur la Parole - Communication et pensée sociale (LPS, EA 351), Université Paris 8, UFR7-PPCS, 2 rue de la liberté, F-93526 Saint-Denis Cedex, Edith.Sales-Wuillemin@univ-paris8.fr

Référence :

Morlot, R., Salès-Wuillemin, E. (2008). Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière, *Revue Internationale de Psychologie sociale*, 21, 4, 89-114.

Abstract

The current study deals with the representation of *hospital hygiene*. The purpose is twofold: 1- to understand how knowledge about hygiene is acquired by nursing staff during their training (effect of the level of knowledge); 2- to identify how this knowledge evolves while practising a job in direct connection with hygiene (effect of practice). Three groups of participants were questioned: *nursing staff* (nursing executives, nurses and nursing auxiliaries), students training in nursing care (first, second and third year students) and non-specialist students. The results show that the three groups clearly share a common cultural base. This result confirms the existence of an overall architecture which links collective representations and social representations. Furthermore, a detailed analysis reveals important differences between the social representations which the three groups have of hygiene: *the professionals have a representation of practises anchored in precise scientific knowledge; the specialist students know certain things about hygiene, but this knowledge seems to remain abstract and normative; as for the non-specialist students, their representation of hygiene is linked to their practices, but these practices are limited to domestic hygiene*. This set of results indicates the existence of a close relationship between the insertion of a given social group (distance from the object of representation) and the social representation they construct about the object, and this independently from the collective representation.

Résumé

L'étude présentée porte sur la représentation de *l'hygiène hospitalière*. L'objectif est double : 1- l'appréhension des modalités d'acquisition des connaissances à propos de l'hygiène dans le cadre de la formation des personnels soignants (*effet du niveau de connaissance*) ; 2- la mise en évidence de l'évolution de ces connaissances compte tenu de l'exercice d'une profession en rapport direct avec l'hygiène (*effet de la pratique*). Trois groupes de sujets sont interrogés : *des personnels soignants* (cadres de santé, infirmières et aides-soignantes) *des étudiants spécialisés en soins infirmiers* (en première, deuxième et troisième année), *des étudiants non spécialisés*. Les résultats mettent en évidence que les trois groupes présentent très nettement une base culturelle commune. Ce résultat vient confirmer l'existence d'une architecture globale qui articule représentations collectives et représentations sociales. De plus, une analyse approfondie fait apparaître des différences notoires entre les représentations sociales que les trois groupes ont de l'hygiène : *les professionnels* présentent un ancrage de la pratique dans une connaissance scientifique précise. *Les étudiants spécialisés* ont des connaissances relativement à l'hygiène, mais elles semblent rester abstraites et normatives. Quant aux *étudiants non spécialisés*, leur représentation de l'hygiène est liée à leur pratique, mais celle-ci est restreinte à une hygiène domestique. Cet ensemble de résultats nous conduit à confirmer l'existence d'une relation sensible entre l'insertion du groupe social considéré (distance par rapport à l'objet de représentation) et la représentation sociale construite à propos de l'objet et ce indépendamment de la représentation collective.

Mots-clés : représentation sociale, représentation professionnelle, hygiène hospitalière, effet des pratiques, effet des connaissances.

Key-words: social representation, professional representation, hospital hygiene, effect of practices, effect of knowledge.

FIRST DRAFT

Introduction

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un contrat de recherche établi avec le Réseau Franc Comtois de Lutte contre les Infections Nosocomiales (RFCLIN) du CHU de Besançon. Ce réseau a pour objectif la surveillance et la prévention des infections nosocomiales grâce à des actions de formation et d'information des personnels. Dans le cadre des audits de pratiques réalisés au sein des services, le réseau a pu constater des écarts entre les prescriptions attachées aux protocoles et les pratiques d'hygiène. Parallèlement, les établissements audités présentaient un taux d'infections nosocomiales encore très élevé¹. Ce résultat apparaissait en décalage avec les efforts fournis en ce qui concerne l'information et la formation des élèves infirmiers et des personnels.

Notre étude vise une analyse des représentations de l'hygiène chez les personnels soignants et les élèves infirmiers en mettant en évidence l'impact de la connaissance et des pratiques. L'atteinte de cet objectif passe par deux étapes : 1- l'appréhension de l'évolution des connaissances à propos de l'hygiène dans le cadre de la formation des personnels soignants (*effet du niveau de connaissance*) ; 2- La mesure de l'impact de l'exercice d'une profession dans laquelle sont mis en œuvre des protocoles d'hygiène (*effet de la pratique*).

C'est dans cette optique que plusieurs groupes ont été ciblés : 1-*des personnels soignants* (aides soignantes, infirmières et cadres de santé), afin de pouvoir comparer leur représentation sociale de l'hygiène hospitalière en fonction de leur pratique, 2-*des étudiants en école d'infirmiers* à différentes étapes de leur formation, afin d'étudier les modalités d'élaboration de la représentation sociale de l'hygiène hospitalière au cours de leur cursus; 3-*des étudiants non spécialisés* n'ayant ni connaissance de l'hygiène hospitalière ni pratique, appariés en terme d'années d'étude au groupe précédent, afin de constituer un groupe de référence permettant de faire ressortir les spécificités des étudiants spécialisés et des professionnels.

La théorie des représentations sociales

Notre étude a comme soubassement théorique le concept de *représentation sociale* et plus particulièrement celui de *représentation professionnelle*. Il s'agit de se centrer plus précisément sur l'impact de deux facteurs dans le contenu et l'organisation d'une représentation : la pratique et la connaissance de l'objet. Pour cibler précisément l'impact de ces facteurs, il est

¹ Résultats de l'audit 2007 consultables sur le site : http://www.fc-sante.fr/rfclin/surveillance/surveillances/enp/resultat_ENP_2007_Franche_Comte.pdf

apparu nécessaire de différencier ce qui relève du niveau culturel global de ce qui résulte de la stricte appartenance groupale, ici un groupe professionnel.

Représentations sociales et représentations culturelles

La différenciation entre le niveau culturel et groupal nous conduit à nous tourner vers les études qui portent sur les relations existant entre les éléments constitutifs de la pensée sociale. Au sein de cet ensemble de recherches se trouvent les réflexions conduites notamment par Moscovici ou Rouquette. Dans la perspective développée par Moscovici (1961), les représentations sociales résultent de l'appartenance groupale des individus ; elles s'intercalent entre les représentations collectives et les représentations individuelles. Selon Durkheim (1898) les représentations collectives sont culturelles, elles renvoient à des modes de pensée communs (mythes, histoire, normes, traditions ...) qui résultent de la trame des relations sociales entre les individus et entre les groupes. Elles s'intercalent entre le sujet individuel et la société globale. Les représentations individuelles sont propres au sujet, elles sont le fruit des interactions avec l'environnement dans lequel il évolue. Ces représentations orientent ses actions (Piaget, 1947).

Selon Rouquette (1973 ; 1994 ; 1996), la pensée sociale s'organise selon *une architecture pyramidale*, dont l'idéologie et l'opinion forment respectivement le sommet et la base. L'idéologie orienterait les représentations et les représentations guideraient les attitudes puis les opinions. Si un certain nombre de recherches ont été initiées afin de mettre en évidence les relations existant entre représentations sociales et attitudes (Moliner, Joule, Flament, 1995 ; Moliner et Tafani, 1997 ; Tafani, 2001 ; Tafani et Souchet, 2002 ; Souchet et Tafani, 2004 ; Eyssartier, Joule et Guimelli, 2007...), ou entre idéologie et représentations (Gaffié et Marchand, 2001) il n'existe pas à notre connaissance en psychologie sociale de travaux empiriques qui proposent de distinguer de manière explicite ce qui relève du collectif de ce qui relève du groupal. Cette distinction est cependant nécessaire si l'on veut rendre compte au mieux de ce qui fait la spécificité de la représentation sociale. C'est ce que ce nous proposons de faire dans cette étude.

Représentations sociales : effet des connaissances et des pratiques

De nombreuses recherches portent sur l'impact de la connaissance et de la pratique de l'objet sur la représentation sociale.

Le *niveau de connaissance* de l'objet est un facteur qui se révèle avoir un effet au moment de la constitution de la représentation dans la phase d'objectivation et d'ancrage (Moscovici,

1961) mais également dans sa phase d'évolution (Salesse, 2002). L'étude de Moliner (1998) à propos de la fonction d'infirmière chez des étudiantes en formation, de jeunes débutantes et des professionnelles expérimentées montre clairement l'existence d'une différence de structure entre les représentations que ces trois groupes ont de l'objet de représentation. Salesse (2005) cherche à mettre en évidence le processus de structuration de la représentation sociale d'Internet chez des artisans. Elle utilise le questionnaire de mise en cause, le questionnaire de caractérisation et la technique d'associations verbales. Elle montre que ce processus est progressif et directement lié au niveau de connaissance dont disposent les sujets à propos de l'objet. Elle distingue plusieurs formes de connaissance qui vont de la simple connaissance déclarative (par description) à la connaissance par la pratique autonome intensive. L'évolution de la représentation se marque à chacun des niveaux et se traduit de trois manières différentes, dans la force des liens existant entre les éléments constitutifs, dans la complexité de l'organisation hiérarchique des composants (nombre de niveaux) et dans la connexité des éléments (nombre de relations).

L'analyse de l'impact des *pratiques* a donné lieu à un grand nombre de travaux. Les pratiques renvoient à des « systèmes complexes d'action socialement investies et soumis à des enjeux socialement et historiquement déterminés » (Abric, 1994, p.7). Il a été montré que les pratiques communes participent à l'élaboration de la représentation par le groupe. De même, le changement de pratiques ou l'introduction de pratiques nouvelles a un impact sur l'évolution de la représentation (Flament, 1987 ; Guimelli, 1989, 1994 ; Guimelli et Jacobi 1990 ; Guimelli et Rouquette, 1992 ; Guimelli et Reynier, 1999 ; Flament, 2001...). Ces pratiques peuvent recouvrir différentes réalités selon Flament et Rouquette (2003). Il peut s'agir d'un passage à l'acte isolé ou de pratiques régulières, de manières de faire ou encore d'intentions de comportements. Les pratiques ont un impact sur la structuration de la représentation sociale, du point de vue de son organisation hiérarchique (système central/périphérique) et du point de vue de ses dimensions (descriptive, fonctionnelle, évaluative). Lorsque les individus ont une pratique de l'objet, la représentation apparaît plus structurée (Rateau 1998 ; Gruev-Vintila, 2006...). Abric & Tafani (1995), montrent que, dans ce cas, c'est la dimension descriptive et fonctionnelle qui prévaut (c'est-à-dire ce qui relève de la définition de l'objet et des actions liées à l'objet). A l'opposé, lorsque les individus n'ont pas de pratique de l'objet, la représentation apparaît moins bien structurée, et c'est la dimension évaluative qui prévaut (c'est-à-dire les prises de position vis-à-vis de l'objet).

Dans la littérature, pratiques et niveau de connaissance ne sont pas toujours distingués, ces deux facteurs ont souvent été opérationnalisés sous la forme d'une variable globale appelée « *distance à l'objet* » ou « implication vis-à-vis de l'objet ».

Représentations professionnelles : effet des connaissances et des pratiques

A la différence des représentations sociales, les représentations professionnelles portent sur des objets spécifiques à l'environnement professionnel et correspondent à des savoirs conceptuels et procéduraux directement en rapport avec la formation et l'exercice du métier (Lorenzi-Cioldi, 1991 ; Blin, 1997, Bataille, Blin, Jacquet-Mias, Piaser, 1997 ; Blin, 1997 ; Piaser, 1999, 2004).

L'étude des représentations professionnelles n'est pas aussi développée que celle des représentations sociales. On trouve néanmoins les travaux conduits par Piaser (2005). L'auteur utilise la méthode d'entretien et l'analyse lexicale ALCESTE (Reinert, 1986). Il compare notamment la représentation que deux groupes de professionnels, pharmaciens en officine et pharmaciens hospitaliers, ont de leur profession. L'étude montre qu'il y a un lien entre les pratiques différentes de ces deux groupes et les représentations qu'ils ont de leur profession. Cela se traduit dans les prises de position par rapport aux thématiques abordées et dans l'organisation structurale de la représentation.

L'effet des pratiques professionnelles a été largement mis en évidence sur la profession des infirmières. Guimelli et Jacobi 1990 ; Guimelli et Rouquette, 1992 ; Guimelli, 1994 montrent grâce à l'utilisation de la méthode des Schèmes Cognitifs de Base (Rouquette, 1990 ; Guimelli et Rouquette, 1992 ; Rouquette 1994) que chez les infirmières qui ont mis en place des pratiques nouvelles spécifiques du rôle propre de l'infirmière, comparativement à celles qui sont restées dans des pratiques traditionnelles (application des prescriptions du médecin), la représentation du travail diffère radicalement. Cela se traduit par des différences au niveau de la structure de la représentation, l'item rôle propre est central dans la représentation des infirmières ayant mis en œuvre les pratiques nouvelles, sa valence est significativement plus importante. Par ailleurs, le bloc relatif au rôle propre est valorisé.

Peu d'études portent sur *la représentation de l'hygiène*. Zérillo (1998) interroge des étudiants (en psychologie et en formation d'infirmière) et montre que la représentation de l'hygiène s'articule autour des éléments : « prévention des maladies », « bien être », « respect des autres », et « éviter les mauvaises odeurs ». Nous sommes clairement là dans le registre de l'hygiène corporelle quotidienne, différente de l'hygiène hospitalière. Une série d'étude porte sur la représentation que les professionnels hospitaliers ont des infections nosocomiales. Elles

ont été conduites par Quintard (2003) et Quintard, Lecigne, Parneix, Rogues, Vezin, Labadie, Gachie, Zaro-Goni, Bruchon-Schweitzer (2004). Elles révèlent que la représentation des infections nosocomiales diffère selon les groupes professionnels interrogés : médecins, infirmières (IDE), Aides-soignantes (AS) et Agents de Service Hospitalier (ASH). La représentation des médecins et des IDE est proche, elle s'articule autour des éléments formation des personnels et prévention alors que celle des AS et des ASH se structure autour des trois éléments formation, mise en cause des soignants et problèmes de gestion. Cette étude a le mérite de porter sur des groupes bien identifiés au sein de l'hôpital. Elle permet ainsi de positionner chaque groupe en fonction de sa formation professionnelle et donc de ses connaissances à propos de l'objet, mais également en fonction de ses pratiques et ce en regard des autres groupes de professionnels. Bien que les auteurs ne le soulignent pas, l'approche est à nos yeux intéressante car elle permet, par différenciation, de mettre en évidence la spécificité de chaque groupe, mais également, par rapprochements, de montrer ce qui est commun à tous les groupes, au sein de la même organisation de travail. L'étude ne porte cependant pas sur l'hygiène, mais sur les infections nosocomiales.

Hypothèses

En suivant les recherches réalisées dans le domaine et compte tenu de l'objet spécifique de représentation étudié, nous avons formulé *l'hypothèse générale* suivante : la distance par rapport à l'objet de représentation (variable opérationnalisée au travers de la prise en compte de la connaissance et des pratiques de l'objet) aura un impact sur le nombre d'éléments consensuels, le contenu et l'organisation dimensionnelle de la représentation sociale.

H1 Compte tenu de l'appartenance à une même communauté culturelle des groupes interrogés, on s'attend à une base culturelle commune à tous les groupes. On devrait donc observer des éléments conjointement cités par les individus, quelles que soient leurs pratiques et leur connaissance de l'objet (professionnels, étudiants spécialisés, étudiants non spécialisés).

H2 On s'attend néanmoins à un effet de la distance à l'objet. Cet effet devrait se traduire à trois niveaux : 1-au niveau du consensus intragroupe (nombre d'éléments consensuellement produits par les individus interrogés ; proportion de ces éléments par rapport au nombre total de mots) ; 2- au niveau des dimensions de la représentation mises en saillance (dimension fonctionnelle, descriptive ou évaluative) et 3- au niveau du contenu des éléments évoqués

(contenus référant à l'hygiène hospitalière ou à un cadre plus large, hygiène domestique et corporelle).

Cette hypothèse se spécifie comme suit :

H 2.1 Lorsque les sujets ont une connaissance et une pratique professionnelle de l'hygiène (professionnels) impliquant des groupes de travail organisés autour d'une activité commune orientée vers des buts partagés, dans une organisation spécifique, on peut penser qu'ils mobiliseront la représentation professionnelle qu'ils ont de cet objet, c'est-à-dire la représentation de l'hygiène hospitalière. Il devrait donc y avoir :

- 1/ un grand consensus dans les réponses. Ceci devrait se traduire par la présence d'un grand nombre d'éléments concordants mobilisés à propos de cet objet et une proportion importante de ces éléments comparativement au nombre total d'éléments présents dans la représentation.
- 2/ une prépondérance de la dimension descriptive et fonctionnelle en rapport avec les gestes techniques de l'hygiène hospitalière.
- 3/ une homogénéité des contenus. Les éléments évoqués devraient exclusivement référer au cadre du travail c'est-à-dire à l'hygiène hospitalière.

H. 2.2 Comparativement on peut penser que lorsqu'il y a absence de connaissances et de pratiques professionnelles mais des connaissances et pratiques sociales quotidiennes (étudiants non spécialisés) les individus mobilisent une représentation sociale de l'hygiène, il y aura :

- 1/ un moins grand consensus dans les réponses des sujets.
- 2/ une centration sur la dimension descriptive et fonctionnelle en rapport avec la pratique quotidienne de l'hygiène.
- 3/ une hétérogénéité des contenus. Les éléments évoqués devraient recouvrir un cadre plus large que l'hygiène hospitalière incluant l'hygiène quotidienne c'est-à-dire l'hygiène domestique et l'hygiène corporelle.

H.2.3 Dans cette perspective, on peut s'attendre à ce que les étudiants spécialisés se situent à un niveau intermédiaire entre les deux autres groupes.

METHODE

Variable indépendante et population

La variable indépendante *distance par rapport à l'objet de la représentation* est opérationnalisée en prenant en compte à la fois la mise en œuvre de *pratiques* en regard de l'objet et la *connaissance* vis-à-vis de cet objet. Trois modalités sont comparées, une absence de connaissance et de pratique, une connaissance avec peu de pratique, une connaissance et une pratique de l'objet.

L'échantillon est composé de 965 sujets répartis au sein de trois groupes : 1/ des personnels soignants : caractérisés par une *pratique professionnelle* et une *connaissance spécialisée* de l'objet. Afin que cet échantillon soit représentatif, il est composé d'aides-soignants (AS), d'infirmiers diplômés d'état (IDE) et de cadres de santé (CS) ; 2/ des étudiants spécialisés en soins infirmiers : distingués par une *quasi absence de pratique de l'hygiène hospitalière* mais une *connaissance spécialisée* de l'objet en raison de la formation suivie. Cet échantillon est constitué d'étudiants représentant chacune des trois années de formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ; 3/ enfin des étudiants en formation non médicale qui nous ont permis de tester la modalité *absence de pratique* et *absence de connaissance spécialisée (groupe contrôle)*. Le choix s'est porté sur des étudiants en psychologie répartis dans les trois premières années du cursus (Licence 1 : L1, Licence 2 : L2 et Licence 3 : L3). Cet échantillon a été choisi pour éviter toute variable confondue relative au niveau de culture générale. Il est ici comparable dans les 2 échantillons d'étudiants, il est par contre différent au sein du groupe des professionnels. La licence de psychologie est un diplôme homologué de niveau III (niveau Bac+3), tout comme le Diplôme d'Etat d'Infirmier (Niveau Bac+2). Enfin le diplôme professionnel d'aide-soignant nécessite 10 mois de formation sans niveau préalable requis, ce diplôme est homologué à niveau 5 (BEP/CAP).

INSERER ICI TABLEAU 1

Méthode de recueil des données

Le recueil s'est fait grâce à un *questionnaire d'associations verbales auto-administré*. Le questionnaire débutait par une présentation générale de l'objectif de l'étude, l'analyse de la représentation de l'hygiène dans le cadre des soins dispensés à l'hôpital. La passation était dans tous les cas collective. Les participants étaient invités à donner les 10 premiers mots (ou expressions) qui leurs venaient à l'esprit à partir de l'inducteur « *hygiène* ». Cette mesure

nous a permis d'identifier les éléments spontanément évoqués par les participants à propos de l'objet.

Mode de traitement des résultats

Les données ont fait l'objet d'un double traitement afin de mettre en évidence 1/ le consensus intra et intergroupe en ce qui concerne les mots associés ; 2/ le contenu et l'organisation dimensionnelle de la représentation.

La mesure du consensus à propos de la représentation de l'hygiène a été réalisée en deux temps, tout d'abord en établissant un seuil statistique à partir duquel les mots pouvaient être considérés comme significativement consensuels en calculant un test binomial (Lacassagne, Sales-Wuillemin, Castel, Jébrane, 2001). Ce test nous a permis d'établir le nombre d'éléments consensuels. Ensuite nous avons calculé la proportion de ces éléments rapportée au nombre total d'éléments évoqués par les participants. Ce calcul nous a permis d'établir la quotité des cognitions partagées.

RESULTATS

Consensus intra groupe à propos de la représentation de l'hygiène

Le test binomial

Nous avons calculé la fréquence de citation des termes c'est-à-dire le nombre d'individus ayant évoqué chacun des mots associés. Afin de déterminer le seuil au-delà duquel il est estimé que les termes sont consensuellement cités par les sujets des différents échantillons, nous avons appliqué le test binomial.

Le test binomial est un calcul de probabilité qui repose sur la loi binomiale. Il prend en compte à la fois le nombre de sujets, le nombre moyen de termes associés par les sujets et le nombre total de termes différents associés par chacun des groupes. Il permet de calculer avec précision pour chaque groupe la probabilité p que k individus aient produit le même mot associé. Nous avons choisi de ne retenir que les mots produits avec une probabilité $p < .05$. Dans le tableau présenté, si le seuil k est de 11, cela signifie que les mots associés par au moins 12 sujets le sont avec une probabilité qui diffère significativement du hasard. On peut donc en conclure que le mot est socialement significativement partagé par les membres du groupe considéré.

La quotité de connaissances partagées

Au delà de la simple fréquence de citation il nous importait également de mettre en évidence la *quotité de connaissances partagées*. Voici pourquoi nous avons rapporté le nombre de mots les plus communément associés à l'objet de la représentation au nombre total de mots produits par les sujets. Le calcul de cet indice statistique nous a permis de tester l'homogénéité des cognitions au sein de chacun des groupes.

INSERER ICI TABLEAU 2

Les seuils calculés à partir du test binomial ont été adoptés pour la suite des traitements. N'ont ainsi été retenus que les termes pour lesquels le consensus était fort (effectifs strictement supérieurs aux effectifs préconisés par le test binomial).

La mesure du consensus : l'indice de quotité de cognitions partagées intragroupe

Nous avons opéré une comparaison intergroupe à partir de l'indice de quotité de cognitions partagées au sein de chaque groupe. Cet indice est calculé en rapportant pour chaque groupe, le nombre de termes produits consensuellement par un nombre significatif de sujets au nombre total de termes produits par les sujets.

INSERER ICI TABLEAU 3

L'analyse réalisée fait apparaître un effet général de la variable « distance par rapport à l'objet de représentation » sur le nombre de mots produits de façon consensuelle. Cet effet apparaît particulièrement chez les professionnels pour qui le consensus est plus grand que pour les deux autres groupes. Ils produisent 16,3% de mots consensuels. On peut penser que la professionnalisation et donc la connaissance partagée et la communauté de pratiques contribuent à la mise en place puis au renforcement de ce consensus, ce que l'on peut interpréter comme une activation conjointe d'un ensemble de cognitions attachées à l'objet. Ce résultat est conforme à notre hypothèse.

Par contre, les étudiants spécialisés (8,1%) ne se différencient pas des étudiants non spécialisés (9,3%). Ceci invalide en partie l'hypothèse. Il nous faut conclure que l'exposition à des informations spécialisées à propos de l'objet et un faible nombre de pratiques, si elle crée de la connaissance partagée, ne crée pas forcément du consensus en ce qui concerne les éléments activés au sein de la représentation lors de la tâche d'associations verbales. Nous pouvons

avancer l'hypothèse que la connaissance spécialisée des étudiants ne s'est pas transformée en une représentation professionnelle. Ce résultat peut être dû au faible nombre de pratiques en collaboration avec des professionnels au sein d'un groupe de travail, même si les stages sont suivis durant toute la durée de la formation. Les étudiants spécialisés semblent se situer à une étape strictement intermédiaire entre les professionnels et les étudiants non spécialisés.

Un travail, au sein des instituts de formation, visant l'acquisition de cette représentation professionnelle afin de mieux préparer les futurs professionnels à un ancrage des pratiques professionnelles futures, pourrait, dans cette perspective, s'avérer nécessaire.

Pour appréhender plus l'effet des connaissances acquises à propos de l'objet sur la représentation de l'hygiène, nous avons effectué une subdivision en 6 sous-groupes. Cette subdivision nous est apparue particulièrement pertinente pour ce qui concerne les étudiants spécialisés en soins infirmiers.

INSERER ICI TABLEAU 3 BIS

La comparaison intra ne permet pas de distinguer de différences significatives entre les sous-groupes (aucun résultat significatif). Il semble donc exister une forte homogénéité au sein des trois échantillons.

Chez les professionnels ce résultat est conforme à nos attentes, il est par contre étonnant au sein du groupe des étudiants en soins infirmiers (IFSI). On s'attendait en effet à observer une construction progressive des éléments de la représentation de l'hygiène hospitalière, ce qui devait se traduire par un contraste important entre les différents niveaux de formation.

Consensus intergroupe à propos de la représentation de l'hygiène hospitalière

Les mots communs consensuellement et spécifiquement produits au sein de chacun des trois groupes sont un indicateur d'une base sociale commune. Ils relèvent de la représentation sociale ou professionnelle. Certains mots sont par contre consensuellement produits par l'ensemble des 3 échantillons : ils relèvent donc de la représentation collective de l'hygiène. Ils sont un indicateur d'une base culturelle commune indépendante des caractéristiques groupales des échantillons interrogés.

Une analyse descriptive permet d'observer que 4 termes sont communs aux 3 groupes : « propreté », « désinfection », « microbes » et « savon ». Parmi ces termes seuls deux sont effectivement présents chez les 9 sous-groupes : « propreté » et « désinfection ». Enfin, ce qui diffé-

rence ces deux termes est leur fréquence d'apparition. En effet, le terme « propreté » est le terme le plus cité pour les trois échantillons ainsi que par les 9 sous-groupes. Cette observation n'étant pas valide pour le terme désinfection, il semble que le terme propreté ait une place toute particulière dans le corpus. Pour appuyer cette analyse, un traitement plus approfondi se révèle utile.

INSERER ICI TABLEAU 4

Le terme « propreté » est à la fois le plus *récurrent* et le plus *prédominant* en terme d'associations. Il nous faut conclure que l'élément « propreté » relève de la *représentation culturelle* de l'objet car il dépasse l'appartenance groupale des sujets et résiste aux insertions sociales.

Un deuxième phénomène doit être souligné. Nous remarquons que plus le niveau de professionnalisme augmente (niveau de connaissance et de pratique), et plus les aspects culturels baissent en importance. En effet l'écart au 2nd terme le plus cité s'amointrit (la valeur du Chi² baisse) et il est même à noter que le test du Chi² n'est pas significatif pour les cadres de santé. La prédominance de ce terme devient moindre à partir de la troisième année au sein du groupe des étudiants IFSI. On pourrait conclure que la formation conduit les étudiants spécialisés à constituer un ensemble de connaissances professionnelles à propos de l'hygiène qui prennent la place des connaissances générales culturelles.

Conclusion intermédiaire

Nous pouvons conclure de cette première partie des traitements qu'il existe une base culturelle dans les représentations, cette base est commune aux groupes sociaux insérés dans une même société (ensemble social). Les groupes possèdent toutefois une spécificité particulière au sein de cet ensemble, ils développent des représentations spécifiques qui dépendent, c'est du moins ce que nous avons pu montrer ici, de leurs connaissances et de leurs pratiques en regard de l'objet.

La base culturelle et la base professionnelle semblent d'ailleurs dans cette étude (cela reste à confirmer) se situer dans un rapport inverse de proportionnalité, avec la spécialisation (augmentation des connaissances professionnelles) et la pratique professionnelle, la base culturelle laisse place à une représentation professionnelle (sans toutefois disparaître).

Des contenus spécifiques

L'analyse du contenu de la représentation nous amène à considérer les termes associés par les sujets à un seuil de citation plus bas afin de travailler sur un corpus de données importantes et diversifiées. Ainsi, en référence aux recherches précédentes (Lacassagne et al. 2001) et en prenant en compte la taille du lexique, les analyses suivantes sont réalisées en prenant en compte les termes ayant été associés par plus de 10% des sujets.

Les indicateurs sémantiques

- *L'analyse factorielle des correspondances* (AFC) permet de mettre en évidence les oppositions entre différents groupes à partir d'un tableau de contingence croisant les échantillons et les termes les plus souvent associés (Doise, Clémence, Lorenzi-Cioldi, 1992 ; Vergès et Bouriche, 2001). Dans la présente étude cette analyse permet une visualisation de l'ensemble du champ sémantique et des trois échantillons.
- La réalisation systématique d'une *analyse de la fréquence* de chacun des termes socialement associés permet de mettre en saillance la spécificité de chaque groupe. Une population peut être caractérisée soit par le fait qu'elle possède un trait spécifique soit par le fait qu'elle ne partage pas, au contraire, un trait commun à toutes les autres populations.
- *La corrélation entre les distributions d'effectifs* des termes socialement partagés permet de montrer éventuellement l'existence non pas d'une simple différence mais d'une opposition entre les représentations de nos différentes échantillons (Lacassagne, et al. 2001).

INSERER ICI FIGURE 1

L'AFC est significative ($\chi^2(68) = 909,20 ; p < .001$) et par conséquent exploitable.

L'axe 1 permet à lui seul d'expliquer 73,5% de la variance et peut être considéré comme le plus pertinent. Sur cet axe s'opposent les étudiants non spécialisés d'une part et le couple étudiants spécialisés - professionnels d'autre part. Ceci signifie que nous sommes sur l'opposition formés / non formés (ni connaissance, ni pratique) qui semble la plus pertinente pour comprendre la variation globale de notre corpus.

Si on analyse le contenu des termes associés, on note que, comme attendu, le groupe d'étudiants non spécialisés a associé des termes de la vie courante et faisant référence à des actions domestiques quotidiennes en matière d'hygiène comme « se laver », « ménage », « nettoyer », « laver »... A l'opposé, les termes associés par les formés (professionnels et étu-

dians spécialisés) sont des mots spécifiques faisant référence à des procédures professionnelles comme « lavage des mains », « isolement », « asepsie » ... en référence à l'hygiène hospitalière. En résumé, deux conceptions s'opposent.

L'axe 2, qui est relativement moins important, permet de comprendre l'opposition entre les professionnels d'une part et les étudiants spécialisés d'autre part. Cet axe oppose ceux que l'on pourrait nommer les professionnels experts (qui ont à la fois des connaissances et des pratiques) aux novices (qui ont des connaissances sans pratique). Cet axe nous permet de comprendre la construction de la représentation et le passage du monde étudiant au monde professionnel. Des termes généraux comme respect, règles et rigueur viennent s'opposer à des termes caractéristiques d'une pratique professionnelle comme « antisepsie », « précaution », « isolement »... Il ne s'agit pas, dans ce cas, de procédures abstraites mais d'une référence directe à de véritables protocoles de soin et de prise en charge du patient ancrés dans des pratiques professionnelles.

La comparaison des effectifs des termes socialement partagés va venir étayer l'AFC en spécifiant chaque groupe.

INSERER ICI TABLEAU 5

Ce tableau d'effectif permet de caractériser chacun des échantillons en le comparant aux deux autres.

Cette analyse confirme que le groupe d'étudiants non spécialisés semble être caractérisée par une association du mot hygiène à de l'hygiène domestique, cette association se traduit par des termes de la vie courante qui font référence à des actions d'hygiène quotidiennes corporelle et domestique comme « se laver », « ménage », « nettoyer », « laver »...

Le groupe des étudiants spécialisés quant à elle se distingue par une représentation de l'hygiène organisée autour de termes faisant référence non plus à l'hygiène corporelle et domestique mais à l'hygiène hospitalière avec toutes ses implications (« antiseptique » « asepsie » « décontamination »). On note cependant une importance des aspects normatifs (« règles », « respect » et « rigueur »).

Le groupe des professionnels se différencie par l'emploi de termes renvoyant à des protocoles précis (protocole de « lavage » de « lavage des mains » d'« isolement » de « désinfection » des locaux ...).

Ces distinctions lexicales entre les trois groupes se retrouvent quantifiées dans le tableau de corrélations présenté ci-dessous.

INSERER ICI TABLEAU 6

Pour le calcul des corrélations, deux termes (propreté et désinfection) ont été supprimés car ils masqueraient l'effet de la corrélation du fait de leur très forte fréquence. De plus, les résultats concernant ces termes ont déjà été traités.

Ces résultats viennent renforcer les précédents car ils mettent en évidence un effet de la variable connaissance. En effet, une opposition apparaît entre formés (étudiants spécialisés et professionnels) et non formés (étudiants non spécialisés). Ces corrélations sont très significativement négatives. Par contre, l'effet de la variable pratique ne s'observe pas, on voit apparaître une corrélation forte et positive au sein du groupe des formés entre les étudiants spécialisés qui n'ont pas de pratique professionnelle et les professionnels qui ont une pratique avérée.

DISCUSSION CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif la mise en évidence de l'impact des connaissances et de la pratique professionnelle sur les représentations. Deux résultats retiennent plus particulièrement notre attention. Le premier est en relation avec l'analyse des représentations professionnelles et sociales, le second, avec l'objet de notre étude, l'hygiène hospitalière.

Pour ce qui concerne le premier point, malgré des insertions sociales multiples (pratiques, connaissances, croyances ...) nous remarquons que les trois groupes présentent *une base culturelle commune*. Elle apparaît de façon très nette. Ce résultat vient confirmer l'existence d'une *architecture globale* qui articule *représentations collectives, représentations sociales et représentations professionnelles*.

Une analyse approfondie fait apparaître des différences notoires entre les représentations que les trois groupes ont de l'hygiène : *les professionnels* présentent un ancrage de la pratique dans une connaissance professionnelle précise, la représentation qu'ils ont de l'hygiène s'inscrit directement au sein de leur environnement de travail qu'est l'hôpital. *Les étudiants spécialisés* ont des connaissances qui semblent relativement précises sur l'hygiène hospitalière, mais elles apparaissent abstraites et normatives ; ils évoquent une représentation qui est intermédiaire entre la représentation professionnelle et la représentation sociale. Quant *aux étudiants non spécialisés*, leur représentation de l'hygiène est liée à leurs pratiques sociales ;

ils évoquent une représentation de l'hygiène qui s'appuie essentiellement sur leur rapport à l'hygiène, circonscrite à un cadre domestique et corporel.

Les individus des 3 groupes évoquent des représentations distinctes de l'hygiène et pourtant on note une base collective commune. Ce résultat nous conduit à confirmer l'existence d'une représentation collective de l'hygiène, partagée par les groupes sociaux, cette représentation semble englober les représentations sociales et professionnelles. Ces dernières dépendent des pratiques (professionnelles/sociales) vis-à-vis de l'objet mais également des connaissances (spécifiques ou générales).

Pour ce qui concerne le deuxième point, les résultats de l'étude nous conduisent à souligner l'importance que revêtirait, au sein de la formation en soins infirmiers, dispensée aux étudiants en cours de spécialisation, *d'associer les savoirs théoriques à des gestes professionnels précis*, afin que le savoir ne reste pas général et abstrait mais s'articule dans des schèmes de connaissances spécifiques à la pratique professionnelle. Ainsi, les protocoles comme celui du « lavage des mains » pourraient être associés aux savoirs théoriques comme par exemple « les caractéristiques et le mode de développement des bactéries », les « techniques d'asepsie », etc. La formation actuelle ne comporte pas cette mise en relation, les étudiants suivent des enseignements théoriques puis effectuent des stages, les savoirs théoriques ne sont pas encapsulés dans l'action (Pastré, 1999).

D'un point de vue pédagogique, les résultats de cette étude nous ont conduits à faire des propositions de formation concrètes. Il s'agirait de : 1- Commencer par filmer des situations réelles en faisant varier les contextes (comme, pour ce qui concerne le lavage des mains, les installations : savon bord évier ou savon mural) ; puis, 2- Sur cette base, mettre en place une observation des gestes techniques (en groupe de travail) grâce à une grille de recueil, puis une analyse et une réflexion en groupe afin de confronter les savoirs théoriques aux règles appliquées par les professionnels.

Références bibliographiques

Abric, J.C. (1994). Introduction, In : J.C. Abric, (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 7-9). Paris : Presses Universitaires de France.

Abric, J.C., & Tafani, E. (1995). Nature et fonctionnement du noyau central d'une représentation sociale : la représentation sociale de l'entreprise. *Cahiers Internationaux de psychologie Sociale*, 28, 22-31.

Blin, J.F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*, Paris : L'Harmattan.
Bataille, M., Blin, J-F., Jacquet-Mias, C. & Piasser A. (1997). Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles. *L'année de la recherche en sciences de l'éducation*, Paris : Presses Universitaires de France.

De Rosa, A. (1995). Le réseau d'associations comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales : structure, contenu et polarité du champ sémantique. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1(28), 96-122.

De Rosa, A. (2003). Le réseau d'associations. In : J.C. Abric (Ed.), *Méthode d'études des représentations sociales* (pp. 81-118). Ramonville Saint-Agne : Eres.

Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations Sociales et Analyse des Données*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6, Mai.

Eyssartier, C., Joule, R.V., & Guimelli, Ch. (2007). Effets comportementaux et cognitifs de l'engagement dans un acte préparatoire activant un élément central versus périphérique de la représentation du don d'organes. *Psychologie Française*, 52(4), 499-517.

Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. In J.L. Beauvois, R.V. Joule, J.M. Monteil (Eds.), *Perspectives Cognitives et Conduites Sociales* (Vol. 1, pp. 143-150). Cousset : DelVal.

Flament, C. (2001). Approche structurale et aspects normatifs des représentations sociales. *Psychologie et Sociét.*, 4, 57-80.

Flament, C., & Rouquette, M.L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires, comment étudier les représentations sociales*, Paris : A. Colin.

Gaffié, B., & Marchand, P. (2001). Dynamique représentationnelle et idéologie. In : P. Moliner (Ed.), *Dynamique des représentations sociales* (pp. 195-244). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Gruev-Vintila, A. (2006). *Dynamique de la représentation sociale d'un risque collectif et engagement dans les conduites de réduction du risque : le rôle des pratiques, de l'implication personnelle et de la sociabilité*, Thèse de Doctorat, Université Paris 5.

Guimelli C. (1989). Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale : la représentation de la chasse et de la nature. In J.L. Beauvois, R.V Joule et J.M, Montait (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales : Représentations et processus socio-cognitifs*. (pp. 117- 138). Cousset : Delval.

Guimelli, C. (1994). La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales. In J.C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

Guimelli, C., & Rouquette, M.L., (1992). Contribution du modèle associatif de Schèmes Cognitifs de Base à l'analyse structurale des représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, (XLV(405), 196-202.

Guimelli, C., & Jacobi, D. (1990). Pratiques nouvelles et transformation des représentations sociales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 3 (3), 307-334.

Guimelli, Ch, & Reynier, J. (1999). Structuration progressive d'une représentation sociale : la représentation de l'infirmière. In : M.L Rouquette & C. Garnier (Ed.), *La genèse des représentations sociales* (pp. 171-181). Montréal, Editions Nouvelles.

Kalampalikis, N., (2003). L'apport de la méthode Alceste dans l'étude des représentations sociales, In J.-C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Paris : Erès.

Lacassagne, M-F., Sales-Wuillemin, E., Castel, Ph., & Jébrane, A. (2001). La catégorisation d'un exogroupe à travers une tâche d'associations de mots. *Papers on Social Representations, textes sur les Représentations Sociales*, 10, 7.1-7.11.

Lorenzi-Cioldi, F. (1991). Pluralité d'ancrage des représentations professionnelles chez des éducateurs en formation et des praticiens. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, (4^{3/4}), 357-379.

Moliner, P. (1998). Dynamique naturelle des représentations sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 40, 62-70.

Moliner, P., & Guterman, M. (2004). Dynamique des descriptions et des explications dans une représentation sociale. *Textes sur les représentations sociales*, 13, 2.1-2.12.

Moliner, P., Joule, R.V., & Flament, J.C (1995). Essai contre attitudinal et structure des représentations sociales. *Cahiers Internationaux de Psychologie sociale*, 27, 44-55.

Moliner, P., & Tafani, E. (1997). Attitude and social representation. *European Journal of Social Psychology*, 27, 687-702.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France.

Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives. *Education Permanente*, 139, 13-35.

Piaget, J. (1947 ; 2003). *La représentation du monde chez l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.

Piasser, A. (1999). *Représentations sociales à l'école : particularités selon le statut, enseignant/inspecteur*, thèse de doctorat, Université Toulouse le Mirail.

Piasser, A. (2004). Des représentations sociales aux représentations professionnelles, *7th International Conference on Social Representations*, Guadalajara, Mexique.

Quintard, B., Lecigne, A., Rogues, A.-M., & Parneix, P. (2003). Les déterminants du changement des comportements en milieu professionnel. *HygieneS*, 11(4), 335-339.

Quintard, B., Lecigne, A., Parneix, P., Rogues, A.-M., Vezin, L., Labadie, J.-C., Gachie, J.-P., Zaro-Goni, D., & Bruchon-Schweitzer, M. (2004). Représentation sociales des soignants et prévention des infections nosocomiales. *1ers Entretiens de la Psychologie*, Boulogne, 22-24 avril 2004.

Rateau, P. (1998). Variable d'implication et évolution structurale d'une représentation sociale. *Quatrième Conférence Internationale sur les Représentations sociales*, Mexico City, Mexique.

Reinert M., (1986), Un logiciel d'analyse lexicale : ALCESTE, *Cahiers de l'Analyse des données*, 4(2), 63-86.

Reinert, M. (1990). *Système Alceste: Une méthodologie d'analyse des données textuelles*. Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles, Barcelone, http://www.image-zafar.com/index_publication.htm

Rouquette, M.L (1973). La pensée sociale. In : S. Moscovici (Ed.), *Introduction à la psychologie sociale*, (Tome 2, pp. 298-328), Paris : Larousse.

Rouquette, M.L (1994). *Sur la connaissance des masses*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Rouquette, M.L. (1990). Sur la composition des schèmes. *Nouvelles Etudes Psychologiques*, 4(1), 17-25.

Rouquette, M.L. (1994). Une classe de modèles pour l'analyse des relations entre cognènes. In : Ch. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp 153-170), Suisse : Delachaux et Nieslé.

Rouquette, M.L., (1996), Représentations et idéologie. In : J.C Deschamps, J.L. Beauvois, (Eds.), *Des attitudes aux attributions : Sur la construction de la réalité sociale* (pp 163-173), Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Salesse, L. (2002). Niveau de pratique et représentation sociale d'Internet chez les dirigeants et salariés de petites entreprises, *Acte de la 5^{ème} conférence internationale sur les Représentations sociales*. Montréal, du 29 Août au 2 Septembre 2000, http://geirso.uqam.ca/livre_repres_sociales/index_livre.php, 655-668.

Salesse, L. (2005). Rôle du niveau de connaissances dans le processus de structuration d'une représentation sociale. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 66, 2, 25-42.

Sales-Wuillemin, E. (2005). Essai de systématisation de l'accès à une représentation sociale : Application à la représentation des Maghrébins en France. *Trayectorias*, 7, 18, 48-63.

Sales-Wuillemin, E. (2005). *Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisation et attitude, perspectives nouvelles*, Paris : L'Harmattan.

Souchet L., & Tafani E. (2004) .Pratiques, engagement et représentations sociales : contribution expérimentale à un modèle de la dynamique représentationnelle. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 63, 81-92.

Tafani, E. (2001). Attitudes, engagement et dynamique des représentations sociales: Études expérimentales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 14(1), 7-29.

Tafani, E., & Souchet, L. (2001). Changement d'attitude et dynamique représentationnelle, In P. Moliner (Ed.), *Dynamique des Représentations Sociales* (pp. 59-88). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Vergès, P., & Bouriche, B. (2001). L'analyse des données par les graphes de similitude. *Sciences Humaines*. <http://www.scienceshumaines.com/textesInedits/Bouriche.pdf>

Zérillo, S. (1998). *Analyse structurale d'une représentation sociale : l'hygiène*, Thèse de Doctorat, Université Paul Valéry Montpellier 3, Presses Universitaires du Septentrion.

FIRST DRAFT

Tableaux et figures à insérer dans le texte :

Tableau 1 : Répartition des effectifs au sein des trois échantillons.

Niveau d'homologation	Etudiants non spécialistes	Etudiants spécialistes	Professionnels
5			AS = 35
4	L1 = 105	IFSI1 = 176	
3	L2 = 134 L3 = 107	IFSI2 = 143 IFSI3 = 116	IDE = 114 CS = 35
	Total = 346	Total = 435	Total = 184

Tableau 2 : Résultats du test binomial.

Etudiants non spécialistes	Etudiants spécialistes	Professionnels
k = 11 ($p=.025$)	K = 10 ($p=.025$)	K = 11 ($p=.034$)

Tableau 3 : Nombre de termes différents consensuels associés par chaque échantillon.

	Etudiants non spécialistes	Etudiants spécialistes	Professionnels
> résultats test binomial	51 (9,3%)	54 (8,1%)	30 (16,3%)
< résultats test binomial	492	612	154
total	543	666	184

$Chi^2(2)=11,16 ; p=.003$

Tableau 3 bis : Pourcentage de termes différents consensuels associés pour chaque sous-groupe.

L1	L2	L3
9,13	5,88	10,43
IFSI 1	IFSI 2	IFSI 3

5,57	5,86	5
AS	IDE	CS
19,69	12,17	18,86

Tableau 4 : Effectifs concernant les deux termes les plus cités pour chacun des sous-groupes (remarque : le 1^{er} terme le plus cité est toujours propreté).

groupes	1 ^{er} plus cité	2 nd plus cité	valeurs du Chi^2 à 1 dl
L1	93 (12)	52 (53)	37,45, $p < .00009$
L2	120 (14)	55 (69)	60,29, $p < .00009$
L3	94 (13)	54 (53)	35,05, $p < .00009$
Etudiants non spécialistes	307 (39)	161 (185)	140,71, $p < .00009$
Ifsi 1	155 (21)	82 (94)	68,82, $p < .00009$
Ifsi 2	103 (40)	60 (83)	26,38, $p < .00009$
Ifsi 3	76 (40)	59 (57)	5,12, $p = .023$
Etudiants spécialistes	334 (101)	194 (241)	94,43, $p < .00009$
AS	28 (7)	17 (18)	7,53, $p = .0061$
IDE	82 (32)	67 (47)	4,36, $p = .036$
CS	18 (17)	17 (18)	0,06, $p = .81$, NS
Professionnels	128 (56)	97 (87)	10,99, $p = .0009$
Ensemble des groupes	769 (196)	330 (635)	407,27, $p < .00009$

Légende : Le chiffre entre parenthèse représente le nombre de personnes n'ayant pas cité le terme considéré.

Figure 1 : Analyse factorielle des correspondances croisant les trois échantillons et l'ensemble des termes socialement partagés.

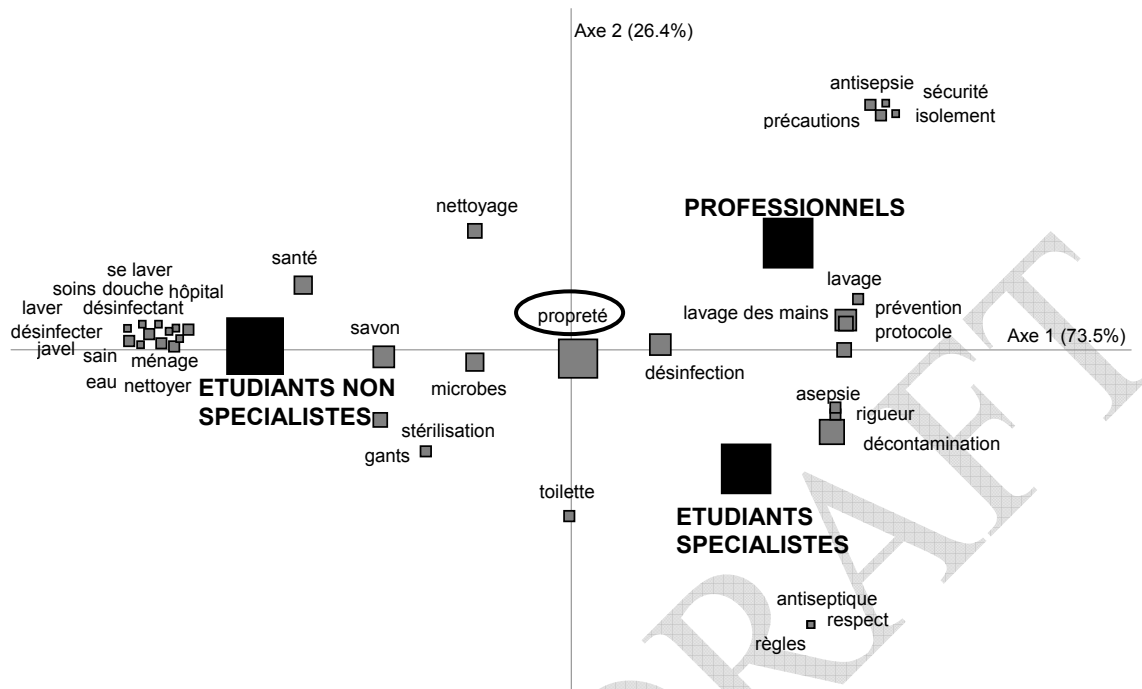


Tableau 5 : Distribution des effectifs en fonction des termes cités par plus de 10% des sujets des trois échantillons.

mots	Etudiants non spécialistes (N = 346)	Etudiants spécialistes (N = 435)	Professionnels (N = 184)	Tests ($Chi^2(2) ; p$)
Antiseptie	0	0	28*	122,40 ; $p < .01$
Antiseptique	0	53*	0	68,33 ; $p < .01$
Asepsie	0	262*	68	311,44 ; $p < .01$
Décontamination	0	66*	19	55,88 ; $p < .01$
désinfectant	64*	0	0	122,63 ; $p < .01$
désinfecter	81*	0	0	158,19 ; $p < .01$
désinfection	77	127	60*	7,83 ; $p < .02$
Douche	72*	0	0	139,19 ; $p < .01$
Eau	38*	0	0	70,77 ; $p < .01$
Gants	78*	45	0	59,00 ; $p < .01$
Hôpital	47*	0	0	88,39 ; $p < .01$
Isolement	0	0	45*	200,35 ; $p < .01$

Javel	93*	0	0	184,12 ; $p < .01$
Lavage	0	45	34*	59,48 ; $p < .01$
Lavage des mains	0	161	97*	213,12 ; $p < .01$
Laver	71*	0	0	137,11 ; $p < .01$
Ménage	53*	0	0	100,33 ; $p < .01$
Microbes	91*	55	19	32,71 ; $p < .01$
Nettoyage	77*	0	33	104,12 ; $p < .01$
Nettoyer	46*	0	0	86,41 ; $p < .01$
Précautions	0	0	27*	117,90 ; $p < .01$
Prévention	0	55	33*	60,06 ; $p < .01$
Propreté	307*	334	128*	31,39 ; $p < .01$
Protocole	0	76*	35	70,42 ; $p < .01$
Règles	0	45*	0	57,51 ; $p < .01$
Respect	0	61*	0	79,34 ; $p < .01$
Rigueur	0	59*	19	49,26 ; $p < .01$
Sain	35*	0	0	64,97 ; $p < .01$
Santé	128*	0	19	208,49 ; $p < .01$
Savon	161*	61	19	134,73 ; $p < .01$
Sécurité	0	0	27*	117,90 ; $p < .01$
Se laver	37*	0	0	68,83 ; $p < .01$
Soins	35*	0	0	65,74 ; $p < .01$
Stérilisation	59	53	0*	34,30 ; $p < .01$
Toilette	35	73	0	37,27 ; $p < .01$

Légende : * χ^2 significatif à $p < .01$

Tableau 6 : Corrélations entre les distributions des trois échantillons.

	Etudiants spécialistes	Professionnels
Etudiants non spécialistes	-0,44 ($p = .006$)	-0,46 ($p = .004$)
Etudiants spécialistes		0,65 ($p = .0008$)