



HAL
open science

La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants

Edith Salès-Wuillemin, Rachel Morlot, Aurélie Fontaine

► To cite this version:

Edith Salès-Wuillemin, Rachel Morlot, Aurélie Fontaine. La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants. Castel, Ph., Salès-Wuillemin, E., Lacassagne, M.F. Psychologie sociale, communication, langage : de la théorie aux applications, De Boeck, pp.143-179, 2011, LMD. halshs-00596046

HAL Id: halshs-00596046

<https://shs.hal.science/halshs-00596046v1>

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.

PSYCHOLOGIE SOCIALE COMMUNICATION LANGAGE

De la conception aux applications

Sous la Direction de

Philippe Castel

Edith Salès-Wuillemin

Marie-Françoise Lacassagne

Références du texte à rappeler :

Salès-Wuillemin, Morlot, R., Fontaine, A. (sous-presse Avril 2011). **La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants**, in : Castel, Ph., Salès-Wuillemin, E., Lacassagne, M.F. (Eds.). Psychologie sociale communication, langage : de la conception aux applications, Paris, Liège : De Boeck.

CHAPITRE 8

La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants

Edith Salès-Wuillemin¹ - Rachel Morlot² - Aurélie Fontaine³

Sommaire :

Introduction

1. Apports théoriques : représentations sociales et représentations professionnelles

2. Étude 1 : représentation de l'hygiène chez les étudiants en soins infirmiers

3. Étude 2 : représentation de l'hygiène chez les professionnels de santé : infirmières et aides-soignantes

4. Étude 3 : pratiques d'hygiène chez les professionnels de santé, les infirmières et les aides-soignantes.

Conclusion

¹ Université de Paris 8, Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale (LAPPS, EA4386)

² Université de Bourgogne, Laboratoire SocioPsychologie et Management du Sport (SPMS, EA4180)

³ Université de Paris 8, Laboratoire Parisien de Psychologie Sociale (LAPPS, EA4386)

La recherche présentée est réalisée en partenariat avec le réseau Franc-Comtois de lutte contre les infections nosocomiales. Elle s'inscrit dans le cadre d'étude des représentations sociales. Il s'agit de mettre en évidence les éléments structurant la représentation de l'hygiène. Trois études sont présentées. La première procède par questionnaire, elle se centre sur les professionnels. La deuxième porte sur le même objet et utilise la même méthode, elle vise les étudiants en soins infirmiers. La troisième utilise des observations et des verbalisations, elle vise les professionnels. Les résultats mettent en évidence une centration de la représentation sur la « propreté » et le « lavage des mains ». Apparaît une évolution de la représentation au cours de la formation qui se traduit par une centration sur des termes techniques au détriment de termes liés à l'hygiène corporelle et domestique. L'analyse des pratiques montre que l'utilisation des solutions hydro alcooliques pour le lavage des mains pose problème, il s'agit d'une technique mal acceptée et mal utilisée. La conclusion met en avant les préconisations en matière de formation et d'information des personnels.

Introduction

Cette étude a vu le jour il y six ans, dans le cadre d'un partenariat de recherche mis en place avec le Réseau Franc Comtois de Lutte contre les Infections Nosocomiales (RFCLIN) du CHU de Besançon⁴. Elle a donné lieu à plusieurs publications et communications orales impliquant les membres du réseau et les étudiants ayant participé à l'étude (Morlot, Salès-Wuillemin et Cormy, 2003 ; Dautun, Salès-Wuillemin, Morlot, Talon et Minary-Dohen, 2005 ; Salès-Wuillemin, 2005 ; Salès-Wuillemin, Morlot, Dautun, Talon et Minary-Dohen, 2005 ; Fontaine, 2008 ; Morlot et Salès-Wuillemin, 2008 ; Salès-Wuillemin, Morlot, Masse et Kohler, 2009).

Le RFCLIN a pour mission la surveillance et la prévention des infections nosocomiales⁵ (IN) grâce à des actions de formation et d'information des personnels. La lutte contre les IN est une des priorités des structures hospitalières. À cela deux principales raisons : tout d'abord la publication de statistiques alarmantes depuis plusieurs années (actuellement en France, 9 000 personnes par an meurent des suites d'une IN ce qui représente près de 7% des hospitalisés⁶). Ensuite, la mise en place par la Haute Autorité de Santé (HAS) d'une procédure d'accréditation⁷ dont la première phase s'est terminée fin 2006. Cette procédure a été conduite par l'ANAES⁸ et met particulièrement l'accent sur les mesures prises par les établissements dans la lutte contre les IN.

La lutte contre les infections nosocomiales n'est pas récente, elle a été amorcée en 1988, au travers de plusieurs organismes et structures. Les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) sont établis directement au sein des établissements de santé. Ces comités sont coordonnés par des organismes plus vastes comme le comité technique national de lutte contre les infections nosocomiales (CTIN) et les cinq centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Entre les deux, plusieurs structures existent, comme le réseau national d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (le RAISIN). C'est dans ce cadre que sont réalisés les audits des pratiques d'hygiène des établissements.

Le RFCLIN 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 élevé⁹.

Ce résultat apparaissait en décalage avec les efforts fournis en ce qui concerne l'information et la formation des élèves infirmiers et des personnels. C'est à l'analyse de cet écart, et plus particulièrement des facteurs qui pouvaient être explicatifs de ce décalage, que nous nous sommes attachées dans cette étude. Pour cela nous avons choisi d'analyser de manière approfondie les représentations de l'hygiène. Il s'agissait en effet de mettre au jour leur construction et leur impact sur les pratiques des personnels. Pour cela, il nous a paru indispensable de nous situer dans une perspective transversale (synchronique) mais également longitudinale (diachronique). Dit autrement, s'il s'agissait bien d'étudier la représentation que les professionnels ont de l'hygiène, il s'agissait également de mettre en évidence la manière dont cette représentation se met en place au cours de la formation.

⁴ Nous remercions tout particulièrement au sein du RFCLIN : Dr Daniel Talon, les cadres de santé Patricia Minary-Dohen, Claude Cormy, Dominique Bulliard, l'infirmière hygiéniste Isabelle Roussiaux, sans qui cette série d'étude n'aurait pu être conduite.

⁵ Infection contractée à l'hôpital.

⁶ Statistiques gouvernementales http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/nosoco/34_980901.htm

⁷ Il s'agit d'une démarche d'évaluation externe des établissements de santé dans le but d'assurer la sécurité et la qualité des soins.

⁸ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

⁹ Résultats de l'audit 2007 consultables sur le site :

http://www.fc-sante.fr/rfclin/surveillance/surveillances/enp/resultat_ENP_2007_Franche_Comte.pdf

Salès-Wuillemin, Morlot, R., Fontaine, A. (sous-presse Avril 2011). La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants, in : Castel, Ph., Salès-Wuillemin, E., Lacassagne, M.F. (Eds.). Psychologie sociale communication, langage : de la conception aux applications, Paris,

L'étude s'est déroulée en trois grandes étapes, nous avons dans un premier temps cherché à connaître les représentations des étudiants en formation, afin de mettre en évidence la manière dont se construisent les concepts qui organisent la représentation de l'hygiène. Pour apprécier les spécificités de cette population, nous avons opéré une comparaison avec des étudiants non spécialistes, c'est-à-dire à une population équivalente en termes de niveau d'étude, mais différente de par la spécialisation. Dans un deuxième temps, nous avons cherché à mettre en évidence la représentation de l'hygiène chez les personnels soignants, nous avons comparé un groupe d'aides-soignantes et un groupe d'infirmières. Enfin, dans un troisième temps, pour compléter l'analyse et mettre en évidence une articulation avec les comportements des professionnels, nous avons observé les pratiques d'hygiène de ces deux groupes.

1. Apports théoriques : représentations sociales et représentations professionnelles

Les représentations professionnelles décrites par Piasser (1999) mais également Labbé, Ratineau et Lac (2007) constituent un sous-ensemble des représentations sociales.

Les représentations sociales sont traditionnellement définies comme un ensemble de savoirs dits de sens commun, c'est-à-dire qui s'opposent à un savoir scientifique. Ces savoirs sont spécifiques à un groupe donné parce qu'ils sont construits par ce groupe, au travers de son histoire, sa culture, ses pratiques, mais également au travers de ses prises de position, ses attitudes. Ils sont élaborés par le groupe et ont une visée pratique, ils facilitent les communications entre les individus, permettent de coder plus rapidement les informations provenant du milieu social environnant, et orientent les conduites des individus (Jodelet, 1989). L'approche structurale des représentations souligne que ces savoirs ont pour particularité d'être organisés autour d'un faible nombre de cognitions appelées éléments centraux, ce sont elles qui structurent et orientent la représentation. On les distingue des éléments périphériques, qui jouent un rôle de concrétisation et d'adaptation de la représentation (Flament, 1989 ; Abric, 1993, 1994b ; Moliner, 2001). Voici pourquoi, pour comparer deux représentations il est nécessaire de mettre en regard les éléments qui apparaissent dans la zone du noyau (Abric, 1994).

Les représentations sociales portent sur des objets qui ont une visibilité et des enjeux sociaux parce qu'ils se trouvent au sein de débats impliquant des groupes ayant des points de vue distincts parce qu'ils occupent une place importante dans les savoirs, les normes, et/ou les pratiques sociales et professionnelles des individus (Abric, 1984 ; Moliner, 2001 ; Salès-Wuillemin, 2005 ; etc.). Au sein des représentations sociales, sont étudiés les facteurs en jeu dans l'élaboration, la mobilisation, l'évolution ou la transformation de la représentation.

Deux principales causes d'évolution ont à ce jour été mises en évidence dans le cadre de l'approche structurale des représentations sociales (Moliner, 2001) : il s'agit d'une part de la *transformation des pratiques*, ou l'engagement dans des *pratiques nouvelles*, (Flament, 1987 ; Guimelli, 1994 ; Guimelli et Jacobi, 1990 ; Guimelli et Rouquette, 1992 ; Tafani et Souchet 2001, 2002 ; etc.) et d'autre part de la confrontation à des *éléments de connaissance nouveaux* (Aïssani, 1991 ; Roussiaux et Soubiale, 1996 ; Salesse, 2003). L'évolution pouvant s'opérer à la suite d'une remise en cause directe des éléments du système *central* (Abric, 1994 ; Flament, 1989) ou *périphérique* (Guimelli, 1989 ; Aïssani, 1991). On peut penser que l'évolution de la représentation de l'hygiène se fait durant la formation, c'est-à-dire par la confrontation à des informations nouvelles, liées au suivi de la formation donnée au sein des instituts en soins infirmiers (IFSI). On peut également penser qu'elle évolue en relation avec la mise en place des pratiques professionnelles.

Il n'existe pas à notre connaissance de recherches sur l'évolution de la *représentation de l'hygiène* au cours de la formation et de la professionnalisation. Cette question présente pourtant un intérêt certain en raison du caractère particulier de l'objet. L'hygiène fait en effet appel à des savoirs scientifiques (microbiologie et virologie notamment) et des savoirs de sens commun (être propre, se laver), dès lors l'articulation entre connaissance scientifique et connaissance naïve devient centrale.

Moscovici (1961) a décrit ce processus au niveau global, en montrant comment, par l'intermédiaire de la médiatisation, un objet nouveau et abstrait, ayant un caractère scientifique, comme la psychanalyse, sera rendu familier et opératif grâce à l'objectivation et l'ancrage dans la matrice des représentations existantes. L'auteur montre ainsi une *appropriation* en fonction non seulement de l'utilité sociale que l'objet revêt pour les groupes considérés mais également l'attribution d'une signification inédite, lorsque par exemple l'objet étranger peut potentiellement menacer la connaissance établie. D'autres auteurs poursuivront la réflexion en s'intéressant à des objets aussi variés que le Sida ou la maladie mentale (Jodelet, 1986, 1989 ; Lavigne, 1996 ; Morin, 1999 ; Apostolidis, 1998 ; etc.) et montreront de manière claire, comment un objet scientifique se trouve intégré au sein d'une théorie naïve explicative des causes de l'apparition de la maladie.

Les représentations professionnelles fonctionnent comme des représentations sociales, elles ont néanmoins pour particularité de porter sur des objets spécifiques, appartenant au milieu professionnel considéré. La visibilité et les enjeux sociaux de l'objet sont donc en lien avec le positionnement du groupe au sein d'une organisation de travail mais également en fonction de la présence de l'objet dans l'activité professionnelle des personnels. En ce sens, les représentations professionnelles peuvent être traitées d'un point de vue relationnel parce qu'elles témoignent de l'engagement du groupe au sein d'un réseau de relations ; elles peuvent également être traitées d'un point de vue cognitif, parce qu'elles attestent de la manière dont les savoirs sont articulés autour de concepts professionnels qui sont peu à peu intégrés par les individus et les équipes pour traiter les informations en jeu dans les situations de travail (Piaser, 1999). En ce sens, les savoirs structurent et organisent l'activité des individus (Labbé et al., 2007). Cependant, il faut souligner que les savoirs sont communs non seulement parce que les individus exercent ensemble la même activité, mais également parce qu'ils ont suivi des formations semblables (Bataille, Blin, Mias et Piaser, 1997). C'est dans cette deuxième perspective que nous nous situons.

On note certains travaux sur le versant de l'évolution des représentations professionnelles mais aucun sur l'hygiène hospitalière. Singery et Bensaïd-Singery (1984) utilisent une méthode longitudinale (sur huit mois). Ils cherchent à mettre en évidence l'effet de l'introduction de l'outil informatique sur les représentations que les employés (guichetiers à L'union départementale des mutuelles de travailleurs à Marseille) ont de leur métier. Les résultats font apparaître un changement des pratiques qui se traduit par une évolution de la représentation du travail vers une plus grande valorisation des aspects administratifs. Labbé et al., (2007) utilisent également une méthode longitudinale. Ils mettent en évidence que les représentations évoluent en fonction de l'implication des individus. Cette évolution se traduit par un accroissement du nombre de thématiques et du nombre de nœuds dans le réseau associatif. Guimelli et Rouquette (1992) montrent, au moyen de la méthode des Schémas Cognitifs de Base, que la représentation des infirmières à propos de leur rôle varie en fonction de leur pratique (ou absence de pratique) du rôle propre. Pour les infirmières ayant mis en œuvre ce type de pratique, les éléments liés au rôle propre sont très présents. Par ailleurs le métaschème Praxie est celui qui a la plus forte valence, ce qui n'est pas le cas pour les autres infirmières. Par la suite, Guimelli et Reynier (1999) montreront que l'augmentation du nombre des pratiques nouvelles à propos du rôle propre des infirmières se traduit par une structuration progressive de la représentation. Les approches transversales sont plus nombreuses parce qu'elles sont moins lourdes et qu'elles évitent les biais liés au test re-test.

Dans ce cas, plusieurs groupes d'individus sont comparés à différents niveaux d'évolution : en comparant, par exemple, des individus ayant suivi une formation et des individus ne l'ayant pas suivie. C'est dans cette perspective que se situe Zérillo (1998). L'auteure interroge des étudiants en soins infirmiers et des étudiants en psychologie à propos de l'hygiène. Elle montre que la représentation de l'hygiène s'articule dans les deux groupes autour d'éléments qui se trouvent en position centrale, *prévention des maladies, bien être, respect des autres et éviter les mauvaises odeurs*. Ce travail porte cependant uniquement sur l'hygiène corporelle quotidienne, il ne se centre pas sur l'hygiène hospitalière. Une série d'études est plus en lien avec l'hygiène hospitalière, elle porte sur la représentation des infections nosocomiales, mais elle ne vise pas une mise en évidence de l'évolution. Ces recherches sont conduites auprès de professionnels par Quintard et ses collaborateurs (Quintard, Lecigne, Rogues et Parneix, 2003 ; Quintard, Lecigne, Parneix, Rogues, Vezin, Labadie, Gachie, Zaro-Goni et Bruchon-Schweitzer, 2004). Les auteurs montrent que la représentation des infections nosocomiales diffère selon les groupes de professionnels interrogés : médecins, infirmières (IDE), aides-soignantes (AS) et agents de service hospitalier (ASH). La représentation des médecins et des IDE s'articule autour des éléments *formation des personnels et prévention* alors que celle des AS et des ASH se structure autour de trois éléments *formation, mise en cause des soignants et problèmes de gestion*.

Dans cet ensemble il n'y a pas de recherches qui portent spécifiquement sur la construction des connaissances au cours de l'apprentissage. C'est ce que vise précisément notre étude. Nous cherchons à mettre en évidence la représentation de l'hygiène chez les personnels soignants mais également l'évolution de cette représentation depuis la formation jusqu'à l'entrée en fonction. Nous avons procédé en trois études.

2. Étude 1 : représentation de l'hygiène chez les étudiants en soins infirmiers

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence la construction de la représentation de l'hygiène au cours de la formation spécialisée en soins infirmiers.

Les enseignements dispensés dans le cadre de cette formation le sont en grande majorité par les IFSI. La formation se déroule sur trois ans, elle débouche sur le diplôme d'état en soins infirmiers. Elle est à la fois théorique et pratique, les cours alternent avec les stages. En termes quantitatifs, il est important de souligner que moins de 3% du volume horaire de la formation sont consacrés directement à l'hygiène¹⁰. Elle est néanmoins traitée de manière transversale, au sein de tous les autres modules. Le contact avec la pratique hospitalière et l'application des protocoles d'hygiène a lieu au cours des stages qui doivent être réalisés dans différents services. Le volume horaire des stages croît avec le niveau des étudiants, il atteint au total près de 50% du temps global de la formation, soit 68 semaines. Lorsqu'ils ont validé leur diplôme à la fin de la troisième année, les étudiants entrent directement en fonction.

2.1. Dispositif

¹⁰ Ce qui équivaut à 60 heures de formation sur les trois années. Sont abordés d'une part l'hygiène hospitalière (définition, notions de microbiologie, l'infection, la décontamination, la désinfection, la stérilisation, etc.) et d'autre part l'hygiène de l'environnement (les déchets : conditionnement, collecte, traitement, etc.) les nuisances et la pollution, l'urbanisme et l'aménagement.

Le recueil se déroule sous la forme d'un questionnaire d'associations verbales. Il était divisé en deux parties, la première comprenait des questions d'identification ; la seconde une tâche d'associations verbales. Celle-ci était introduite par une consigne demandant aux participants d'écrire, dans l'ordre où ils leur venaient à l'esprit, tous les mots et expressions évoqués à propos de l'hygiène. Dix mots au maximum pouvaient être évoqués.

2.2. Population

Pour mettre en évidence les effets propres de la formation, deux groupes sont comparés : étudiants spécialisés en soins infirmiers (N=315), étudiants non spécialisés en soins infirmiers (N=315), ces étudiants étaient de même niveau d'étude, de profil sociologique semblable (âge, sexe, milieu social), mais ils étaient spécialisés en psychologie. Dans les deux groupes trois niveaux d'études sont distingués, 105 étudiants ont été tirés au hasard au sein de chaque promotion.

2.3. Résultats de l'analyse prototypique

Dans un premier temps, les deux groupes ont été comparés de manière globale, sans différencier le niveau d'étude. L'analyse prototypique (Verges, 1992) permet de mettre en évidence la zone du noyau de la représentation (éléments centraux) grâce à deux critères : la fréquence de citation (nombre d'individus ayant produit le mot) et le rang moyen d'apparition (ordre d'apparition dans la chaîne des mots associés). Les mots les plus fréquemment cités (fréquence élevée) et les plus précoces dans la chaîne associative (rang faible), sont retenus comme renvoyant à des éléments de la zone du noyau (éléments centraux).

Tableau 8.1.

Mots associés par les étudiants IFSI : catégorisation en fonction du rang moyen d'apparition et de la fréquence moyenne de citation

Fréquence de citation/ rang moyen de d'apparition	Rang moyen d'apparition faible	Rang moyen d'apparition élevé
	Mots ayant un rang d'apparition < au rang moyen général ⁽²⁾ (RMG=5,16)	Mots ayant un rang d'apparition ≥ au rang moyen général (RMG=5,16)
Fc.moyenne de citation élevée	ZONE DU NOYAU	PREMIERE PERIPHERIE
> Fréquence Critique ⁽¹⁾ (FC=17,36%)	propreté (77,14% ; 2,67) asepsie (66,03% ; 3,20) lavage des mains (46,34% ; 3,67) désinfection (34,28% ; 5,01) respect (19,04% ; 4,9)	protocole (29,52% ; 5,56) décontamination (20,31% ; 5,43) toilette (18,73% ; 5,76)
Fc.moyenne de citation faible	ZONE DE CONTRASTE	DEUXIEME PERIPHERIE

\leq Fréquence Critique (FC=17,36%) \geq Seuil binomial (SB=5,39%)	antiseptique (17,77% ; 5,12) microbes (12,69% ; 4,97) lavage (11,74% ; 3,64) sécurité (10,15% ; 3,31) antiseptie (9,52% ; 4,73) santé (6,98% ; 4,95) propre (5,39% ; 3,47)	soins (17,77% ; 5,51) rigueur (17,14% ; 5,18) stérilisation (16,50% ; 6,55) savon (15,55% ; 5,75) règles (15,23% ; 5,39) prévention (13,96% ; 5,54) infection (12,06% ; 5,39) gants (12,06% ; 5,94) infections nosocomiales (11,74% ; 6,05) protection (9,84% ; 6,41) bien-être (8,57% ; 5,33) nettoyage (8,25% ; 5,26) lutte (contre les IN) (6,66% ; 5,57) stérile (6,66% ; 5,80) bétadine (6,34% ; 6,4) hôpital (6,34% ; 7,15) éducation (6,34% ; 7,7) mains (5,71% ; 5,44) isolement (5,39% ; 6,64) CLIN (5,39% ; 7,29)
--	--	---

(1) Le RMG (Rang Moyen Général) correspond à l'ordre moyen d'apparition dans la chaîne associative. Il se calcule en faisant la somme de tous les rangs d'apparition (pour tous les sujets interrogés) par le nombre d'apparition du mot (dans le cas présent, chaque sujet n'ayant cité qu'une seule fois le mot, cela revient à diviser par le nombre de sujets ayant cité le mot).

(2) La FCc (fréquence critique) est déterminée en deux temps. Dans un premier temps est calculé le Seuil Binomial. Ce calcul permet d'identifier avec une probabilité $p < 0.00000001$ quel est le seuil (en nombre de sujet (=k) devant être atteint pour décider qu'un mot a été produit par un nombre significatif d'individus, et donc qu'il renvoie à des cognitions socialement partagées (Salès-Wuillemin, 2005). Dans ce tableau il correspond à 5,39% des sujets. Cela veut dire que le mot doit avoir été produit par au moins 17 sujets sur 315. Seuls les mots ayant atteint le seuil binomial apparaissent dans ce tableau. Dans un deuxième temps, à partir de ce seuil binomial est calculée la fréquence critique. Il s'agit de la fréquence moyenne de citation des mots ayant atteint le seuil binomial parce qu'ils sont cités (dans notre cas) par plus de 5,39% des sujets. Elle se calcule en faisant la somme des fréquences de citation de chacun des mots ayant atteint le seuil binomial divisée par le nombre de mots.

À la lecture du tableau 8.1, on note que la représentation de l'hygiène des étudiants spécialisés en soins infirmiers se structure autour de cinq éléments « propreté » « asepsie » « lavage des mains » « désinfection » et « respect ».

Tableau 8.2.

Mots associés par les étudiants Non spécialistes : catégorisation en fonction du rang moyen d'apparition et de la fréquence moyenne de citation

Fréquence de citation/ rang moyen de citation	Rang moyen d'apparition faible	Rang moyen d'apparition élevé
	Mots ayant un rang < au rang moyen général (RMG=5,29)	Mots ayant un rang \geq au rang moyen général (RMG=5,29)
Fc.moyenne de citation élevée	ZONE DU NOYAU	PREMIERE PERIPHERIE
> Fréquence Critique (FCc=17,29%)	propreté (87,6% ; 2,14) savon (46,7% ; 4,92) santé (39% ; 3,96) désinfecter (23,5 ; 5,08) désinfection (22,2% ; 4,64) nettoyage (21,9 ; 4,23) douche (20% ; 4,47), désinfectant (19,7% ; 4,62), laver (19,4% ; 4,78)	javel (28,3% ; 5,74) microbes (25,7% ; 5,79) gant de Toilette (23,5% ; 5,81) hôpital(taux) (19% ; 6,4) stérilisation (17,5% ; 5,43)
Fc.moyenne de citation faible	ZONE DE CONTRASTE	DEUXIEME PERIPHERIE

\leq Fréquence Critique (FC=17,29%) \geq Seuil binomial (SB=5,71%)	soin(s) (16,5% ; 5,21) sain(e) (9,20% ; 4,96) antibactérien (7,30% ; 5,31)	ménage (15,6% ; 5,38) bactéries (12,7% ; 5,55) nettoyer (12,7% ; 5,77) maladie(s) (11,7% ; 6,54) eau (12,1% ; 6,15) se-laver (11,1% ; 4,08) infection(s) (10,5% ; 6,48), toilette (8,88% ; 5,53) masque(s) (8,25% ; 7,19) sécurité (7,93% ; 5,36) respect (8,57% ; 5,77) quotidienne (7,61% ; 6,58) protection (7,30% ; 6,95) saleté (6,66% ; 5,61) vie (6,66% ; 5,90) entretien (5,71% ; 6,11)
--	---	--

À la lecture du tableau 8.2, on note que la représentation de l'hygiène des étudiants non spécialisés en soins infirmiers fait apparaître neuf éléments « propreté », « nettoyage », « santé », « désinfecter », « désinfection », « nettoyage », « douche », « désinfectant » et « laver ».

2.3.1. Comparaison des représentations des deux groupes d'étudiants spécialisés et non spécialisés

Comme attendu, des différences essentielles apparaissent entre les deux groupes, au niveau de la zone du noyau (tableaux 8.1 et 8.2). Les éléments évoqués par les étudiants en soins infirmiers relèvent du savoir de spécialité (« lavage des mains » et « asepsie ») parce qu'ils renvoient à des gestes techniques précis (des protocoles). Les éléments évoqués par les étudiants non spécialisés renvoient à l'hygiène domestique (« désinfecter », « nettoyage ») et corporelle (« douche ») ou encore à des concepts plus généraux (« santé »).

2.3.2 Comparaison des trois niveaux de formation au sein du groupe d'étudiants spécialisés

Un deuxième traitement a été réalisé afin de mettre en évidence la manière dont ces éléments se mettent en place lors de la formation en soins infirmiers. Les 3 niveaux de formation ont été comparés au sein de cette population. Pour simplifier la présentation nous retenons uniquement les éléments de la zone du noyau. Nous soulignons ensuite quels sont les éléments spécifiques à un niveau de formation et quels sont ceux qui sont communs.

Tableau 8.3

Comparaison des trois niveaux de formation : éléments situés dans la zone du noyau de la représentation

Niveaux	Zone du noyau	Éléments spécifiques	Éléments communs aux trois groupes
---------	---------------	----------------------	------------------------------------

IFSI ₁	propreté (86,6% 2,42), désinfection (60%, 5,15), asepsie (59%, 3,87), lavage des mains (33%, 4,31)	désinfection	propreté asepsie lavage des Mains
IFSI ₂	propreté (75,2%, 3,12), asepsie (62,8%, 3,39), lavage des mains (54,2%, 3,52)		
IFSI ₃	Asepsie (75,2% 2,54), propreté (65,7%, 2,28), lavage des mains (51,4%, 3,27)		

L'analyse comparative des trois groupes de sujets (tableau 8.3) fait apparaître plusieurs résultats intéressants. Ils permettent de souligner les effets de la formation. On constate ainsi, au fur et à mesure de la formation, l'utilisation d'un vocabulaire de plus en plus spécifique à l'hygiène hospitalière. Apparaissent néanmoins des éléments communs.

L'élément « propreté » est présent chez les trois groupes. Au début de la formation, c'est d'ailleurs l'élément qui est le plus fréquemment et le plus rapidement cité par les participants. Notons au passage que cet élément est également évoqué par 87% des étudiants non spécialistes. En troisième année de formation, l'élément « propreté » régresse à la deuxième place (65,7%), derrière l'élément « asepsie ». Il reste néanmoins très fréquemment cité avec un rang moyen d'apparition très faible. On peut s'étonner de la persistance de ce terme parce qu'il semble très éloigné de l'hygiène hospitalière.

Cette étude nous conduit à nous interroger sur la signification accordée au terme « propreté ». En effet, il est pour les deux populations, central dans la représentation de l'hygiène, mais il se trouve relié à des éléments différents, plus centrés sur l'hygiène hospitalière d'un côté, plus centré sur l'hygiène corporelle et domestique de l'autre. Nous éclairerons cet aspect dans l'étude suivante, consacrée aux personnels soignants.

Parallèlement, à l'intérieur du groupe des étudiants spécialisés, on note que l'élément « désinfection » est présent au premier niveau de la formation, il disparaît ensuite. On peut s'interroger sur l'origine de cette disparition. Nous avançons l'hypothèse que les étudiants en soins infirmiers 'abandonnent' ce terme parce qu'il renvoie à une connaissance de sens commun : il est utilisé dans le vocabulaire courant. Les étudiants plus avancés semblent lui préférer le terme d'« asepsie » qui renvoie plus à un vocabulaire et donc une connaissance technique¹¹. Il s'agira néanmoins de vérifier par la suite, auprès des personnels hospitaliers en activité, si cet élément occupe une place plus centrale que celui de désinfection.

Notre attention se porte également sur l'élément « lavage des mains » (tableau 8.4.). La fréquence de citation croît au fur et à mesure de la formation, elle passe de 33% à 51,4%. Les études réalisées sur l'hygiène et sur la prévention des infections nosocomiales mettent toutes en avant que le lavage de mains est au centre de toutes les préoccupations, sans lavage de mains, aucune autre mesure ne peut porter ses fruits. Voici pourquoi l'analyse de cet item retient notre attention.

Tableau 8.4.

¹¹ Pour la compréhension du lecteur, il nous faut souligner que dans un contexte d'hygiène hospitalière, la désinfection renvoie à une action tout à fait particulière. Elle renvoie à une opération complexe permettant d'éliminer le danger lié à la présence de micro-organismes à l'origine d'une potentielle infection. Dit autrement, la désinfection permet de contrôler le niveau de danger sans éliminer totalement les micro-organismes.

Fréquence de citation (en effectifs bruts) de l'élément lavage des mains en fonction du niveau de formation

Niveau / Nombre de sujet	IFSI ₁	IFSI ₂	IFSI ₃
Nombre de sujets ayant cité l'élément lavage des mains	35	57	54
Nombre de sujets n'ayant pas cité l'élément lavage des mains	70	48	51

La comparaison globale présentée au tableau 8.4 fait apparaître une différence significative ($\chi^2=10,90$, ddl=2, $p<.005$). Les comparaisons locales montrent que pour les IFSI 1 il y a significativement plus de participants qui ne citent pas l'élément « lavage des mains » (N=70), qu'il y en a qui le citent (N=35 ; $\chi^2=11,67$, ddl=1, $p<.0007$). Il n'y a pas de différences significatives pour les deux autres niveaux de formation. Ce résultat nous conduit à conclure qu'au cours de la formation, l'élément « lavage des mains » est de plus en plus mentionné par les individus lorsqu'ils évoquent l'hygiène, cela veut dire qu'il prend une place de plus en plus importante au sein de la représentation. Là aussi, il faudra vérifier quelle est la place de cet élément chez les professionnels.

Cette première étude nous conduit à conclure que la formation a pour effet de rendre plus saillants des éléments de connaissance techniques. Dans ces connaissances, les éléments « asepsie » et « lavage des mains » occupent la zone du noyau. Par ailleurs, on note la persistance au cours de la formation d'un élément fortement récurrent et partagé par les étudiants spécialisés et les non spécialisés : l'élément « propreté ». La question est de savoir si cet élément occupe également une place centrale chez les professionnels, et quelle signification il recouvre. C'est l'un des objectifs visés par la deuxième étude.

3. Étude 2 : représentation de l'hygiène chez les professionnels de santé : infirmières et aides-soignantes

3.1. Objectif

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence la représentation que les professionnels de santé ont de l'hygiène. Deux groupes de personnels soignants sont ciblés, les aides-soignantes (AS) et les infirmières (IDE). Il s'agit en effet des deux groupes professionnels les plus importants en ce qui concerne les soins. En ce qui concerne les soins délivrés aux patients, l'hygiène est capitale, c'est l'application des protocoles d'hygiène qui permet une prévention des infections nosocomiales.

3.2. Dispositif

Le dispositif se déroule sous la forme d'une passation de questionnaires et d'entretiens réalisée en deux phases de recueil. Les questionnaires d'associations verbales ont été passés durant la première phase. Il s'agissait, grâce à ce dispositif, de mettre en évidence les concepts qui organisent la représentation de l'hygiène chez ces deux groupes de professionnels. Dans la deuxième phase nous avons interrogé ces deux groupes grâce à des entretiens centrés sur les concepts les plus centraux de la représentation, repérés lors de la première phase.

3.3. Population

Pour ce qui concerne la phase de questionnaire, 149 personnels soignants, répartis en deux groupes, IDE (N=114) et AS (N=35), ont été interrogés. Pour ce qui concerne la phase d'entretiens nous avons retenu 32 participants, 16 IDE et 16 AS.

3.4. Le questionnaire

Le questionnaire est construit de la même manière que pour la première étude, réalisée avec les étudiants. Il était structuré en deux parties, la première comprenait des questions d'identification (âge, sexe, ancienneté, etc.), la seconde la tâche d'associations verbales à partir du mot inducteur « hygiène » les personnels interrogés pouvaient produire dix mots associés.

3.5. Les entretiens

Les entretiens ont été conduits par le même interviewer, pour moitié avec des individus seuls et pour autre moitié avec des individus en groupe. L'objectif étant de faire ressortir les connaissances et pratiques professionnelles partagées à propos de l'hygiène. Compte tenu de la forme spécifique de ces entretiens, nous les avons appelé entretiens d'explication (Salès-Wuillemin, 2007 ; Salès-Wuillemin et al. 2009). Nous n'avons pas, pour la suite de l'analyse, opérée de distinctions entre les éléments selon qu'ils ont été évoqués lors d'un entretien individuel ou en groupe. Tous les entretiens se déroulaient en deux phases : une phase libre durant laquelle les interviewés s'exprimaient librement à partir d'une consigne leur demandant de décrire l'image qu'ils ont de l'hygiène dans le cadre de leur travail, chacun était invité à se positionner de son point de vue, en tant qu'aide-soignante versus infirmière ; une deuxième phase durant laquelle l'interviewer revenait de manière systématique sur chacun des éléments repérés préalablement, durant la première phase, comme ayant un fort potentiel de centralité. Pour introduire ces éléments, l'interviewer suivait un guide d'entretien, établi à l'avance, dans lequel figuraient autant de questions que d'éléments cibles. Ces questions permettaient d'introduire l'élément cible sous une forme générale. Par exemple : « et maintenant, si je vous dis, propreté, à propos de l'hygiène, qu'est-ce que cela vous évoque en tant qu'aide-soignante (versus infirmière) ? ». Les réponses des participants faisaient l'objet d'un questionnement systématique afin d'apporter des explications sur un référent (e.g. « qu'entendez-vous par c'est un *automatisme* ? »), ou sur la relation établie entre deux éléments (e.g. « vous dites l'hygiène c'est la propreté, qu'est-ce que vous voulez dire par *c'est la propreté* ? », pour un aperçu de la technique cf. Salès-Wuillemin, Morlot, Masse et Kohler, 2009 ; Salès-Wuillemin, 2007).

3.6. Résultats du questionnaire

144 mots différents ont été produits par les deux groupes de participants (66 mots différents pour les AS, 129 mots pour les IDE). Ces mots ont, comme pour la première étude, fait l'objet d'une analyse prototypique (Vergès, 1992).

3.7. Analyse prototypique

L'analyse prototypique présentée dans les tableaux 8.5 et 8.6 fait clairement apparaître un noyau commun de connaissances à propos de l'hygiène au sein de ces deux groupes de

professionnels : il s'agit de « propreté ». Des différences apparaissent aussi à ce niveau entre les deux groupes, il s'agit de « désinfection » (pour les AS) et d'« asepsie » (pour les IDE).

On peut conclure de cette première analyse l'existence d'un concept partagé à propos de l'hygiène : « la propreté ». Ce terme est toutefois associé à « asepsie » chez les infirmières et à « désinfection » chez les aides-soignantes. Renvoie-t-il à la même signification ? C'est ce que nous avons cherché à montrer dans la deuxième partie de cette étude.

Tableau 8.5.

Mots associés par les aides soignantes : catégorisation en fonction du rang moyen d'apparition et de la fréquence moyenne de citation

Fréquence de citation/ Rang	Rang Moyen d'apparition faible	Rang Moyen d'apparition élevé
	Mots ayant un rang < au rang moyen général (<4)	Mots ayant un rang ≥ au rang moyen général (≥4)
Fc. moyenne de citation élevée > Fréquence Critique FCc=48,4%	Propreté (80% ; 1,75) ; Désinfection (48,6% ; 2,82)	
Fc. moyenne de citation basse ≤ 48,4% et ≥ Seuil Binomial (SB=28,5%)	Lavage des Mains (37,2% ; 3,8).	Asepsie (28,6% ; 4,3)

Tableau 8.6.

Mots associés par les infirmières : catégorisation en fonction du rang moyen d'apparition et de la fréquence moyenne de citation

Fréquence de citation/ rang	Rang Moyen d'apparition faible	Rang Moyen d'apparition élevé
	Mots ayant un rang < au rang moyen général (<4)	Mots ayant un rang ≥ au rang moyen général (≥4)
Fc. moyenne de citation élevée > Fréquence Critique FCc=28,27%	Propreté (71,9% ; 2,17) ; Lavage des mains (58,7% ; 3,20) ; Asepsie (44,73% ; 3,43)	
Fc. moyenne de citation basse ≤ 28,27% et ≥ Seuil Binomial (SB=13,15%)	Lavage (20,17% ; 3,5) ; Précautions (16,6% ; 3,3) ; Décontamination (17,1% ; 3,7) ; Sécurité (13,15% ; 3,86)	Désinfection (28,07% ; 4,3) ; Isolement (24,5% ; 4,86) ; Prévention (22,8% ; 5) ; Nettoyage (18,4% ; 4,43) ; Protocole (14,03% ; 4,87%) ; Savon (13,15% ; 4)

3.8. Résultats des entretiens

Les entretiens ont été réalisés auprès des professionnels, après une partie libre, ils étaient centrés sur les éléments situés dans la zone du noyau pour chaque groupe.

Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse en Schèmes Cognitifs de Base (SCB). Nous avons utilisé comme grille d'analyse les connecteurs décrits par Guimelli et Rouquette (1992) dans leur étude sur les IDE, à la différence que dans l'étude mentionnée, les IDE répondaient à un questionnaire, dans la nôtre elles devaient s'exprimer à propos de l'hygiène, lors d'un entretien centré sur les éléments supposé organisateurs de la représentation sociale, ce qu'elles en disaient était analysé grâce à la grille des 28 connecteurs¹². Sur les 28 connecteurs, 16 en réalité étaient présents dans les discours analysés. Pour mettre en évidence les éléments de la représentation ayant la plus forte probabilité d'être centraux (éléments cibles), nous avons calculé un indice de valence pour chacun d'eux. Cet indice prend en compte le nombre de fois où les sujets ont connecté, grâce à l'un des 28 connecteurs possibles, l'élément cible avec un autre élément présent dans la représentation, quelle que soit sa place, dans la zone centrale ou périphérique.

3.9. Analyse de la Valence

On peut constater que pour le groupe des AS l'élément en position la plus probablement centrale est « désinfection » (tableau 8.7), il s'agit de « asepsie » et « propreté » chez les IDE (tableau 8.8).

Tableau 8.7.

Aides-soignantes, valence de chaque élément : nombre moyen de connecteurs associés à chacun des éléments supposés centraux

	Valence
Désinfection	0,13 ($\sigma=0,08$)
Propreté	0,18 ($\sigma=0,07$)

Désinfection/Propreté $F(1,15)=12,80$, $p<.003$

Tableau 8.8.

Infirmières, valence de chaque élément : nombre moyen de connecteurs associés à chacun des éléments supposés centraux

	Valence
Lavage des mains	0,06 ($\sigma=0,007$)
Asepsie	0,12 ($\sigma=0,05$)
Propreté	0,18 ($\sigma=0,09$)

Lavage des mains/Propreté, $F(1,15)=19,34$, $p<.000001$

Propreté/Asepsie, NS

Asepsie/Lavage des mains, $F(1,15)=8,25$, $p<.012$

¹² Les 28 connecteurs sont regroupés au sein de trois métaschèmes :

- descriptif : regroupant des connecteurs marquant une relation de description entre deux éléments (définition, synonymie, relation partie tout, etc.) ;
- praxie : regroupant des connecteurs marquant une relation d'action entre deux éléments (utilisation, action, etc.) ;
- évaluation : regroupant des connecteurs marquant une relation de jugement entre deux éléments (caractérisation, évaluation, etc.).

L'élément le plus central commun aux représentations des deux groupes (« propreté ») a fait l'objet d'une analyse plus approfondie, au sein des entretiens conduits avec les professionnels. Pour cela, nous avons repéré tous les synonymes associés.

Faute d'espace suffisant, nous ne pouvons présenter les résultats de manière détaillée. Nous en faisons un résumé. L'analyse révèle que pour les AS, la propreté est avant tout synonyme de « net et sans trace » c'est-à-dire ce qui est « impeccable ». Par contre, pour les IDE, la propreté renvoie avant tout à un ensemble de gestes techniques respectant les protocoles (« travailler dans les normes », « respecter les règles ») en utilisant un matériel adéquat (« porter des gants », « utiliser des compresses stériles »). Ces résultats nous ont conduits à conclure que si « propreté » occupe une position centrale dans la représentation des deux catégories de personnels soignants interrogées, une différence très nette apparaît entre les deux groupes : pour les AS, la propreté est un état, une caractéristique « être propre » qui peut être évaluée grâce à des indicateurs visuels. Alors que pour les IDE la propreté renvoie surtout à une procédure et du matériel utilisé.

Pour mettre au jour les liens existant entre la représentation de l'hygiène et les pratiques réelles des professionnels nous avons réalisé une troisième étude, elle se déroule sous la forme d'observation des professionnels durant leur activité de travail, nous avons plus particulièrement observé les gestes d'hygiène des mains, dit autrement le lavage des mains.

4. Étude 3 : pratiques d'hygiène chez les professionnels de santé, les infirmières et les aides-soignantes

4.1 Objectif

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence les pratiques d'hygiène, et plus particulièrement les pratiques de lavage des mains mises en œuvre par les professionnels de santé. Une étude sur l'observance en matière d'hygiène des mains a été conduite en 2006 par le RFCLIN¹³. Les résultats font apparaître que le manque de temps est un frein très net au respect du protocole de lavage des mains. Ce manque de temps était évoqué par les personnels pour préciser que le temps de lavage n'était que très rarement respecté. En effet, un lavage simple et un lavage antiseptique avec eau et savon nécessitent une friction d'une minute, un lavage antiseptique chirurgical nécessite de trois à cinq minutes.

Par ailleurs, le lavage des mains traditionnel suppose l'accès à un poste de lavage des mains. Or, toutes les chambres de patients ne sont pas équipées d'un poste de lavage, il peut se situer dans le couloir ou plus loin encore, dans la salle de soins, ce qui implique une perte de temps importante due à des va-et-vient constants.

Voici pourquoi, l'accent a, depuis quelques années, été mis sur l'utilisation de solutions hydro alcooliques, qui permettent, grâce à une friction rapide (moins d'une minute), d'obtenir les mêmes effets qu'un lavage antiseptique¹⁴ sans nécessité de passer par un poste de lavage.

¹³ <http://www.rfclin.info/>

¹⁴ Deux gestes techniques sont en jeu dans le lavage des mains : 1/ un lavage des mains simples, appelé aussi traditionnel, qui nécessite de l'eau et du savon, donc l'accès à un poste de lavage. Il peut s'agir d'un lavage simple (durée une minute, eau (bactériologiquement maîtrisée de niveau 1) et savon), d'un lavage antiseptique (durée 1 minutes, eau et savon antiseptique), ou d'un lavage chirurgical (durée de trois minutes à cinq minutes, eau (bactériologiquement maîtrisée de niveau 2) et savon antiseptique) ; 2/ un lavage des mains par friction,

Salès-Wuillemin, Morlot, R., Fontaine, A. (sous-presse Avril 2011). La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants, in : Castel, Ph., Salès-Wuillemin, E., Lacassagne, M.F. (Eds.). Psychologie sociale communication, langage : de la conception aux applications, Paris,

Cependant, le lavage des mains par friction ne peut totalement se substituer au lavage des mains classiques, en effet les conditions d'utilisations ne sont pas les mêmes. Le lavage par friction ne peut se faire que sur des mains qui ne sont pas souillées (par des produits biologiques ou autres). Par ailleurs, il laisse un dépôt qui doit être éliminé grâce à un lavage classique. Voici pourquoi il est recommandé aux professionnels de n'opérer que cinq à six frictions successives. Or, ces conditions d'utilisation sont mal comprises ou mal interprétées par les professionnels, ce qui entraîne des erreurs d'utilisation. La mise en œuvre de cette troisième étude a donc pour objectif de repérer le type d'erreurs réalisées selon le type de lavage de mains.

4.2. Population

Deux groupes de professionnels ont participé à cette étude. Des infirmières (N=15) et des aides-soignantes (N=13).

4.3. Dispositif

Le recueil s'est déroulé sous la forme d'observations armées (grille d'observation) accompagnées de verbalisations concomitantes. Les situations observées étaient des moments de soins, l'analyse porte plus particulièrement sur l'hygiène des mains (lavage des mains traditionnel et lavage de mains par friction).

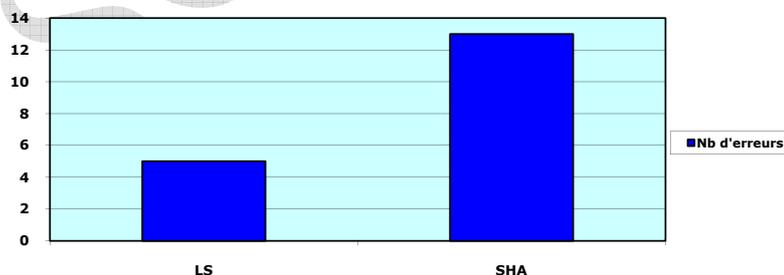
4.4. La grille d'observation

Elle permet d'enregistrer le numéro du patient, le type de soins, elle précise : si le soin est interrompu ou non ; la technique utilisée avant le soin et après le soin ; s'il y a une erreur dans la mise en œuvre de la technique, et quand il y a erreur la nature de l'erreur ; enfin, si le professionnel porte ou non des gants.

4.5. Résultats des observations

Figure 8.1.

Nombre d'erreurs selon le type de lavage de mains : Solution Hydro Alcoolique (SHA) ou Lavage Simple (LS)



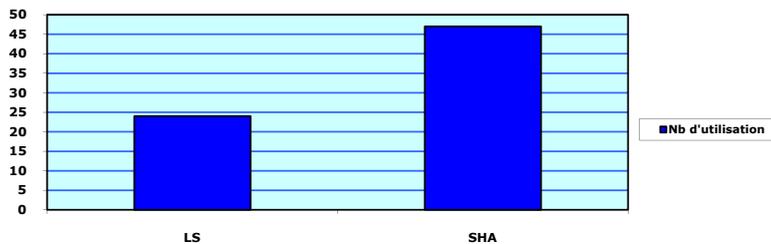
Les résultats présentés dans la figure 8.1 montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre le nombre moyen d'erreur commises par les AS et les IDE ($F(1,24)=2,49, p<.12$). Voici

repose sur l'utilisation d'une solution hydro alcoolique (SHA), la friction dure de 30 à 60 secondes et ne nécessite pas de point d'eau. Ce lavage est classé dans les lavages antiseptiques et chirurgicaux.

pourquoi, nous décidons de fusionner les deux groupes de professionnels. Pour ces deux groupes, nous cherchons à mettre en évidence l'effet du type de lavage de mains sur le nombre d'erreurs commises.

Figure 8.2.

Nombre d'utilisation de la Solution Hydro Alcoolique (SHA) et du Lavage Simple (LS)



Les résultats présentés dans la figure 8.2 montrent qu'au sein des deux groupes de participants (AS et IDE confondus) il y a plus d'erreurs lors de l'utilisation d'un lavage par friction (SHA) que lors d'un lavage simple ($\chi^2=3,56$, ddl=1, $p<.06$).

Une analyse plus approfondie permet de moduler le précédent résultat, elle fait apparaître que le lavage par friction reste plus utilisé que le lavage simple ($\chi^2=6,91$, ddl=1, $p<.009$). La probabilité de survenue de l'erreur est donc plus importante en cas de lavage par friction.

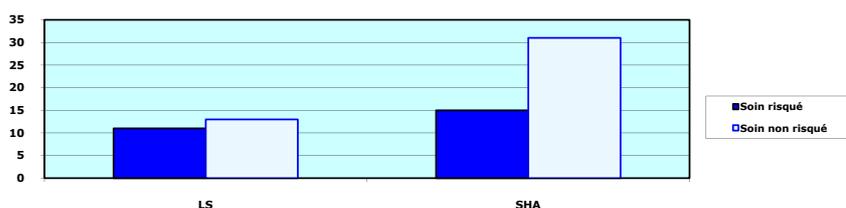
En résumé, nous constatons donc, qu'il n'y a pas de différences selon le groupe de professionnels considéré, il n'y a pas plus d'erreurs de commises par l'un que par l'autre. Une analyse plus approfondie fait apparaître que les erreurs sont plus nombreuses lors de l'utilisation d'une SHA que lors d'un LS.

Aussi, nous avons donc fait une analyse du type d'erreurs commises lors de l'utilisation d'une SHA comparativement aux erreurs commises lors de la réalisation d'un LS. Faute d'espace suffisant, nous ne pouvons présenter les résultats de manière détaillée. Nous en faisons un résumé. Pour ce qui concerne la SHA, l'analyse montre qu'il s'agit dans tous les cas d'erreurs de dosage : quand il y a erreur, l'erreur provient du fait que les professionnels mettent moins de produit que ce qui est nécessaire. Par contre, lorsqu'ils font un LS, ils ont tendance à mettre plus de produit que ce qui est nécessaire.

Ce résultat nous a conduits à nous intéresser aux raisons de ces erreurs de dosage. Cette analyse met en évidence un effet d'interaction entre le type de lavage et le risque lié au soin (risque de contamination).

Figure 8.3.

Nombre de lavage par friction (SHA) et de lavage simple (LS) en fonction du type de soins



L'analyse de la figure 8.3 fait apparaître que l'utilisation du lavage par friction (SHA) est significativement plus fréquente lorsque le soin est non risqué que lorsque le soin est risqué ($\chi^2=7,36$, ddl=1, $p<.007$). Il n'y a par contre pas de différence pour l'utilisation du LS. Ce résultat peut sembler paradoxal, en effet, le lavage par friction est classé dans la catégorie des lavages antiseptiques et chirurgicaux, on pourrait s'attendre à ce que les professionnels les utilisent plus en situation de soin risqué.

4.6. Résultats des verbalisations

L'analyse thématique des verbalisations permet d'éclairer ce dernier résultat. Là aussi, faute d'espace suffisant, nous ne pouvons présenter les résultats de manière détaillée. Nous en faisons un résumé. Le traitement des données fait apparaître que le lavage par SHA n'est pas évalué positivement par la plupart des professionnels. Ils font largement état d'une nette préférence pour le LS (jugé plus sûr, plus efficace, et plus conforme à l'idée qu'ils se font d'un (vrai) lavage des mains). Cependant, parallèlement, la SHA est également qualifiée de rapide et pratique.

Nous pouvons en conclure que le lavage par friction a deux atouts importants aux yeux des professionnels : il permet de réaliser les gestes d'hygiène nécessaires et exigés dans la pratique, tout en ne perdant que peu de temps. Cependant, dès qu'il y a perception d'un risque, les professionnels se tournent vers le lavage traditionnel avec eau et savon. Lavage qu'ils considèrent comme plus efficace.

Conclusion

La réalisation de la première des trois études, fait apparaître que le concept de propreté est central dans l'hygiène, il apparaît de manière majoritaire chez les étudiants spécialisés et chez ceux qui ne le sont pas. Des différences notoires apparaissent cependant, au niveau le plus central entre ces deux populations, la propreté n'est pas associée au même réseau de significations, elle est associée à des gestes techniques chez les étudiants spécialisés (« lavage des mains », « asepsie »), et à de l'hygiène corporelle et domestique chez les étudiants non spécialisés (« santé », « désinfecter », « nettoyage », « douche »).

L'analyse longitudinale conduite auprès des étudiants en soins infirmiers confirme la centralité de l'élément propreté. La fréquence de citation de cet élément régresse toutefois au cours de la formation, il est remplacé par « asepsie » qui apparaît plus fréquemment même si son rang d'apparition est sensiblement plus élevé. Cette analyse montre également que l'élément « lavage des mains » occupe la zone du noyau et ce dès la première année de formation, par contre il n'apparaît pas du tout chez les étudiants non spécialisés, cela veut dire que la sensibilisation des étudiants spécialisés a porté ses fruits. Cela montre aussi que le non respect des protocoles d'hygiène ne provient pas d'une méconnaissance de l'importance du lavage des mains.

La réalisation de la deuxième étude met en évidence le fait que pour les professionnels, l'hygiène renvoie avant tout à la « propreté ». Cet élément est commun aux deux groupes, il occupe la zone du noyau. Deux éléments apparaissent de manière spécifique à chacun des groupes. Il s'agit de « désinfection » pour les aides-soignantes, et d'« asepsie » chez les infirmières. On remarque que « lavage des mains » perd sa position centrale. La deuxième étude a été complétée par la réalisation d'entretiens d'explication à propos des concepts

préalablement repérés comme centraux. Notre analyse montre que si le terme « propreté » est employé par les deux groupes de professionnels, il n'a pas le même sens. Il s'agit avant tout d'un état pour les aides-soignantes, alors que pour les infirmières, il s'agit d'un ensemble de pratiques, de protocoles, et l'utilisation d'un matériel adéquat.

À partir de ce constat, lors d'une troisième étude, nous avons mis en évidence des pratiques des professionnels en relation avec l'hygiène. Cette étude nous permet d'approcher d'un peu plus près les facteurs qui sont en jeu dans le non respect des protocoles. Elle nous amène à conclure que l'utilisation des solutions hydroalcooliques pose problème chez les professionnels. En effet, elles sont utilisées plus fréquemment que le lavage simple, ce qui est en soi un bon résultat, cependant, elles sont utilisées avec un fort taux d'erreurs. Les erreurs les plus fréquemment commises sont des erreurs de sous-dosage. Enfin, l'analyse qualitative réalisée fait apparaître que les professionnels font plus confiance au lavage simple qu'au lavage par friction, qui n'apparaît pas conforme à l'idée qu'ils se font d'un vrai lavage. En conséquence, quand le geste apparaît non risqué, les professionnels utilisent plus fréquemment le lavage par friction que le lavage simple, par contre, quand il apparaît risqué, c'est l'inverse qui se produit.

On ne peut que s'interroger sur ce dernier résultat et sur les conséquences qu'il a sur les infections nosocomiales. En effet, la consommation de SHA ne peut absolument pas garantir l'acceptation de ce produit par les professionnels. L'étude conduite montre que s'il est plus utilisé qu'auparavant, il ne l'est pas forcément pour de bonnes raisons. Notre retour en direction du RFCLIN nous a conduits à souligner cet aspect.

Au-delà de ces résultats et de leur intérêt pour les dispositifs de prévention et d'éducation à l'hygiène en milieu hospitalier, notre recherche présente un intérêt théorique et méthodologique.

D'un point de vue théorique, elle constitue une avancée dans la description des représentations professionnelles. D'un point de vue méthodologie, elle repose sur la mise en place d'un dispositif de recueil complet, qui part de la mesure de la représentation telle qu'elle est évoquée par les individus interrogés, à l'analyse de l'impact de la représentation sur les pratiques des individus.

La poursuite de ce travail se fera en direction des étudiants en soins infirmiers dans un dispositif équivalent à celui mis en place pour les professionnels. Notre objectif est d'analyser de manière approfondie, grâce à la réalisation d'entretiens d'explication, les savoirs associés à chacun des éléments structurant la représentation, puis, grâce à la mise en place de dispositifs expérimentaux, de tester l'impact de la représentation sur la mise en œuvre des pratiques d'hygiène.

Pour aller plus loin

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

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

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.

Salès-Wuillemin, E. (2005). *Psychologie Sociale expérimentale de l'usage du langage. Représentations sociales, Catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles*. Paris : L'Harmattan, collection Figures de l'interaction.

Statistiques gouvernementales sur les questions de santé et d'infections nosocomiales
http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/34_980901.htm

Études conduites par le RFCLIN

http://www.fc-sante.fr/rfclin/surveillance/surveillances/enp/resultat_ENP_2007_Franche_Comte.pdf

Textes sur les représentations sociales, revue en ligne accessible gratuitement

<http://www.psr.jku.at/>

Mots clefs

- représentations sociales
- langage
- infections nosocomiales
- hygiène

Questions

1. Commenter la position particulière de l'item « lavage des mains » aussi bien dans la construction de la représentation sociale de l'hygiène, la représentation sociale de l'hygiène des professionnels et la pratique des professionnels.
2. En vous appuyant sur les études présentées dans ce chapitre, expliquer en quoi les approches transversales et longitudinales peuvent être complémentaires.
3. Quels autres indicateurs langagiers peuvent être utilisés pour dépouiller les entretiens de ce chapitre ?
4. Imaginez et décrivez une quatrième étude venant compléter les trois présentées dans ce

Salès-Wuillemin, Morlot, R., Fontaine, A. (sous-presse Avril 2011). La représentation de l'hygiène chez les personnels soignants, in : Castel, Ph., Salès-Wuillemin, E., Lacassagne, M.F. (Eds.). *Psychologie sociale communication, langage : de la conception aux applications*, Paris,

chapitre et se focalisant sur l'élaboration progressive de la représentation sociale de l'hygiène.

SOUS PRESSE