

مقدمة :

الإصابة بمرض في مرفق الرعاية الصحية قد تبدو متناقضة، ولكن هذه الظاهرة توجد فعلاً، يطلق عليها الإسم العلمي: عدوى المستشفيات.

عدوى المستشفيات هي عدوى ذات أنواع جد مختلفة تصاب في المستشفيات، فهي غائبة عند الدخول إلى المستشفى و تظهر عند المريض أثناء أو بعد العلاج في المستشفيات. حسب Bouziani¹ هذه الأمراض لها علاقة بسوء النظافة و النقاء في المستشفى.

تعرف منظمة الصحة العالمية (OMS)² عدوى المستشفيات على أنها مرض جرثومي المنشأ يصيب المرضى المقيمين بالمستشفى و العاملين بداخله.

يعتبر الوقت معيار حاسم لإثبات وجود صلة سببية بين العدوى و الاستشفاء و هذا مع الأخذ بعين الاعتبار فترة الحصانة (الفترة ما بين الإصابة بالعدوى و ظهور أعراض المرض).

حسب El Watan³, تصرح خدمة الغسيل الكلي بقسنطينة بأن 65% من المرضى الذي يعانون من غسيل الكلى يصابون بعدوى المستشفيات، هذه الإحصاءات تبين بوضوح مدى إنتشار هذه الظاهرة.

عرضت بعض قضايا عدوى المستشفيات على المحاكم؛ و من ثم نشرت في الجرائد و غيرها، بحيث ارتكز الاهتمام على الجانب التقني لهذه الظاهرة (إنتقال المرض و الوقاية و معدلات العدوى... الخ)، بجوار الجانب الديناميكي الإجتماعي التي قد تولدها هذه الظاهرة. هذا البعد الجماعي للصحة يسمى بالتمثلات الإجتماعية للصحة.

¹ Bouziani, Mustapha, (2002). *Les pathologies infectieuses. Aspects épidémiologiques et prophylactiques*, Oran, Edition Dar El Gharb, p. 58.

² www.who.int/fr/

³ *El Watan*, Edition nationale d'information, le 28 Février 2008.

الدراسة المقدمة تهدف إلى اكتشاف التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات عند الأشخاص. لقد طرحنا تحديات تجاوز الرؤية "الطبية" للتوسع إلى نهج إجتماعي و نفسي.

حدد¹ Moscovici مفهوم التمثلات الاجتماعية، و نظر إليها كشكل من أشكال المعرفة المعينة في مجموعة إجتماعية خاصة، و التي قد تنطبق على أي مجموعة إجتماعية أخرى، فالتمثلات الاجتماعية مشتركة من قبل عدد كبير من الناس.

هناك عدة عوامل تساهم في تكوين التمثلات الاجتماعية، وصف Moscovici من بينها عمليتين: هما الموضوعية و الرسخ. تعتبر هاتين العمليتين متكاملتين:

- الموضوعية :

أي عملية الانتقال من المجرّد إلى الملموس، تتجلى هذه العملية ليس فقط من جانب المفاهيم المجرّدة البصرية، ولكن أيضا من قبل الحركات الاجتماعية، وعلاوة على ذلك: تسمح الموضوعية بأمرين: تقديم التقارير و تسهيل الإتصال.

- الرسخ:

و نعني به رسخ التمثيلات الاجتماعية في الحياة اليومية المألوفة.

يشير² Abric إلى أن التمثلات الاجتماعية تدل على الممارسات الاجتماعية، فهو يعتقد أن فهم التمثلات الاجتماعية للناس تمكننا من فهم سلوكياتهم .

و دائما على حسب Abric، التمثلات الاجتماعية هي مجموعة عناصر منظمة و مبنية ، و بالتالي من حيث بنيتها فإن التمثلات الاجتماعية تتكون من عنصرين: (النواة المركزية و العناصر الهامشية):

¹ Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, p. 48.

² Abric, Jean-Claude, (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, p. 21.

- النواة المركزية (النظام المركزي): هذه النواة تتكون من واحد أو أكثر من العناصر التي تعطي للتمثلات الاجتماعية معناها، فإنها تحمل علامة الثقافة و الأعراف الاجتماعية، انه العنصر الأكثر استقرارا و اتساقا، فهو يقاوم التغيير و يضمن إستمرارية التمثلات الاجتماعية .

- العناصر الهامشية : حول النواة المركزية تنظم العناصر الهامشية ، فبخلاف النواة المركزية التي تحتوي على بعض العناصر، إن النظام الهامشي يضم الغالبية الساحقة من عناصر التمثلات، فهو يعبر عن التجارب و القصص الشخصية للأفراد، كما هو متحرك ، متطور ، متغير و متكيف.

إن التمثلات هي بناءات اجتماعية يقوم بها الناس لفهم و تفسير الحياة الاجتماعية. كما هي شكل من أشكال المعرفة الاجتماعية تحدد و تنظم السلوكات الإجتماعية للناس.

الأسئلة المطروحة هي كالتالي:

1- ما هي التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات؟

2- ما هو السلوك النابع من هذه التمثلات الاجتماعية ؟

الفرضيات:

1- تحتوى التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات على عنصر النظافة و إتهام الأطباء و العاملين في مجال الصحة .

2- تؤثر هذه التمثلات الاجتماعية على سلوك الناس و تحثهم على التصرف بسلوك تجنبي .

المنهجية المستخدمة :

تتكون عينتنا الكلية من 150 شخص. البعض منهم لديه تجربة في المستشفى، و البعض الآخر لم تكن لديه أي تجربة استشفائية. علاوة على ذلك، أردنا تنويع الحالات الاجتماعية لعينتنا، فإخذنا من كل الأعمار و من كل الطبقات الاجتماعية و المهنية و المدنية، كما حاولنا معادلة نسبة الرجال و النساء، بحيث أخذنا بعين الاعتبار المتغيرات التالية (الجنس ، العمر، المستوى الدراسي، الحالة المدنية، الحالة المهنية).

أجرينا بحثنا هذا في مدينة مستغانم (الموجودة في جنوب غرب الجزائر ، بقرب مدينة وهران على 80كم)، فمن ثم كل اشخاص عينتنا مقيمين بتلك المدينة.

أجريت دراستنا الكمية على كل العينة (اي 150 شخص)، اما دراستنا الكيفية فلقد خصت 6 أشخاص من بين العينة الإجمالية.

لجمع مضمون التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات، اتكنا على تقنيات إستجوابية¹ و التي تستند في المقام الأول على المقابلة و الإستبيان :

- المقابلة : إستخدام المقابلة المعمقة يبدو الأسلوب الوحيد الذي لا غنى عنه في دراسة التمثلات الاجتماعية. من الضروري جلب خطاب الحالات للتعبير عن مضمون تمثلاتهم الاجتماعية، فالمقابلة تقنية تأتي عن طريق إنتاج تلك الخطاب. استعملنا المقابلة نصف الموجهة، حيث أنها تمثل أداة تحليلية لا تحد من نطاق الأجوبة الممكنة، و تمكننا من الحصول على معلومات شاملة و منطقية.

- الإستبيان: يقيس الإستبيان كميًا التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات. لقد تضمن أسئلة مغلقة، حيث يمكن للحالة الإختيار بين إجابتين "نعم" أم " لا"، فهذه البنود تسهل الحصول على إجابة واضحة و دقيقة.

¹ Abric, Jean-Claude, (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, p. 61.

- الملاحظة : لقد اخترنا تقنية الملاحظة غير المباشرة. تتمثل هذه الأخيرة في جمع المعلومات حول موضوع الدراسة بطريقة غير مباشرة, و ذلك من خلال خطاب الحالات. لجأنا إلى هذه التقنية لأننا أجرينا دراستنا خارج الإطار الاستشفائي ومنه لم يكن في استطاعتنا ملاحظة سلوكيات المعالجين في المستشفى بطريقة مباشرة. و بالإضافة إلى ذلك, تتكون عينتنا من أشخاص لديهم تجربة استشفائية و آخرون لم تكن لديهم تجربة استشفائية, و منه فالملاحظة المباشرة لم تكن ممكنة.

لمعالجة المعطيات المتحصل عليها عن طريق المقابلة المعمقة، لجئنا إلى تحليل محتوى التمثلات الاجتماعية¹. هذا الأسلوب يتيح لنا قراءة الواقع الخطابي للتمثلات الاجتماعية. أما المعطيات المتحصل عليها عن طريق الاستبيان، فقد عالجانها بشكل بسيط عن طريق حساب النسب المئوية و ربط المتغيرات.

¹ Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

النتائج :

إن التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات هي عملية بناء اجتماعي من طرف الحالات. فهذه الأخيرة تتميز بالنشاط و الحركة¹ و تتمثل العالم التي تعيش فيه، و ذلك من خلال تجربتها الشخصية، معاشها الاجتماعي، و أيضا من خلال ثقافتها و نظامها المرجعي.

من خلال تحليلنا لمضمون خطاب الحالات، لاحظنا بأن موضوعين يظهرين بكثرة في تمثلاتهم الاجتماعية لعدوى المستشفيات و يمثلان النواة المركزية للتمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات. هاذين الموضوعين يتمثلين في نقص النظافة في المستشفى و اتهام العاملين بمجال الصحة .

زيادة على ذلك، على السؤال رقم 19 (هل لهذه العدوى علاقة بفقدان النقاء و النظافة في المستشفى؟) 80% من الحالات أجابت بنعم، و على السؤال رقم 20 (هل تظن أن العون الطبي مسؤول على هذه العدوى؟) 72% من الحالات أجابت بنعم، أي أغلبية ذات دلالة و معنى.

و منه فنحن نوافق نظرية² Abric التي تثبت على أن التمثلات الاجتماعية تتكون من مجموعة من العناصر المنظمة التي تربطها علاقة وصيلية وثيقة.

فهاذين الموضوعين أو العنصرين التمثيليين يظهران بكثرة في التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات (نقص النظافة في المستشفى و اتهام العاملين بمجال الصحة) و يسببان فقدان الثقة في المستشفى عامة و العاملين بمجال الصحة خاصة.

¹ Freidson, Eliot, (1984). *La profession médicale*. Paris, Payot.

² Abric, Jean-Claude, (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.

نحن نناقش مفهوم الثقة الاجتماعية باستخدام مساهمة¹ Georg Simmel. هذا الأخير يعطي تعريفا مزدوجا لمفهوم الثقة، حيث يقول أنها افتراض على سلوك مستقبلي، عليه أن يكون امن بما فيه الكفاية لكي نستطيع أن نؤسس عليه العمل التطبيقي.

فالثقة تعتبر علاقة نشيطة و قوة اجتماعية كبيرة و مهمة، من شأنها أن تقلل من الشك و عدم اليقين.

وعلى ذلك فان العنصرين التمثيليين اللذين اللذان يظهران بكثرة في التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات عند الحالات و المتمثلان في نقص النظافة في المستشفى و اتهام العاملين بمجال الصحة يؤديان بالحالات إلى العزوف عن فكرة العلاج في المستشفى، أو إذا لزم الأمر حراسة مشددة اتجاه العاملين بمجال الصحة. فان القرار بجعل ثقة في العاملين بمجال الصحة أو انعدامها، يتعلق بتفسير نواياهم، أو على نحو أدق، تمثلاتهم الاجتماعية للعاملين بمجال الصحة خاصة و بالمستشفى عامة.

علاوة على ذلك، ظهرت عناصر أخرى في التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات عند الحالات. هذه العناصر موجودة في خطابات الحالات حول موضوع عدوى المستشفيات و لكنها تختلف من حالة إلى أخرى، أي أنها ليست متواجدة نفسها في كل خطابات الحالات.

هذه العناصر هي كالتالي :

- الافتقار في المعرفة و المعلومات :

بعض الحالات تفسر ظاهرة عدوى المستشفيات بنقص المعرفة و المعلومات من طرف العاملين في مجال الصحة. البعض الآخر يظنون أنهم ملمين بمعارف و معلومات أكثر من ما هي متواجدة عند العاملين بمجال الصحة.

- نقص الوقت :

قد ذكر العامل الزمني لتفسير إهمال العاملين بمجال الصحة للنظافة الاستشفائية، و ذلك نظرا للعمل الزائد و المفرط لديهم.

¹ Simmel, Georg, (1996). *Secret et sociétés secrètes*, Paris, Circé.

- نقص اللوازم :

بعض الحالات تكشف عن افتقار المستشفى من الأدوات و اللوازم الأساسية لبقاء النقاء و النظافة.

- العدوى من طرف العاملين بمجال الصحة :

بعض الحالات تقول أنها تخاف من العاملين بمجال الصحة، لأنهم قد يكونون سببا في انتقال عدوى المستشفيات. هذا التفكير يشهد عن اختفاء النموذج الكلاسيكي الذي يتمثل في كون العاملين بمجال الصحة يمثلون الأمن و الاستقرار.

- العامل السياسي :

بحيث عندما سألنا الحالات عن سبب عدوى المستشفيات، فالبعض منها ذكرت النظام الاجتماعي السياسي كسبب لعدم احترام قوانين المستشفى في مجال النظافة و النقاء.

- عامل الحالات :

قد ذكر هذا العنصر عند بعض الحالات كسبب في ظاهرة عدوى المستشفيات، و لكن هذا السبب بدوره راجع إلى سبب آخر رئيسي متمثل في نقص الأدوات و اللوازم في المستشفى و التي بكونها تساهم في الحفاظ على النظافة و النقاء.

من بين المعطيات التي تم جمعها، لاحظنا أن التمثلات الاجتماعية بنيت من مصادر غير متجانسة : حيث يمكن للشائعات و الخبرة و المعرفة المساهمة في بناء التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات عند الحالات. هذه الأخيرة لم تكن كلها لديها تجربة في المستشفى، و لكن كلها لديها تمثلات اجتماعية لعدوى المستشفيات. لتفسير ذلك، يرى¹ Festinger أن للحالات مصدرين للمعلومات : تجربتهم الشخصية و تواصلهم مع الآخرين الذي يعتبرها تجربة غير مباشرة. و مع ذلك، فإن أثر التجربة الشخصية المباشرة أكبر لأنها تمارس ضغط معرفي قوي. و لكن في الكثير من الأحيان، يمكن استخدام المصدرين الاثنين للمعلومة :

¹ Festinger, Léon, (1957). *L'échec d'une prophétie*, Paris, PUF.

الخبرة المباشرة و غير المباشرة. هذا النهج المزدوج يعزز و يقوي التمثيل. فالتمثلات الاجتماعية تكتسب و تبنى إما من خلال التجربة المباشرة مع موضوع التمثل، إما من خلال التواصل مع الآخرين، و إما من خلال التفاعل ما بين هاذين العنصرين : الخبرة المباشرة و التواصل مع الآخرين.

لاحظنا بأن الحالات تستعمل في تفكيرها منطقيين: منطق الحالات أي الأشخاص التي لا علاقة لها بالجانب الطبي، و المنطق العلمي الطبي. هذان المنطقتان يكمنان في التفكير العلمي و تطابق ذلك مع الواقع الاجتماعي. أي تحديد مختلف حالات العدوى الممكنة و تعزيز ذلك مع الوضعيات الواقعية التي قد تعيشها الحالات في المستشفى. فهناك علاقة ما بين هاذين المنطقيين. حسب¹ Herzlich الحدود المتواجدة بين خطابات الخبراء و تمثيلات الحالات، بين العلم و المعنى الاجتماعي متحركة و غير ثابتة. يمكننا الكشف عن مفاهيم علمية في خطابات الحالات.

لاحظنا أيضا شعور الحالات بالخوف اتجاه المستشفى. يعكس هذا القلق المتزايد خوف لصدد خطر. خطر نابع من المستشفى. فهذا القلق مظهر من مظاهر التعرض لفترة طويلة للخوف، فإن الإحساس بانعدام الأمن في المستشفى عنصر واضح تجسد من خلال خطاب الحالات.

كما لاحظنا أنه لا يوجد هناك حديث عن النظافة في المستشفيات بين الحالات و العاملين بمجال الصحة، فالحالات لا تجرؤ مناقشة هذا الموضوع الحساس مع العاملين بمجال الصحة، بل يفضلون الصمت و التصرف بسلوكات تسهل إقامتهم بالمستشفى بدلا من أن يواجهون ردود أفعال العاملين بمجال الصحة.

حيث أن معالجة هذا الموضوع من شأنه أن ينتهك القواعد الأخلاقية للمجتمع بصفة عامة، و المستشفى على وجه الخصوص. فمعايير النظافة جزءا لا يتجزأ من المعايير و القواعد اللازمة للحفاظ على النظام الاجتماعي .

¹ Herzlich, Claudine, (2001). *Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept*, extrait de 'Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici, sous la direction de Buschini, Fabrice et Kalampalikis, Nikos, Paris, Edition de la maison des sciences de l'homme.

إن الحالات تتهم العاملين بمجال النظافة بعدم تقديم الرعاية اللازمة للمستشفى في مجال النظافة. قد يتم تفسير هذا السلوك على انه قد يكون سببا في الحاجة إلى إزالة الشعور بالذنب المرتبط بانعدام النظافة و كما يقول ¹Goffman محاولة الحفاظ على الوجه الاجتماعي.

كما أن الحالات تقوم بطقوس النظافة داخل المستشفى، هذا يعكس حاجتهم إلى حماية أنفسهم وحماية محيطهم الاجتماعي. إن التقصير في أداء هذه الممارسات الطقوسية المتمثلة في النظافة يخلق شعورا بالإنزعاج حيث يحس الفرد بأنه يفتقر لشيء ما يسبب له إضطراب غير عادي. يتمثل هذا الإضطراب في اختلال النظام الاجتماعي ، مما يشكل للفرد خطرا.

ومنه يبدو أن الحراسة ضد الأوساخ لها سبب اجتماعي و نفسي في المقام الأول، أما الأسباب الطبية المتمثلة في الحفاظ على الصحة تأتي في المرتبة الثانية، و توصل ²Douglas على نفس النتائج.

إن ظاهرة عدوى المستشفيات تضع الحالة في وضعية الضحية. هذه الأخيرة، على حسب ³Erner تعطي للحالة قوة اجتماعية و مكانة اجتماعية عالية، قد تستعملها كسلاح للدفاع الاجتماعي، و ذلك نظرا لاحترامها لقيمة اجتماعية هامة، ألا و هي النظافة.

تشارك الأسرة بنشاط في السيرورة العلاجية و الاستشفائية للمعالج، فهي ترافقه طوال وجوده في المستشفى و تلعب بذلك دورا رئيسيا في نظام الرعاية و الوقاية الاستشفائية. فهي بذلك منتجة للصحة.

علاوة على ذلك، تمثل كلا من صورة الجسم و الوعي الذاتي عناصر أساسية في علاقة المعالج مع المحيط الاستشفائي. حيث يرفض المعالج الاتصال مع أي موضوع كان في المستشفى و يميل إلى الانفصال عن كل ما هو متعلق بتجربة استشفائية.

¹ Goffman, Erving, (1974). *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.

² Douglas, Mary, (2001). *De la souillure*, Paris, La découverte.

³ Erner, Guillaume, (2006). *La société des victimes*, Paris, La Découverte.

إن موضوع التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات موضوع واسع جداً، يشمل مجالات عديدة بما في ذلك علم الاجتماع، علم النفس الاجتماعي و الانثربولوجيا. النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة تعبر عن المعنى الاجتماعي لعدوى المستشفيات عند الحالات. إن دراسة التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات توفر إطاراً لتحليل الفكر الاجتماعي حول هذه الظاهرة.

خلاصة:

أبرزت دراستنا هذه، العلاقة بين المرضى، الأطباء و المستشفى. لكن مكنتنا قبل كل شيء من فهم الديناميكية التفكيرية و التمثيلية للحالات.

العنصر الرئيسي من دراستنا هذه، يتمثل في الاستنتاج التالي: الأسباب الطبية للحفاظ على الصحة تأتي من بعد الأسباب النفسية و الاجتماعية. العامل الاجتماعي و النفسي يلعب دورا هاما في مجال الصحة. التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات تعكس ذلك.

بالإضافة إلى ذلك، لم نلاحظ اختلاف بين التمثلات الاجتماعية للأشخاص الذين لديهم تجربة استشفائية و الذين تنعدم عنهم. كان هناك اختلاف في بعض العناصر التمثيلية السببية و لكن بشكل طفيف. يفسر ذلك بتعدد مصادر تكوين التمثلات الاجتماعية. الاتصالات و التبادلات بين الحالات قد تكون سببا في الطابع المشترك للتمثلات.

قد تأكدت فرضيتنا الرئيسية، لكنها تفتقر من التفاصيل. ففي الواقع، للنظافة هنا معنى اجتماعي و نفسي و ليس طبي. حيث أن سلوكيات النظافة لا تعكس في المقام الأول الاهتمام بالصحة، بل تعكس الاهتمام بالصورة الاجتماعية.

كما تحققت فرضيتنا الثانوية ، حيث لاحظنا بأن الحالات لا تكون مريحة في المستشفى و تكون قلقة و متأجلة للخروج.

الملاحق :

دليل المقابلة :

الجانب التعريفي لعدوى المستشفيات:

- 1- ما هي عدوى المستشفيات؟
- 2- ماهي أسباب عدوى المستشفيات؟
- 3- كيف يمكننا الإصابة بعدوى المستشفيات؟
- 4- كيف يمكننا الوقاية من عدوى المستشفيات؟

العلاقة بالنظافة :

- 1- ماهي نظافة المستشفيات؟
- 2- هل النظافة محترمة في المستشفيات؟ لماذا؟
- 3- هل هناك علاقة ما بين النظافة و عدوى المستشفيات؟ إذا نعم لماذا؟
- 4- ما هي السلوكيات التي قد يتصرف بها العاملين بمجال الصحة للحفاظ على النظافة؟
- 5- ماهي السلوكات التي قد يتصرف بها الحالات للحفاظ على النظافة؟
- 6- من هو المسؤول على النظافة في المستشفى؟

- 7- من يتكفل حقيقة بالنظافة في المستشفى؟ كيف و لماذا؟
- 8- هل تتكلمون على النظافة و الوقاية مع العاملين بمجال الصحة؟

العلاقة بالثقة:

- 1- هل لديكم ثقة في المستشفى؟ لماذا؟
- 2- كيف هي علاقتكم مع العاملين بمجال الصحة؟
- 3- هل تتبعون نصائح العاملين بمجال الصحة؟ لماذا؟
- 4- هل تخافون من المستشفى؟ لماذا؟

الاستمارة

معطيات أولية :

السن :

المستوى الدراسي :

الحالة المدنية :

الحالة المهنية :

نطلب منكم أن تجيبوا على بعض الأسئلة فيما يخص علاقتكم بالمستشفى.

لا توجد هناك إجابة صحيحة أو خاطئة شطب على الخانة التي تناسب الأحسن
على تجربتك وعلى رأيك.

الأسئلة :

1. هل سبقت وكانت لديك تجربة كمريض في المستشفى نعم لا

2. هل كنت تتخيل المستشفى بشكل مختلف مما وجدت عند نعم لا

دخولك له؟

3. هل النقاء والنظافة موجودة في المستشفى ؟ نعم لا

4. هل للنقاء والنظافة علاقة بغسل الأيدي ؟ نعم لا

5. هل للنقاء والنظافة علاقة بتعقيم الأدوات المستعملة؟
 نعم لا
6. هل للنقاء والنظافة علاقة بنظافة الأماكن؟
 نعم لا
7. هل للنقاء والنظافة علاقة بأمراض الحالات؟
 نعم لا
8. هل للنقاء والنظافة دلالة دينية؟
 نعم لا
9. هل للنقاء والنظافة دلالة خلقية؟
 نعم لا
10. هل للنقاء والنظافة دلالة طبية؟
 نعم لا
11. هل توجد علاقة بين النقاء والنظافة وجودة العناية الطبية؟
 نعم لا
12. هل أحسست بالضيق فيما يخص النقاء والنظافة والذي أعطاك الرغبة في الخروج من المستشفى؟
 نعم لا
13. هل هناك خطر لأن تصبح مريض في المستشفى؟
 نعم لا
14. هل تخاف من المستشفى؟
 نعم لا
15. هل تعرف ما هي العدوى الاستشفائية؟
 نعم لا
16. هل كنت ضحية العدوى الاستشفائية؟
 نعم لا
17. هل هناك عضو من عائلتك أعدي بهذا النوع من العدوى؟
 نعم لا
18. هل تضمن أنك تستطيع الوقاية من العدوى الاستشفائية؟
 نعم لا
19. هل لهذه العدوى علاقة بانعدام النقاء والنظافة في المستشفى؟
 نعم لا
20. هل تضمن أن العون الطبي مسؤول على هذه العدوى؟
 نعم لا
21. هل تضمن أن الحالات مسؤولة على هذه العدوى؟
 نعم لا

22. هل تتكلم عن النقاء والنظافة والتقنيات الوقائية

مع العون الطبي؟ نعم لا

23. هل لاحظت نوع من انعدام النقاء والنظافة عند العون

الطبي؟ نعم لا

24. هل لديك ثقة في العون الطبي فيما يخص جودة النقاء

والنظافة؟ نعم لا

25. إذا أصبت بمرض، وكان مستحسن لك الدخول للمستشفى، هل تقبل البقاء فيه حتى

يتحسن وضعك؟ نعم لا

26. منذ إقامتك في المستشفى، هل تظن أن هذا الأخير قد انتفع بتحسين فيما يخص جودة النقاء

والنظافة؟ نعم لا

A mes parents Omar et Zahia

REMERCIEMENTS

Je remercie :

- Dr. Larbi DJERADI, directeur de ce mémoire de Magister, pour la confiance qu'il m'a accordé, le respect de mon autonomie, sa rigueur de travail, sa patience face à mes tâtonnements ainsi que les idées qu'il a bien voulu me transmettre.
- Pr. Mohamed MEBTOUL, directeur du laboratoire de recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS) dans lequel j'ai effectué ma formation de Magister. Il m'a transmis son dynamisme, son professionnalisme et son amour pour la sociologie de la santé.
- Dr. Mohamed MERZOUG pour ses précieux enseignements et sa grande culture. Il a également participé à ma formation dans le cadre de ce Magister.
- Dr. Abdessadek EL AHMADI et Pr. Thémis APOSTOLIDIS pour m'avoir invité dans leur laboratoire de recherche en psychologie sociale de la santé à l'université d'Aix-en-Provence. Cela a été pour moi d'un grand apport scientifique.
- Les membres du jury pour avoir accepté d'évaluer mon travail de mémoire.
- Mes parents pour la confiance qu'ils m'ont octroyée et les aides qu'ils m'ont apportées tout au long de cette recherche. Je leur dois beaucoup. Ils ont contribué, depuis bien des années, à la fois directement et indirectement, à ce que je suis devenue aujourd'hui. Qu'ils trouvent ici toute ma gratitude.
- Mon fiancé pour ses précieux encouragements, sa gentillesse et sa grande générosité. Il a toujours su m'apporter le soutien qu'il fallait. Je lui suis très reconnaissante.
- Mes sœurs, mes neveux et nièces et l'ensemble de ma famille et amis qui n'ont cessé de m'apporter leur soutien tout au long de cette étude.
- Toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser mon enquête de terrain et qui ont contribué à orienter mes réflexions.

SOMMAIRE

| | Page |
|--|-------------|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| INTRODUCTION | 7 |
| I. Présentation générale | 8 |
| II. Problématique | 11 |
| III. Hypothèses | 25 |
| IV. Objectif | 26 |
| PREMIERE PARTIE : Méthodologie | 27 |
| I. Entretien | 28 |
| II. Questionnaire | 31 |
| III. Observation..... | 32 |
| IV. Contexte d'étude | 33 |
| V. Population d'étude | 34 |
| VI. Biais et limites de la recherche | 40 |
| DEUXIEME PARTIE : Analyse des résultats | 42 |
| I. Savoir de sens commun et savoir expert... .. | 43 |
| II. Sources de construction de la représentation sociale des infections nosocomiales | 48 |
| III. Thématiques de la représentation sociale des infections nosocomiales | 52 |
| IV. Insécurité hospitalière et isolement social..... | 58 |
| V. Tabou et hygiène hospitalière | 59 |
| VI. Confiance et défiance | 62 |
| VII. Comportements préventifs et rituels d'hygiène | 67 |
| VIII. Accusation et déculpabilisation | 72 |
| IX. Dissonance cognitive | 74 |
| X. Image corporelle et hygiène hospitalière | 76 |
| PERSPECTIVES | 81 |

| | |
|---------------------|-----|
| CONCLUSION | 84 |
| BIBLIOGRAPHIE | 89 |
| ANNEXES | 94 |
| RÉSUMÉ | 102 |

INTRODUCTION

I. Présentation Générale.

Le choix du thème des « Représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés » se justifie par notre volonté de comprendre d'une part, la perception et le sens que donnent les soignés à ce phénomène d'actualité, et d'autre part, l'impact de ce dernier sur les rapports qu'entretiennent les soignés avec le personnel soignant et avec l'institution hospitalière en général.

Nous nous sommes intéressés au phénomène des infections nosocomiales car ce dernier a bénéficié d'une grande médiatisation en Algérie. Les médias en parlent et font état de la situation ; Selon *El Watan*¹, le service d'hémodialyse de Constantine déclare que 65% de ses dialysés contractent une infection nosocomiale. D'après ce même journal², 1 patient hospitalisé sur 5 à Sétif, serait victime de l'infection en question. Le *Quotidien d'Oran*³ révèle que plusieurs types d'hépatite, notamment l'hépatite C (mortelle) peuvent être attrapés en milieu hospitalier, et particulièrement dans les grands hôpitaux, avec un taux estimé à 8% à l'hôpital Mustapha Pacha d'Alger.

Ces statistiques montrent clairement l'ampleur du phénomène. Les infections nosocomiales sont devenues un réel problème de santé publique en Algérie.

L'origine de la médiatisation de ce phénomène a été, entre autres, l'entrée des victimes d'infection nosocomiale dans des affaires judiciaires. Plusieurs plaintes ont été déposées contre les établissements de soins à la suite d'une contamination nosocomiale.

Le docteur Mustapha Bouziani définit les infections nosocomiales comme étant :

« Des maladies liées aux actes de soins, d'hospitalisation ou d'exploration, pratiquées dans de mauvaises conditions d'hygiène et d'asepsie. Les infections nosocomiales peuvent concerner soit le malade à la suite de soins ou d'investigations réalisées au

¹ *El Watan*, Edition nationale d'information, le 28 Février 2008.

² Ibidem, le 08 Octobre 2008.

³ Ibid.

cours d'une hospitalisation ou en ambulatoire¹, soit le personnel soignant pendant ses activités »².

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'infection nosocomiale ou (hospitalière) comme étant :

« Une maladie d'origine microbienne qui atteint soit un patient hospitalisé ou en traitement ambulatoire soit un membre du personnel hospitalier. Le critère temporel est un élément capital pour établir un lien causal plausible entre une infection et l'hospitalisation. Pour qu'une infection soit déclarée nosocomiale, il faut impérativement qu'elle soit absente au moment de l'admission à l'hôpital et ceci en tenant compte de la durée d'incubation³. Dans la majorité des cas, le délai d'au moins 48 heures après l'admission est retenu pour séparer l'infection communautaire⁴ et en incubation lors de l'admission, et l'infection proprement nosocomiale. Quand la période d'incubation d'une pathologie est connue, il faut retenir un délai au moins supérieur à cette période : pour les infections de la plaie opératoire, les experts acceptent comme nosocomiales, les infections survenues dans les 30 jours après l'intervention. S'il y-a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, les infections survenues dans l'année qui suit l'intervention sont elles aussi considérées comme nosocomiales. Il faudrait finalement compter plusieurs années après une transplantation tissulaire ou une injection d'hormone de croissance d'origine humaine »⁵.

¹ Traitement qui se pratique sans hospitalisation et permet au malade de poursuivre ses occupations habituelles. Cette définition est extraite de l'encyclopédie en ligne : www.dictionnairemedical.com le 03 Mars 2009.

² Bouziani, Mustapha, (2002). *Les pathologies infectieuses. Aspects épidémiologiques et prophylactiques*, Oran, Edition Dar El Gharb, p. 231.

³ Période entre la contamination et l'apparition des premiers symptômes d'une maladie. Cette définition est extraite de l'encyclopédie en ligne : www.dictionnairemedical.com le 03 Mars 2009.

⁴ Infection survenant dans la société, dans des espaces confinés comme les immeubles, les pièces équipées d'humidificateur, les conditionnements d'air industriels. Cette définition est extraite du dictionnaire en ligne : www.dictionnairemedical.com le 03 Janvier 2009.

⁵ OMS (Organisation Mondiale de la Santé) www.who.int/fr/ le 21 Octobre 2009.

Les infections urinaires, les pneumonies nosocomiales, les infections du site opératoire, les infections par cathéter¹ et les infections cutanées sont des exemples d'infections nosocomiales. Ces dernières sont contractées dans différents services hospitaliers.

L'enquête de D. Bensaad et Coll.², réalisée au CHU de Annaba a montré une prévalence de 47,35% d'infections nosocomiales en réanimation, 22,35% dans les unités de chirurgie et 20,30% dans les services de médecine.

Lors d'une journée d'étude sur les infections nosocomiales et l'hygiène hospitalière rapportée par le *Quotidien d'Oran*³, le chef du service épidémiologique au CHU de Béni Messous, avait indiqué que la gestion des déchets issus des activités de soins à risque d'infection, dans les établissements médicaux publics ou privés, demeure anarchique, et que le tri des déchets à la source, l'utilisation d'emballage adéquats et le mode de collecte, ne sont pas toujours respectés.

Lors de cette même journée d'étude, plusieurs praticiens, notamment des chirurgiens, estiment que les maladies nosocomiales restent un danger patent dans les structures sanitaires algériennes.

Ce phénomène est reconnu comme étant un problème majeur de santé publique, de par sa fréquence, son coût et sa gravité. *El Watan*⁴ déclare qu'à l'hôpital de Annaba par exemple, 900 millions de centimes ont été versés en 2007 pour dédommagement suite à des plaintes déposées par des malades victimes de ce phénomène.

D'après Bouziani⁵, des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont été créés en Algérie suivant l'arrêté n°64 du 7 Novembre 1998. Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (PNLIN) repose sur l'application de méthodes de lutte par le comité national et les comités régionaux et sur un programme de surveillance et de prévention. De plus, et pour une meilleure efficacité, des comités nationaux d'hygiène hospitalière ont été établis par l'arrêté ministériel de Mars 1998.

¹ Le cathéter est un tube souple, de longueur variable et mince pouvant être introduit dans un conduit, un vaisseau (artère, veine) ou un organe creux (canal), permettant leur exploration, l'injection d'un liquide ou la vidange d'une cavité. Cette définition est extraite du dictionnaire en ligne : www.dictionnairemedical.com le : 03 Janvier 2009.

² Bensaad D. & Coll., (Sept-Oct. 2000). Enquête de prévalence sur les infections nosocomiales au CHU Annaba en 1998, *J.A.M.*, n°5 vol. X.

³ *Le Quotidien d'Oran*, Edition Nationale d'Information, le 27 Janvier 2009.

⁴ *El Watan*, Edition nationale d'information, le 21 Mai 2008.

⁵ Bouziani, Mustapha, (2002). *Les pathologies infectieuses. Aspects épidémiologiques et prophylactiques*, Oran, Edition Dar El Gharb, p. 232.

De ce fait, des mesures préventives ont été instaurées, à la fois pour le personnel soignant (telles que l'Hygiène des mains avant et après tout contact avec le patient, les mesures barrières comme la blouse, les gants et le masque, le contrôle de l'utilisation des antibiotiques, l'hygiène rigoureuse des locaux et du matériel : literie, mobilier, téléphone, commande de télévision, poignée de porte, claviers d'ordinateur, brassards de tensiomètres, stéthoscopes, ...etc.), et pour les soignés (telles que le respect des règles d'hygiène des mains : Se laver les mains plusieurs fois par jour, après chaque contact avec un objet potentiellement contaminé, avant et après les repas et après être allé aux toilettes...etc.).

Cependant, lors d'une journée d'étude¹, des spécialistes de la santé publique ont annoncé que 60% des agents paramédicaux du CHU d'Oran ne se soumettent pas aux règles d'asepsie et d'hygiène hospitalière. De plus, *El Watan*² révèle que selon une étude menée par le CHU de Sétif, 12,82% des infirmières ne connaissent pas les modes de transmission des infections nosocomiales et 30,76% ne mettent pas de gants. Quand au simple savonnage des mains, il n'est pratiqué que dans 47% des cas au niveau de l'office des soins. Par conséquent, et selon la même source³, 60% des infections nosocomiales sont manuportées. La problématique de la sécurité des patients à l'hôpital est une préoccupation réelle en Algérie.

II. Problématique.

La presse et les médias ont fait des infections nosocomiales un phénomène d'actualité. Mais ils n'en évoquent que l'aspect épidémiologique (modes de transmission, taux de contamination, préventions ...etc.). Ce dernier, prend peu ou prou en considération la dynamique sociale, psychologique et représentative des personnes soignées.

Le sens que donnent les soignés au phénomène des infections nosocomiales n'a jamais été étudié ni même évoqué. Le « signifiant social »⁴, pour reprendre Herzlich⁵, reste toujours problématique.

¹ Journée d'étude organisée à l'institut technologique de la santé publique (ITSP) d'Oran, le 16 Avril 2006.

² *El Watan*, Edition nationale d'information, le 15 Mars 2009.

³ Ibidem, le 18 Novembre 2006.

⁴ Le sens que donnent les personnes à la maladie et à la santé.

⁵ Herzlich, Claudine, (2001). *Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept*, extrait de : *penser la vie, le social, la nature*. Mélange en l'honneur de Serge Moscovici, sous la direction de Buschini, Fabrice et Kalampalikis, Nikos, Paris, Editions de la maison des sciences de l'homme, p.85.

La santé est vécue mais aussi représentée socialement par l'individu qui adopte des attitudes déterminées et conditionnées par sa socialisation. Les sujets portent eux aussi un regard sur la santé et sur l'hôpital. Selon Mebtoul¹, ce regard obéit aussi bien à une logique d'individualité qu'à une logique de collectivité. Cette dimension collective de la santé se traduit par des pensées, des jugements et des comportements communs. Ce partage social des idées et des opinions est appelé : représentations sociales.

Les représentations sociales sont des constructions qui servent de raccourcis et de simplifications à l'interprétation de la réalité sociale. Elles englobent un corpus de connaissances, d'idéologies, de croyances, de valeurs et de normes socioculturelles. Ces représentations sont utilisées comme des outils destinés à comprendre les situations sociales. Elles sont l'un des principes centraux de notre rapport au monde. Elles sont définies comme étant les médiatrices entre le sujet et le monde.

Dans ce qui suit, et pour une meilleure compréhension de cette approche d'étude, nous proposons quelques repères chronologiques situant l'historique des travaux relatifs aux représentations.

- **1898 - Emile Durkheim :**

Dans un célèbre article intitulé *représentations individuelles et représentations collectives*, Durkheim s'efforce de fonder la réalité et de préciser la nature des représentations collectives avant de les légitimer comme objet d'intérêt scientifique.

« Puisque l'observation révèle l'existence d'un ordre de phénomènes appelés représentations, qui se distinguent par des caractères particuliers des autres phénomènes de la nature, il est contraire à toute méthode de les traiter comme s'ils n'étaient pas »².

¹ Mebtoul, Mohamed, (1994). *Une anthropologie de la proximité*. Les professionnels de la santé en Algérie, Paris, l'Harmattan.

² Durkheim, Emile, (Mai 1898). Représentations individuelles et représentations collectives, *revue de métaphysique et de morale*, Tome IV, p. 275. Cité par Moscovici, Serge, (1989). *Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire*, sous la direction de Jodelet, Denise, Paris, PUF, 62-86.

Cet auteur s'est intéressé à la manière dont les religions et les croyances qui lui sont associées organisaient la vie tribale australienne au début du vingtième siècle. Selon lui, les croyances totémiques ne peuvent être expliquées par des facteurs purement psychologiques et individuels, mais découleraient d'une forme de pensée collectivement partagée dans la société, renvoyant à la manière dont la société se représente elle-même ainsi que le monde qui l'entoure.

Durkheim pense que les représentations collectives apparaissent comme des sortes d'idéations sociales radicalement différentes de la représentation individuelle. Elles renvoient à ce qui a été élaboré collectivement. Elles sont caractéristiques des sociétés traditionnelles déjà instituées.

« Si l'on peut dire, à certains égards, que les représentations collectives sont extérieures aux consciences individuelles, c'est qu'elles ne dérivent pas des individus pris isolément, mais de leur concours ; ce qui est bien différent. (...) La résultante qui s'en dégage déborde donc chaque esprit individuel, comme le tout déborde la partie »¹.

Selon Durkheim, les représentations collectives sont extérieures au sujet. Elles dérivent des échanges ou interactions entre les personnes, entre un individu et un groupe, ou bien entre différents groupes.

- **1901 – Sigmund Freud.**

Abordant le problème de la mentalité collective, Freud montre l'importance des représentations à l'œuvre dans les phénomènes religieux.

¹ Durkheim, Emile, (Mai 1898). Représentations individuelles et représentations collectives, *Revue de métaphysique et de morale*, Tome IV, (texte édité dans *Sociologie et philosophie*, (1967), Paris, PUF), p. 34-36.

« Je pense en effet que, pour une bonne part, la conception mythologique du monde qui anime jusqu'aux religions les plus modernes n'est autre chose que psychologie projetée sur le monde extérieur »¹.

L'expression « psychologie projetée sur le monde extérieur » employée par Freud, renvoie aux représentations sociales que nous construisons des objets sociaux qui nous entourent.

Par ailleurs, et bien qu'il s'agisse dans ce cas plus précisément des représentations psychiques, Freud² a mis en évidence leur force au niveau des facteurs déterminants dans la genèse des psychonévroses, et notamment les névroses obsessionnelles, dans son ouvrage intitulé *L'homme aux rats. Un cas de névrose obsessionnelle*.

De plus, dans son étude sur les théories sexuelles, Freud³ expose le cas de l'élaboration par les enfants de représentations relatives à la sexualité et à la naissance des bébés. La curiosité sexuelle amène l'enfant à élaborer des réflexions symboliques à partir de matériaux psychiques divers, avec lesquelles il se représenta les différents phénomènes sexuelles qui suscitent son intérêt.

- **1927 – Lévy-Bruhl.**

L'anthropologie a également apporté sa pierre à l'édifice de la connaissance des représentations, notamment par l'intermédiaire de l'étude des mythes, superstitions et croyances incluses. Ainsi, Lévy-Bruhl⁴, dans son analyse *L'âme primitive*, souligne l'omniprésence d'un mécanisme psychologique et logique toujours le même à la racine des représentations collectives.

Cet auteur indique également le totalitarisme qu'exerce le système de représentations prévalant dans une société sur chaque individu.

¹ Freud, Sigmund, (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne. Application de la psychanalyse à l'interprétation des actes de la vie quotidienne*, Paris, Payot.

² Freud, Sigmund, (1909). *L'homme aux rats. Un cas de névrose obsessionnelle*, Paris, Payot.

³ Freud, Sigmund, (1923). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.

⁴ Lévy-Bruhl, Lucien (1927). *L'âme primitive*, Paris, Les presses universitaires de France.

- **1932 – Jean Piaget.**

Dans ses études épistémologiques, Piaget¹ a été conduit à se poser le problème des représentations du monde et du jugement moral chez l'enfant. Il aborde la question à travers la constitution des processus psychiques intervenant dans le traitement des données du réel (processus de classification, catégorisation, explication).

Cet auteur s'intéresse aux représentations mentales. L'acquisition de la fonction symbolique correspond à la constitution d'une grille d'appréhension du monde chez l'enfant. Piaget s'est également penché sur la modification des représentations que les enfants se faisaient au cours de leur évolution, sur la notion de discipline, de règles et de devoir.

- **A partir de 1960 – Ph. Ariès, M. Vovelle.**

Un nouveau courant de pensées en matière d'histoire aborde, dans les années 1960, les représentations collectives. Ariès² se penche sur les représentations devant la vie, la famille et l'enfant.

Vovelle déclare, au sujet de l'étude des représentations :

« Il s'agissait de comprendre, au-delà des conditionnements et des rapports qui régissent la vie des hommes, l'image qu'ils s'en font, l'activité créatrice qu'ils y appliquent en termes d'imaginaires, d'émotions et d'affects »³.

Ces historiens se sont engagés dans la prospection d'autres représentations, comme celles de la prostitution, de la nature, du plaisir, du bien-être, de la douleur, de la peur, du désir, de la répulsion, du propre et du sale, du corps, de la mode vestimentaire, des apparences, ...etc. En somme, de tout ce qui peut devenir un objet socialement construit.

¹ Piaget, Jean, (1932). *Le jugement moral chez l'enfant*, Paris, PUF.

² Ariès, Philippe, (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon.

³ Vovelle, M., (1993). Histoire et représentations, in *Sciences humaines*, n° 27, p. 27.

- **1961 – Serge Moscovici.**

Dans un ouvrage de référence intitulé *La psychanalyse : son image et son public*, Moscovici¹ fournit au concept de représentation sociale sa définition scientifique et décrit une méthode d'approche de caractère psychosociologique.

Cet auteur s'est intéressé à la manière dont les individus se représentaient la psychanalyse (qui était en plein développement en France au début des années 1960). Pour cela, il a interrogé 2265 sujets appartenant à six groupes sociaux reflétant globalement la stratification des sociétés industrielles. Il a fait plusieurs constats :

- La plupart des gens n'ont qu'une connaissance grossière de la psychanalyse et simplifient à l'extrême ses concepts clés.
- Chaque groupe social (catholique, marxiste, ouvriers, étudiants etc.) a sa propre manière de schématiser la psychanalyse, différente de celle des autres.
- Les interprétations de l'utilité sociale de la psychanalyse dépendent également de l'appartenance sociale et professionnelle des individus.

Ainsi, la représentation sociale de la psychanalyse dépend du système de valeurs des différents groupes. D'autre part, si la plupart des individus n'ont qu'une connaissance limitée de la psychanalyse, ils sont largement en mesure de tenir une conversation sur ce thème.

A partir des résultats de l'enquête, Moscovici a réussi à mettre en évidence, à l'intérieur de divers groupes, des représentations contrastées de la psychanalyse : les ouvriers ont une représentation très pauvre, voir inexistante de la psychanalyse alors que les intellectuels de gauche la présentent comme le symbole du mode de vie américain.

Cet auteur conçoit les représentations sociales comme :

« Des ensembles dynamiques (...), des théories ou des sciences collectives suis generis destinés à l'interprétation et au fondement du réel. Elles renvoient à un corpus de thèmes, de principes, ayant une unité et s'appliquant à des zones, d'existence et

¹ Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse : son image et son public*, Paris, PUF.

d'activité particulières (...). Elles déterminent le champ de communications possibles, des valeurs ou des idées présentes dans les visions partagées par les groupes, et règlent, par la suite, les conduites désirables ou admises »¹.

Moscovici conçoit les représentations sociales comme « des ensembles dynamiques » c'est-à-dire qu'elles sont mouvante et peuvent évoluer. Elles déterminent les communications et les discours établis entre les sujets, et règlent leurs conduites et leurs comportements. C'est alors un système cognitif permettant aux individus et aux groupes de communiquer.

Les représentations sociales et les représentations collectives ne sont pas exactement équivalentes. Le changement d'adjectif (de « collectif » à « social ») par Moscovici correspond à des différences réelles. Le qualificatif de social se justifie par le fait que nous retrouvons dans la représentation sociale, une forme de connaissance spécifique à un groupe social et lequel n'est applicable à aucun autre groupe. Cette connaissance est construite au travers des interactions interindividuelles.

Moscovici insiste sur la double caractéristique (produit et activité) de la notion de représentation sociale. Elle est « produit » car elle désigne une interprétation de la réalité. Elle constitue aussi une « activité » car c'est un processus cognitif de production et de reconstitution du réel. En effet, la représentation sociale se présente comme une construction, comme un remodelage de l'objet c'est-à-dire que la représentation est un processus actif de construction.

Cet auteur montre également que la représentation sociale transforme le savoir de type scientifique en un savoir de sens commun (et réciproquement).

Pour constituer une représentation sociale d'un objet, face à la multitude d'éléments à sa disposition, le sujet privilégiera certains aspects, certaines informations. Il effectuera une sélection et un tri. Ces informations sélectionnées ont une résonance pour le sujet en fonction de son habitus², de son vécu personnel, de son insertion dans

¹ Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse : son image et son public*, Paris, PUF, p. 48.

² Ce concept introduit par Pierre Bourdieu désigne l'ensemble des expériences incorporées et la totalité des acquis sociaux par le biais de la socialisation. Il désigne également une manière d'être, une allure générale, une tenue et une disposition d'esprit.

la société et de sa réalité quotidienne. Selon Moscovici, cette constitution se fait grâce à deux processus : l'objectivation et l'ancrage.

- L'objectivation :

Ce processus tend à limiter les informations du monde extérieur pour n'en retenir que certains éléments importants. Ses éléments sont sélectionnés en fonction des critères normatifs faisant référence aux valeurs sociales et culturelles de la société.

- L'ancrage :

Ce deuxième processus consiste à enraciner la représentation dans l'espace social afin d'en faire un usage quotidien, familier, formulé dans les différentes strates de la société. Il permet l'utilisation concrète et fonctionnelle de l'objet de la représentation sociale.

Ces deux processus (l'objectivation et l'ancrage) décrivent l'état constitutif de la représentation comme résultat d'une interaction entre les éléments cognitifs et les données sociales. Nous assistons ainsi, au double ancrage (individuel et collectif) de la représentation sociale.

- **1982 – Pierre Bourdieu.**

Dans son ouvrage intitulé *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Bourdieu¹ a attiré l'attention sur le lien qui existe entre la réalité et les mots qui la nomment.

Cet auteur envisage l'acte de représentation comme production de schèmes de pensée socialement déterminés. Les représentations des sujets sont le produit de déterminations sociales. Ces dernières sont à l'origine de la constitution de l'habitus vu comme système de dispositions et de perceptions.

Il précise, dans un autre ouvrage intitulé *Raisons pratiques*, que :

¹ Bourdieu, Pierre, (1982). *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard.

« Certains ethnologues vont jusqu'à dire que ce que nous tenons pour une réalité est une fiction, construite notamment à travers le lexique que nous recevons du monde social pour la nommer »¹.

Ainsi, les mots ne s'inscrivent dans notre vocabulaire qu'après enracinement dans la vie sociale.

- **1989 – Denise Jodelet.**

Pour cet auteur, la représentation sociale apparaît comme :

« Une forme de savoir pratique reliant un sujet à un objet »².

L'individu est un sujet social. Il construit son rapport à l'objet à travers son interaction avec la société. Cette propriété sociale dérive de la situation de communication entre les sujets.

Selon cet auteur, il n'existe pas de représentation sans objet. Ce dernier est en rapport avec le sujet. La représentation est le processus par lequel s'établit la relation entre le sujet et l'objet.

« Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal »³.

¹ Bourdieu, Pierre, (1994). *Raisons pratiques*, Paris, Seuil, p. 135.

² Jodelet, Denise, (1989). *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, p. 43.

³ Jodelet, Denise, (1984). *Représentations sociales : phénomène, concept et théorie*, sous la direction de Moscovici, Serge, Paris, PUF, p. 365.

Jodelet pense que les représentations sociales sont une forme de « pensée sociale », c'est-à-dire des idées partagées par un ensemble de personnes sur différents thèmes. Elles représentent un savoir, une connaissance à propos d'un objet de la réalité sociale. Ces représentations sociales ont pour fonction l'interprétation de la réalité, la communication sociale, la justification ainsi que l'orientation des conduites et des rapports sociaux.

- **1994 – Jean-Claude Abric.**

Abric décrit la structure de la représentation sociale. Elle présente, selon cet auteur, deux composantes :

- **Le noyau central :**

Celui-ci est considéré comme l'élément fondamental de la représentation.

« Toute représentation est organisée autour d'un noyau central. Ce noyau central est l'élément fondamental de la représentation, car c'est lui qui détermine à la fois la signification et l'organisation de la représentation »¹.

Le noyau central se trouve au cœur de la représentation sociale. Il est constitué d'un ou de plusieurs éléments présents dans la majorité des discours représentatifs. Il porte la marque de la culture et des normes sociales et assure une stabilité à la représentation. Cela explique le maintien d'une représentation sociale même quand elle est remise en cause par des faits ou des situations particulières.

L'existence d'un noyau central implique que deux représentations sociales seront différentes seulement si leurs noyaux centraux respectifs sont différents.

¹ Abric, Jean-Claude, (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, p. 21.

- **Les éléments périphériques :**

D'autres éléments de la représentation sont positionnés de façon plus périphérique. Cet ensemble d'éléments est en mouvement, évolue, se transforme et s'adapte. Il est marqué par les expériences et les histoires personnelles des sujets. Son changement n'implique pas le changement de la représentation sociale.

De plus, Abric a précisé les fonctions des représentations sociales comme suit :

- Une fonction de connaissance de la réalité à travers une intégration de l'information dans un cadre de référence commun et en cohérence avec les valeurs, les normes et les pratiques du groupe.
- Une fonction identitaire permettant une appartenance ainsi que le positionnement par rapport aux autres groupes du champ social.
- Une fonction de guide pour le comportement et pour les pratiques des sujets dans la société.
- Une fonction justificatrice des opinions et des actions à l'égard des objets sociaux.

• **2001 – Claudine Herzlich.**

Herzlich étudie les représentations sociales de la santé et de la maladie. Il s'agit d'observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels est pensé et vécu par les individus. Comment s'élabore psychologiquement et socialement l'image de ces objets sociaux que sont la santé et la maladie.

« Nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social »¹.

La maladie est non seulement une expérience individuelle mais également sociale. L'étude des représentations sociales de la santé et de la maladie nous renseigne, selon Herzlich, sur le rapport que nous entretenons avec notre propre corps, avec les gens qui nous entourent, ainsi qu'avec la société dans laquelle on vit.

Ce bref résumé historique, sous forme d'une chronologie, rassemble les années importantes dans lesquelles ont été effectuées les études pionnières sur les représentations sociales. Ces dernières apparaissent donc comme une appropriation sélective et organisée du monde extérieur. Lorsqu'on parle de représentation d'un concept, nous ne faisons pas référence à la compréhension qu'on a de ce dernier, mais plutôt du sens qu'on lui porte.

Ainsi, pour qu'une représentation ait lieu, il faut qu'il y ait, d'une part, un objet social et, d'autre part, une activité cognitive et mentale qui permette ce processus de représentation.

Selon Kohl, la représentation se distingue de la trace mnésique car « elle est avant tout l'investissement de cette trace »². Elle est également à différencier des images mentales, car ces dernières occultent l'aspect actif, mouvant et dynamique de la représentation.

En sociologie cognitive, les représentations font partie des activités mentales. Ces dernières sont situées en aval du traitement des informations sensorielles reçues par le sujet, provenant de son environnement social. Elles se situent aussi en amont de tout comportement social, puisque ce dernier est guidé par la représentation. Ces activités cognitives se situent donc entre l'intégration d'information et l'élaboration de conduites sociales. Les spécificités culturelles de chaque société exercent une grande influence sur ces représentations.

¹ Herzlich, Claudine, (2001). *Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept*, extrait de *Penser la vie, le social, la nature*. Mélange en l'honneur de Serge Moscovici, sous la direction de Buschini, Fabrice et Kalampalikis, Nikos, Paris, Edition de la maison des sciences de l'homme, p. 198.

² Kohl, Frantz Samy, (2006). *Les représentations sociales de la schizophrénie*, Paris, Masson, p. 10.

Les représentations sociales contiennent des éléments de connaissances. Il ne s'agit pas uniquement d'éléments de connaissances scientifiques ou profanes¹, mais de toutes formes de connaissances : images, valeurs, croyances, opinions... etc. Ces différents éléments constituent un savoir sur la réalité que Jodelet qualifie de « sens commun »² et qui s'acquière par la socialisation.

Auparavant, Durkheim associait ces connaissances à un ensemble de pré-notions avec lesquelles le chercheur devait rompre pour pouvoir se situer à un niveau supérieur par rapport aux profanes. Ceci, afin de comprendre leurs représentations de la manière la plus objective possible. Aujourd'hui, il est question de s'impliquer dans la vie des sujets, de recueillir leurs discours et d'analyser leurs conduites pour en comprendre le sens profond. La représentation apparaît comme une véritable grille de lecture de la réalité.

La représentation d'un objet doit pouvoir être partagée par les membres de la société. L'objet représenté doit pouvoir participer de la dynamique sociale, c'est-à-dire participer aux interactions entre les différents groupes sociaux. Ainsi, une représentation n'est pas uniquement un ensemble de connaissance sur un objet dont la représentation rend compte. Elle est un ensemble complexe d'éléments informationnels et d'attitudes des sujets sur cet objet.

L'objet de la représentation peut être aussi bien, une personne, une chose, un évènement social ou psychique, un phénomène naturel, une idée ou une théorie ...etc. Les représentations qui nous intéressent dans la présente étude, sont les représentations sociales des infections nosocomiales. Ces dernières rentrent dans le champ des représentations sociales de la santé et de la maladie. Ce champ de la représentation cherche à rendre compte des opinions, des pensées, des connaissances profanes des maladies et de la santé en général.

Il faut distinguer ici deux niveaux d'analyse des explications et du sens donnés à la maladie :

- Les représentations étiologiques :

L'accent est mis sur les interprétations causales de la maladie.

¹ Concept sociologique désignant les personnes ne faisant pas partie de la catégorie des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, ... etc.).

² Jodelet, Denise, (1984). *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*, Paris, PUF, p. 365-378.

- Les théories subjectives :

L'accent est placé sur l'aspect individuel de l'expérience de la maladie.

Ces deux niveaux (représentations étiologiques et théories subjectives) sont au cœur du rapport que le profane peut avoir avec la maladie. Ils s'intègrent pleinement dans des représentations plus vastes que sont les représentations sociales de la santé et de la maladie, lesquelles mettent l'accent sur la relation entre le sujet, la maladie et la société.

La maladie en tant que fait social, ne peut s'envisager qu'à travers un ensemble de système de valeurs, de normes sociales et de modèles culturels.

L'approche des représentations sociales de la santé et de la maladie interroge foncièrement le lien entre maladie, culture et société. Elle offre un cadre d'analyse de la pensée sociale concernant la maladie et la santé en général. Elle contribue au modelage des comportements des sujets face à la maladie, et détermine les stratégies d'ajustement, la compliance thérapeutique et les conséquences sociales et psychologiques de la maladie.

Dans cette étude, nous voulons dépasser la vision médicale des infections nosocomiales pour s'élargir à une approche sociale et psychologique. L'étude de la santé et de la maladie dans une culture revient à analyser ses représentations sociales. En effet, l'activité de représentation du sujet recouvre toutes ses connaissances sur la maladie et sur la santé, liées à son histoire, à son vécu, à son interaction avec les autres mais aussi à l'aspect culturel provenant de son champ social.

Il nous semble donc intéressant d'étudier les représentations sociales des sujets, en ce sens qu'elles déterminent les relations des acteurs sociaux avec l'objet de la représentation. Il serait également pertinent de mettre à jour les représentations sociales que font les soignés sur le phénomène des infections nosocomiales. Ces représentations sociales peuvent nous renseigner non seulement sur la relation que les soignés entretiennent avec leur dimension corporelle et leur état de santé, mais aussi sur leurs rapports et leurs comportements avec les soignants et l'institution hospitalière en générale.

Ainsi, deux questions se posent :

- Quelles sont les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés ?
- Quel type de comportement découle de ces représentations ?

III. Hypothèses.

Nous formulons les hypothèses suivantes :

- **Hypothèse principale :**
Les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés ont un rapport de sens avec l'hygiène hospitalière et la rigueur professionnelle.
- **Hypothèse secondaire :**
Ces représentations sociales influencent le comportement des soignés au sein de l'hôpital. Elles les amènent à adopter une conduite d'évitement.

Nos hypothèses sont des propositions explicatives, des suggestions de réponses au questionnement de l'étude. Elles feront l'objet de vérification et de discussion tout au long de notre enquête.

Comme l'indique Jean Louis Pédinielli :

« Il n'y-a donc pas une hypothèse formulée au départ que la recherche va valider ou invalider, mais une suite d'hypothèses qui se modifie à partir de la confrontation au matériel recueilli »¹.

¹ Pédinielli, Jean Louis, (1994). *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Nathan université, p. 113.

IV. Objectif.

Nous formulons l'objectif d'analyser les discours des soignés sur le phénomène des infections nosocomiales et de dégager les différents thèmes constitutifs de leurs représentations. Nous tenterons par la suite, de mettre en lien ces représentations sociales avec les comportements et les attitudes des soignés à l'égard de ce phénomène, les comportements des sujets n'étant pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation, mais par leurs représentations et le sens qu'ils attribuent à cette situation.

Notre nous appuyons principalement sur les travaux de :

- Serge Moscovici¹, fondateur de la théorie des représentations sociales. Sa perspective interactionniste nous semble pertinente car elle confère aux représentations sociales un caractère dynamique et donne aux communications un pouvoir déterminant dans la genèse et la construction de la représentation.
- Jean Claude Abric² et sa théorie sur la représentation sociale portant sur l'aspect inducteur de comportements et de pratiques sociales. La vision apportée par cet auteur est pour nous très intéressante car elle nous permet d'apprécier la manière avec laquelle les représentations sociales servent de guide aux comportements des individus.

Nous utiliserons également l'apport de Douglas³ sur la dimension sociale de l'hygiène, de Crochet⁴ sur le propre et le sal à l'hôpital, de Simmel⁵, Lazzeri et Damien⁶ sur la notion de confiance, de Goffman⁷ sur la notion de la face sociale, de Festinger⁸ sur la notion de dissonance cognitive, de Anzieu⁹ sur la notion du corps, et de bien d'autres auteurs.

¹ Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

² Abric, Jean-Claude, (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.

³ Douglas, Mary, (2001). *De la souillure*, Paris, La Découverte.

⁴ Crochet, Soizik, (1992). Rituels d'hygiène. La savonnette, le perroquet et la sécurité sociale, *revue d'ethnologie française ; Corps, maladies et santé*.

⁵ Simmel, Georg, (1996). *Secret et sociétés secrètes*, Paris, Circé.

⁶ Lazzeri, Christian et Damien, Robert, (2006). *Conflit, Confiance*, (collectif), PU de Franche Comté.

⁷ Goffman, Erving, (1974). *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.

⁸ Festinger, Léon, (1957). *L'échec d'une prophétie*, Paris, PUF.

⁹ Anzieu, Didier, (1985). *Le moi-peau*, Paris, Dunod.

PREMIERE PARTIE :
Méthodologie

Afin de recueillir les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés, nous avons utilisé trois méthodes :

1. L'entretien.
2. Le questionnaire.
3. L'observation.

Dans ce qui suit, nous décrivons ces outils de travail et montrons leur pertinence dans notre étude. Nous exposons ensuite notre contexte de recherche, les caractéristiques de l'échantillon d'enquête et les biais et limites auxquels nous avons été confrontés durant notre étude.

I. Entretien :

Cette technique de recueil d'information à partir d'interactions verbales et de production de discours nous semble pertinente. En effet, ce sont les productions discursives qui permettent d'accéder aux représentations. Il est ainsi indispensable de solliciter le discours des personnes afin de rendre compte du contenu de leurs représentations et d'en apporter une interprétation et une analyse approfondie. De plus, selon Bourdieu :

« Le discours permet de rendre compte des représentations socioculturelles et d'apprécier l'état de connaissance du sujet sur tel ou tel phénomène »¹.

Le discours rend compte d'un habitus linguistique, c'est-à-dire une compétence inséparablement technique et sociale.

Nous avons eu recours à un entretien de type semi-directif. Ce type d'entretien nous permet de poser des questions et de poursuivre notre réflexion tout en laissant se déployer le discours du patient. Il nous a permis également de ne pas limiter le champ de réponses des sujets et d'obtenir des informations exhaustives et argumentées.

¹ Bourdieu, Pierre, (1984). *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, p. 19.

Un guide d'entretien contenant une série de questions a été préalablement rédigé¹. Ainsi, chaque sujet était convié à exprimer librement son opinion par rapport à la question qui lui était posée. Autrement dit, il s'agissait de voir comment les discours s'organisent autour de nos principales interrogations concernant les trois thèmes suivants :

- L'approche définitoire de l'infection nosocomiale.
- Les représentations de l'hygiène et des modalités de prévention.
- Les représentations du personnel soignant et le rapport de confiance.

L'usage de ces entretiens nous a permis de recueillir des informations portant sur l'ensemble des thèmes ci-dessus mentionnés.

Durant les entretiens, un appareil d'enregistrement sonore a été utilisé, avec l'accord préalable des sujets, pour une raison pertinente ; celle de pouvoir transcrire les discours des sujets de la manière la plus fidèle qui soit.

L'ordre des questions n'était pas toujours respecté, car, si pendant que le sujet répond à une question, il aborde l'aspect concernant une autre question, celle-ci lui est alors posée immédiatement par la suite. De plus il peut arriver qu'on ne puisse pas poser une question initialement prévue ; cela se justifie par le fait que l'interviewé ait donné la réponse à cette question dans ses réponses précédentes.

Les questions étaient posées telles que nous les avons rédigées au préalable ou étaient reformulées pour une meilleure compréhension de la part des sujets. Dans le cas où on reformulait une question, il s'agissait d'apporter certaines précisions dans le but, soit d'expliquer la question posée, soit de demander à l'interviewé des explications sur des points qui méritaient d'être étayés ou approfondis.

Nous pouvions par moments poser des questions supplémentaires qui ne figurent pas dans le guide d'entretien, et ce, dans le but d'approfondir et de récolter le maximum d'informations sur les éléments de réponses apportés par les sujets.

Certains discours des sujets n'étaient pas conditionnés par nos questions, en ce sens qu'ils n'avaient pas de rapport direct avec les questions posées, mais découlaient d'une association d'idées due au type d'entretien (semi-directif) qui permettait cette liberté d'expression.

¹ Voir annexes p. 95.

Dans l'ensemble, la durée des entretiens était très variable d'un sujet à un autre (en moyenne 40mn). La prise de contact a été assez simple et la plupart des sujets ont manifesté une volonté et une disponibilité à répondre aux questions, facilitant ainsi le déroulement de l'entretien.

La transcription des entretiens a été précédée d'une indication de contexte :

- présentation sociale de l'interviewé :
 - Age.
 - Sexe.
 - Niveau scolaire.
 - Situation professionnelle.
 - Situation civile.
- Contexte de l'entretien :
 - Date.
 - Durée.
 - Lieu.
- Déroulement et dynamique de l'entretien.
- Relation chercheur-sujet.
- Éventuelles spécificités de l'entretien.

Les entretiens étaient en langue arabe dite dialectale. Certains sujets s'exprimaient de temps à autre en français. Les transcriptions ont été faites directement après l'entretien sur ordinateur en conservant la langue d'énonciation. Tout juste après, nous traduisions ces discours en langue française.

Afin d'être fidèle aux discours tenus, nous avons veillé à conserver le sens de chaque mot prononcé. Aucun mot n'a été remplacé par un autre, et aucun mot n'a été ajouté. Nous avons

fait figurer les hésitations, les soupires, les silences et les exclamations notamment à l'aide des « (...) », ceci ;

« Dans la limite d'une contrainte de lisibilité »¹.

Pendant la transcription, des idées d'analyse nous venaient à l'esprit ; nous les notions dans notre journal de terrain, ce dernier que nous avons tenu durant toute notre étude, nous servait à écrire toutes nos observations et nos remarques, lesquelles seront exposées dans notre analyse.

II. Questionnaire :

Nous avons également choisi comme outil de recherche le questionnaire. Ce dernier nous permet de réaliser une synthèse rapide sur un certain nombre de questions et d'éviter l'absence de réponse. De plus, par le nombre de sujets qu'il concerne, nous pouvons parler de représentations sociales des sujets en termes aussi bien qualitatif que quantitatif.

Notre questionnaire a été construit sur la base d'un ensemble d'informations issues à la fois de notre pré-enquête², de nos communications et échanges avec les personnes, mais aussi des notes prises lors de nos lectures de différents ouvrages abordant le phénomène des infections nosocomiales. Tout ceci a favorisé la formulation des thèmes de notre questionnaire, lesquels sont en lien avec nos hypothèses de recherche.

Ce questionnaire comprend 26 questions fermées³. Le sujet a donc la possibilité de choisir entre deux réponses : « oui » ou « non ». Ce type d'items favorise l'obtention de réponses claires et précises.

¹ Bourdieu, Pierre, (1993). *La misère du monde*, Paris, Seuil, p. 1416.

² Cette phase préliminaire de notre recherche a concerné 50 sujets. Elle a été réalisée à l'aide de trois instruments de recherche, à savoir, l'entretien, le questionnaire et l'observation. Elle nous a permis, d'une part de nous mettre en contact avec notre objet d'étude, et d'autre part, d'élaborer de notre guide d'entretien et notre questionnaire, lesquels allaient nous servir durant notre enquête proprement dite.

³ Voir annexes p. 97.

Ce questionnaire est structuré par trois thématiques :

- La représentation de l'hôpital.
- La représentation de l'infection nosocomiale et le rapport à l'hygiène.
- L'image que renvoi le personnel soignant chez les soignés et le rapport de confiance.

Concernant sa procédure d'administration, et dans le souci d'une bonne connaissance des objectifs de l'étude par nos sujets, nous avons tenu à distribuer nous même la quasi-totalité des questionnaires.

Lors de la passation de ces derniers, nous commençons toujours par nous présenter avant de spécifier l'objet de notre étude comme indiqué sur l'en-tête de notre questionnaire de la manière suivante :

Nous étudions les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés. Nous vous prions de répondre aux questions qui vous sont posées. Ce questionnaire est totalement anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Donner simplement et librement votre opinion sur chacune des questions qui vous est posée. Par avance, nous vous remercions de votre collaboration.

Cette consigne stipulant qu'il n'y a point de bonnes ou de mauvaises réponses est, à notre avis, une façon de stimuler les sujets à remplir notre questionnaire sans à priori.

III. Observation.

Nous avons choisi d'utiliser la technique de l'observation indirecte. Cette dernière consiste à collecter des informations sur l'objet d'étude, de manière indirecte, à travers les discours des sujets. En effet, dans l'observation indirecte ;

« L'observateur saisit indirectement une réalité puisqu'il ne prend en compte que ce qu'en disent ses informateurs »¹.

Nous avons choisi l'observation indirecte comme outil de recherche, car nous avons mené notre étude dans un contexte extra-hospitalier. Nous ne pouvions donc pas observer les sujets à l'hôpital et les regarder agir directement. Dans l'élément qui suit (contexte d'étude) nous verrons pour quelles raisons nous avons choisi ce cadre d'enquête. De plus, notre échantillon d'étude concerne des sujets ayant été hospitalisés et d'autres qui ne l'ont jamais été. L'observation indirecte nous a donc permis, à travers les discours pluriels des sujets, de comprendre leurs représentations, de décrire leurs conduites et de saisir le sens de leurs actions.

IV. Contexte d'étude :

Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle et à différents endroits :

- Les domiciles des sujets.
- Les lieux de travail des sujets.
- Les endroits publics.

Le choix de ce contexte d'étude (extra-hospitalier) trouve son origine dans notre pré-enquête. Cette dernière était effectuée, tantôt à l'intérieur de l'hôpital, tantôt à l'extérieur. C'est ainsi que nous nous sommes aperçu que les entretiens effectués à l'intérieur de l'hôpital étaient différents de ceux effectués à l'extérieur, dans le sens où, ils étaient brefs et moins argumentés. C'est comme si les sujets interrogés à l'hôpital sur le phénomène des infections nosocomiales faisaient preuve d'auto-censure. Leur liberté d'expression était limitée. Ils exerçaient un contrôle sur eux même et s'astreignaient à nous donner peu d'informations sur ce qu'ils savaient et sur ce qu'ils pensaient.

¹ Rompré, David, (2000). *La sociologie : une question de vision*, Paris, l'Harmattan, p. 70.

De plus, les infirmiers, gardes malades et autres stagiaires du secteur paramédicales étaient constamment en compagnie des malades. Ce qui constituait une gêne au bon déroulement des entretiens.

Le contexte (hospitalier) n'était donc pas favorable à la spontanéité des sujets. Ce constat nous a poussé, lors de notre enquête, à effectuer nos entretiens exclusivement en dehors de l'espace hospitalier.

Notre étude a été menée dans la ville de Mostaganem (situé à 80 km au Nord-est de la ville d'Oran). Les discours que nous avons recueillis appartiennent à des sujets habitant cette ville et se référant dans leurs représentations sociales à son grand hôpital (le centre hospitalier *Chéguévara*¹) et à sa maternité (clinique *Lella Kheira*).

Le grand hôpital *Che Guevara* a fait récemment parler de lui en faisant la une de *Réflexion*². Ce dernier dénonce un vide considérable en termes de prise en charge thérapeutique : l'inégalité des soins, le favoritisme, la pénurie de certains médicaments vitaux, l'absence de centre de radiothérapie et d'oncologie, la présence d'appareils médicaux mais qui ne sont jamais entrés en phase opérationnelle depuis leur installation, ou bien qui sont en état de panne depuis plusieurs années, ...etc. S'ajoute à cela la fuite des médecins vers le secteur privé. Cet article est intitulé: « La santé est malade à Mostaganem »³.

V. Population d'étude :

Il était hors de nos moyens de procéder à une étude exhaustive sur un échantillon représentatif de l'ensemble de la population algérienne. Cependant, une possible extension pourrait se faire en tenant compte des critères de notre étude. Nous citerons, à cet effet, Aron qui déclare :

¹ La ville de Mostaganem a hérité du temps de la colonisation d'un hôpital, construit par les espagnols en 1936, et qui était, autrefois, un hôpital militaire. Il a été baptisé, en 1965, « *Che Guevara* » dans le cadre de la coopération médicale algéro-cubaine (qui a pris fin en 1984), et ceci en référence à l'homme politique et révolutionnaire argentin et docteur en médecine et en chirurgie : '*Ernesto Che Guevara*'.

² *Réflexion*, Quotidien national d'information, le 25 Avril 2010.

³ Voir annexes p. 101.

« Peut-être une seule collectivité, à condition d'être totalement comprise, révélerait-elle l'essence de toutes les collectivités »¹.

Notre échantillon d'étude se compose de 150 personnes. Nous avons procédé à un échantillonnage par boule de neige « Snow ball sampling »². Cette technique consiste à trouver un individu de la population à étudier, puis lui demander s'il connaît d'autres personnes qui accepteraient de participer à notre étude et ainsi de suite avec les nouveaux participants. C'est donc un échantillon construit progressivement sur proposition des individus interrogés parmi leurs connaissances. Ainsi, l'échantillon semble augmenter en quantité comme une boule de neige en roulement.

Nous tenons à préciser que la composition de cet échantillon a été soumise à notre contrôle. Nous avons donc essayé de varier les caractéristiques sociales des sujets interrogés, lesquelles constituent les variables de notre étude.

Dans ce qui suit, nous allons décrire nos variables de recherche :

- Groupe :

Parmi notre population globale, nous avons 80 personnes ayant eu une expérience hospitalière, et 70 autres n'ayant jamais eu d'expérience à l'hôpital. L'intérêt pour ces deux groupes de personnes, l'un déjà hospitalisé, l'autre jamais, est de mettre à jour les différences qui pourraient exister (ou pas) dans les représentations sociales, en fonction de l'existence de l'expérience hospitalière ou de son absence chez le sujet. Nous voulions savoir si le fait d'avoir été hospitalisé ou non, aurait une quelconque influence sur la représentation sociale de l'infection nosocomiale.

- Sexe :

Nous comptons 87 femmes et 63 hommes. Cette variable du genre pourrait déterminer si la représentation de l'infection nosocomiale pourrait différer selon que l'on soit un homme ou une femme.

¹ Aron, R. (1955). *L'opium des intellectuels*, Paris, Hachette littérature, p. 149.

² Matthew, J., Salganik, M.J., Douglas, D., Heckathorn, D.D. (2004). Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling, *Sociological methodology*, vol. 34, p. 193-234.

- Age :

Leur âge se situe entre 18 et 63 ans. Cette diversification des âges se justifie par le fait que nous voulions savoir si les représentations sociales des infections nosocomiales pouvaient changer selon les différentes tranches d'âge de notre population d'enquête.

- Niveau scolaire :

Leur niveau scolaire est également très varié. Certains sujets étaient analphabètes, d'autres s'étaient arrêtés au niveau de l'enseignement primaire, du moyen ou du secondaire, et d'autres encore avaient un niveau universitaire.

- Situation Civile :

Nous comptons des célibataires, des mariés, des divorcés et des veufs.

- Situation professionnelle :

Leur situation professionnelle va du cadre au simple ouvrier, en passant par les étudiants et les sans emplois.

Certains de nos sujets présentaient des spécificités, telles que des maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires.

Toutes ces personnes habitent la même ville, celle de Mostaganem (situé à 80 km au Nord-est de la ville d'Oran).

Nous avons distribué nos questionnaires à ces 150 sujets.

Les entretiens approfondis ont été effectués avec 6 d'entre eux. Ces 6 sujets comportent 4 femmes et 2 hommes. Le choix de ces personnes dépend de leur comportement, manifestement favorable à un approfondissement réflexif et représentatif sur notre objet d'étude.

Afin d'être fidèle au respect de l'anonymat et de la vie privée des sujets interrogés tout au long de notre étude, nous avons tenu à ne pas mentionner leurs noms. La dénomination utilisée sera celle de « sujet ».

Il est important de préciser que les sujets n'ont participés à notre étude qu'après avoir reçu toutes les informations nécessaires : la problématique et les buts de la recherche ainsi que l'utilisation actuelle et ultérieure des données. De plus, ces informations ont été fournies dans un langage adapté à chacun des sujets.

Dans ce qui suit, nous présentons deux tableaux, décrivant chacun :

- Les caractéristiques des sujets interrogés.
- Les dates, durées et lieux des entretiens effectués.

Caractéristiques des sujets interrogés

| SUJET | SEXE | AGE | NIVEAU SCOLAIRE | SITUATION CIVILE | SITUATION PROFESSIONNELLE | SPECIFICITÉS | GROUPE |
|---------|------|-----|-----------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------|--------------------|
| Sujet 1 | F | 63 | Analphabète | Mariée, 5enfants | Sans | Cardiaque | Déjà hospitalisée |
| Sujet 2 | M | 47 | Bac + 5 | Marié, 2enfants | Cadre à la Sonatrach | / | Jamais hospitalisé |
| Sujet 3 | F | 48 | 6 ^{ème} Année Primaire | Divorcée 1enfant | Mère au foyer | / | Déjà hospitalisée |
| Sujet 4 | M | 33 | 2 ^{ème} Année Secondaire | Célibataire | Employé à la Mairie | / | Jamais hospitalisé |
| Sujet 5 | F | 36 | Licencié en Anglais | Mariée 4enfants | Mère au foyer | / | Déjà hospitalisée |
| Sujet 6 | M | 29 | 3 ^{ème} année secondaire | Célibataire | Secrétaire dans une banque | Diabétique | Déjà hospitalisée |

Dates, lieux et durées des entretiens effectués

| SUJET | DATE D'ENTRETIEN | LIEU D'ENTRETIEN | DURÉE D'ENTRETIEN |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Sujet 1 | 31-07-2009 | Domicile | 30mn |
| Sujet 2 | 13-08-2009 | Domicile | 50mn |
| Sujet 3 | 13-07-2009 | Domicile | 45mn |
| Sujet 4 | 15-08-2009 | Lieu de travail | 30mn |
| Sujet 5 | 12-06-2009 | Domicile | 40mn |
| Sujet 6 | 18-07-2009 | Lieu public | 40mn |

VI. Biais et limites de la recherche.

Il est important de souligner, comme le dit très clairement Moscovici :

« Une étude n'apporte jamais de conclusions tranchées »¹.

A cet effet, nous tenons à signaler les biais que nous avons pu isoler dans notre présente recherche universitaire. En effet, bien que nous ayons veillé à travailler avec rigueur, certains biais n'ont pas pu être évités, et limitent notre étude. Nous avons ainsi pu déterminer trois biais principaux :

- Dans un premier temps, il ressort que la taille de notre échantillon ne permet pas de représenter efficacement la population algérienne. Les 150 sujets qui ont répondu à notre questionnaire et les 06 d'entre eux avec lesquels nous avons effectué des entretiens ne peuvent en effet constituer qu'un aperçu de cette population. La répartition des variables (groupe, âge, sexe, niveau scolaire, situation civile, situation professionnelle) de notre échantillon, ne peut non plus représenter l'ensemble de la population algérienne.
- Dans un deuxième temps, les entretiens n'avaient pas la même rigueur pour tous les sujets, car ces derniers n'ont pas eu la même disponibilité. Mais ils ont tout de même permis d'éclairer certains points et de soulever différentes questions. Nous pensons donc que ce biais a pu être quelque peu réduit.
- Enfin, le dernier biais que nous avons identifié, est en rapport avec le fait que nous soyons personnellement concernés par la thématique de l'étude. En effet, nous faisons partie de la même société et de la même culture que nos sujets interrogés. Nos représentations sociales sont déterminées par nos communications et nos échanges interactionnels avec autrui. Ainsi, nous pouvons être influencés par notre propre représentation sociale de l'infection nosocomiale. Ceci peut biaiser nos

¹ Moscovici, Serge, préface de Herzlich, Claudine, (1992). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Etudes des Grandes Ecoles en Sciences Sociales.

résultats. Somme toute, nous avons veillé à travailler en toute objectivité et neutralité.

DEUXIEME PARTIE :

Analyse des résultats

Afin d'analyser les données récoltées, nous avons eu recours, d'une part, à « l'analyse du contenu »¹ de la représentation sociale, et d'autre part, à de simples calculs statistiques.

L'analyse du contenu de la représentation nous permet la lecture de la réalité discursive obtenue à travers nos entretiens. Quant aux calculs statistiques des données récoltées à partir de notre questionnaire, ils sont représentés par des pourcentages et des corrélations.

Cette étude se voulant essentiellement qualitative, l'approche quantitative ne vient que conforter et apporter un complément d'éléments à nos résultats.

L'approche compréhensive a donc été privilégiée. Il s'agissait de tenter de comprendre le sens du discours pluriel des soignés.

Dans ce qui suit, nous exposons et analysons les données récoltées. La présentation de cette partie est sous forme de thématiques, lesquelles sont apparues pertinentes lors de l'analyse des discours représentatifs des sujets sur le phénomène des infections nosocomiales.

I. Savoir de sens commun et savoir expert.

A travers nos entretiens avec les sujets sur le phénomène des infections nosocomiales, nous nous sommes aperçus que le contenu général de leurs discours répondaient tantôt à une logique de sens commun, tantôt à une logique médicale, c'est-à-dire qu'ils pouvaient émettre des arguments scientifiques et techniques en rapport avec la médecine et articuler tout cela avec le vécu et la réalité sociale hospitalière.

C'est ainsi pour le sujet 2.

Nous lui demandons qu'est ce qu'une infection nosocomiale. Voici sa réponse :

« Les infections nosocomiales se sont ces maladies qu'on attrape à l'hôpital. Il y'en a beaucoup et de toutes sortes. C'est à cause de la contamination. La contamination se produit lorsqu'un patient est en contact direct ou indirect avec un autre patient dont la maladie est très contagieuse comme la tuberculose par exemple. S'ils sont dans une même salle cela peut se produire facilement. Il y'a d'autres cas où la contamination se fait par les outils

¹ Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

hospitaliers lorsque ces derniers ne sont pas bien stérilisés. Et même sans cela, on peut attraper une maladie rien qu'en allant dans leur toilettes par exemples (...) des toilettes dégueulasses (...) qui poussent les patients eux même à les nettoyer alors que c'est normalement le travail des femmes de ménage. Tu as d'énormes chances d'être contaminer la bas ».

Le sujet 2 attribue la cause des infections nosocomiales au processus de contamination dû au manque d'hygiène hospitalière. Il évoque la proximité des lieux avec les patients contagieux, la non-stérilisation des outils hospitaliers et le manque notable d'hygiène observé dans les toilettes de l'hôpital. La clarté de ses idées et sa capacité d'explication et d'argumentation pourraient être attribuées, entre autres, à son niveau d'étude (bac +5).

En effet, le sujet 2 définit les situations possibles de contamination, mais également les situations réellement vécues par le sujet hospitalisé. Il mentionne ainsi le fait que les patients hospitalisés se retrouvent contraint de nettoyer eux-mêmes les toilettes de l'hôpital. Voici donc le croisement entre ces deux logiques, la logique médicale et la logique de sens commun.

Selon Herzlich :

« Les frontières entre science et sens commun sont ainsi mouvantes » ¹.

Il n'y aurait donc pas de barrière séparant un raisonnement scientifique médical et un raisonnement profane de sens commun.

¹ Herzlich, Claudine, (2001). *Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept*, extrait de 'Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici, sous la direction de Buschini, Fabrice et Kalampalikis, Nikos, Paris, Edition de la maison des sciences de l'homme, p. 76.

Le sujet 5 nous raconte :

« Lorsque ma mère était hospitalisée, je voulais aller parler à un médecin qu'on connaît, pour que, (...) tu sais (...) pour qu'ils prennent soin d'elle ! Ce médecin travaillait au service des maladies pulmonaires, (...) là où il ya les tuberculeux et tout. Lorsqu'il est sorti me parler, il avait un masque sur lui c'est vrai, mais il faut voir depuis quand les médecins utilisent les mêmes masques ! Parce que moi je sais qu'un masque à une durée de protection déterminée ! Si ça se trouve, eux-mêmes (les professionnels de la santé) ne le savent pas ».

Le savoir du sujet 5 inclut simultanément un discours expert et un discours de sens commun. En effet, nous repérons dans un premier temps, l'évocation d'un phénomène social, celui du capital relationnel utilisé et mis en exergue au sein de l'hôpital. En effet, le sujet 5 dit avoir eu envie de recourir à un médecin de service qu'elle connaissait, car cela assurerait, selon elle, la bonne prise en charge et le bon entretien de sa mère hospitalisée. Dans un deuxième temps, nous relevons la présence de notions scientifiques techniques à la base de son discours. Ces propos traduisent une connaissance qui relève d'un domaine médical. Le port d'un masque de protection engendre chez le sujet 5 d'autres préoccupations, celles de la durée de validité du masque. Ces précisions reflètent un savoir spécifique aux professionnels de la santé.

Nous nous permettons de dire qu'à travers ces discours (celui du sujet 2 et du sujet 5), le savoir scientifique n'est pas détenu exclusivement par les professionnels de la santé. Les profanes peuvent eux aussi comprendre, dans leurs discours, un raisonnement scientifique et des connaissances médicales. Ces dernières peuvent, par moment, être très précises. C'est ce que nous révèle le discours du sujet 2. Nous avons demandé à ce dernier quelles étaient les causes des infections nosocomiales. En faisant référence aux bactéries et aux microbes, celui-ci nous explique :

« Le microbe le plus célèbre est celui du staphylocoque doré. Ce microbe qui se développe à l'hôpital par manque d'hygiène est très dangereux. Il peut te tuer ou te faire perdre un membre du corps ».

Le sujet 2 évoque le staphylocoque doré¹ en guise d'exemple de microbes pouvant être à l'origine d'une infection nosocomiale. Le nom de ce microbe est un terme purement médical.

Ce discours, purement scientifique et médical, tenu par un profane a suscité notre curiosité. Nous avons demandé au sujet 2 de nous dire comment il a prit connaissance de ce type de microbe. Voici sa réponse :

« Ah (...) maintenant avec le développement de la technologie et les outils mis à notre disposition, il est très facile de s'informer de tout. Tu peux même faire ton propre diagnostic rien qu'en surfant sur des sites médicaux sur internet ! Les émissions télévisées nous apprennent également beaucoup de choses. D'ailleurs, vous avez raison d'étudier les infections nosocomiales car c'est un sujet d'actualité ! ».

Les propos du sujet 2 ne font que conforter notre constat. Les profanes ont bel et bien intégré dans leurs raisonnements, des connaissances médicales qui se traduisent dans leurs discours.

Cette mutation du discours social reflète la circulation des savoirs. En effet, les avancées de la recherche ont permis une diffusion médiatique plus large de l'information médicale. Les sujets déclarent recourir de plus en plus à Internet. Celui-ci donne l'occasion aux médecins d'apporter leurs connaissances aux malades et à leurs confrères. Il permet, par la même occasion, aux profanes d'assimiler des renseignements sur la maladie et la santé en général, des renseignements qu'ils ne pourront pas toujours obtenir de la part des professionnels de la santé à l'hôpital, l'obligation de l'information n'étant pas respectée, ou très rarement.

Cependant Pour la majorité des sujets (essentiellement des sujets dont le niveau scolaire est faible voire absent) c'est la télévision qui sert de canal de connaissances. Celle-ci diffuse de plus en plus d'émissions médicales pour le grand public et informe des phénomènes d'actualité et de polémique.

¹ Bactérie responsable d'infections diverses superficielles ou profondes, mais également d'intoxications ou d'infections urinaires. Le staphylocoque doré se rencontre généralement dans les milieux hospitaliers provoquant ainsi des infections nosocomiales. Cette définition est extraite de l'encyclopédie en ligne : www.dictionnairemedical.com le 22 Janvier 2010.

Nous avons constaté également l'existence de discours qui obéissaient à des valeurs sociales et culturelles en rapport avec l'imaginaire collectif et la pensée magique. C'est l'exemple du sujet 3. Nous l'interrogeons sur le phénomène des infections nosocomiales. Voici sa réponse :

« Cette maladie, celle du malsain de l'hôpital, je vous jure c'est du mauvais sort et une malédiction sur vous si vous attraper leur maladie ».

Selon le sujet 3, le fait de contracter une pathologie nosocomiale serait la conséquence d'un mauvais sort, sans qu'un mécanisme plausible puisse expliquer un lien de cause à effet. Aucun aspect médical n'est à déceler dans ce genre de discours. Ce dernier reflète plutôt l'adhésion à un imaginaire collectif et à une pensée magique.

Par imaginaire collectif nous entendons les imaginations qui alimentent les cultures. L'imaginaire a une dimension collective qui reflète les valeurs d'une société. Il est un système dynamique faisant partie des représentations sociales. Il conjugue les nécessités affectives des individus aux exigences fonctionnelles de la société. Il se présente comme une construction sociale à partir de composantes individuelles.

La pensée magique est, quant à elle, associée aux croyances religieuses. Dans notre cas, elle consiste à interpréter la contraction d'une infection nosocomiale comme étant la conséquence d'un mauvais sort ou d'une malédiction.

Les discours des sujets interrogés répondent à un principe d'hétérogénéité. Leur pluralité est mise en exergue. En effet, certains discours évoquent des situations sociales vécues, d'autres font référence à des connaissances relatives à la profession médicale, d'autres encore reflètent un imaginaire collectif et une pensée magique.

Ce qui pourrait expliquer cette hétérogénéité des discours, ce sont les différences individuelles. La représentation étant une construction sociale, les acteurs qui la construisent sont différents en fonction de leur habitus, de leurs expériences personnelles, de leurs personnalités et de leur niveau d'instruction.

II. Sources de construction de la représentation sociale des infections nosocomiales.

Toute représentation est socialement construite. Plusieurs éléments de connaissances, d'informations, de valeurs et de normes sociales constituent une base autour de laquelle pourrait se construire une représentation. Dans cette thématique, nous allons essayer de découvrir à partir de quelles sources de construction se basent les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés.

Nous demandons au sujet 5 si elle connaissait les infections nosocomiales. Elle nous répond :

« Ah oui (...) les infections de l'hôpital (...) je peux bien en témoigner car j'ai personnellement eu une expérience à l'hôpital et je l'ai vécu une deuxième fois à travers l'hospitalisation de ma mère ».

Le sujet 5 a eu une expérience personnelle à l'hôpital, ainsi qu'une autre expérience à travers l'hospitalisation de sa mère. Ce renouvellement d'expérience l'a amené à construire une représentation sociale de l'infection nosocomiale basée sur des observations et des remarques sur le terrain.

Nous lui demandons alors quelles étaient les causes de ce genre d'infection. Elle nous répond :

« Si tout le monde faisait son boulot à l'hôpital, il n'y aurait pas ces infections là. Lorsque je suis allée accoucher de ma fille en 2001. C'était un vrai cauchemar ! Les femmes accouchent leurs bébés dans des conditions pitoyables ... je vous parle de la clinique publique là ... ce n'est pas bien du tout ... ceux qui ont de l'argent je les conseillerai d'aller accoucher chez le privé. Moi j'ai été choquée. Les murs étaient sales et il y'avait plein de chats à l'intérieur des salles où se trouvaient les femmes avec leurs bébés. La nuit, lorsque les lumières s'éteignaient, c'était des cafards et des rats. Alors on ne dort pas, bien qu'on soit exténuées suite à l'accouchement, mais on surveille nos bébés par peur qu'ils ne soient mangés par les chats ou envahis par les

cafards et les rats. Les sages femmes, elles (...) passaient et voyaient cela mais ne réagissaient guère à cette impureté flagrante. Tout cela c'est à cause du personnel soignant qui ne fait rien. (...) Et lorsque ma mère a dernièrement été hospitalisé pour une hypertension, il y avait toujours ce problème d'hygiène ».

Le sujet 5 nous raconte ainsi, l'expérience qu'elle a eu en allant accoucher de sa fille. Elle en garde un très mauvais souvenir. Cette expérience l'a profondément touchée. Son expression somatique en est la preuve. Pendant qu'elle me parlait, elle présentait une mimique et une gestuelle démontrant un malaise voir un dégoût.

Le sujet 5 témoigne du manque d'hygiène à l'hôpital. Elle accuse le personnel soignant de laxisme face à ce phénomène. Elle précise qu'elle parle de l'hôpital public et qu'elle conseillera aux gens qui ont les moyens financiers d'aller vers le privé. Ce dernier a acquis chez les sujets, une réputation de sérieux en comparaison à l'institution hospitalière publique. Cependant il est toujours corrélé à des moyens financiers conséquents.

Une véritable angoisse est vécue à l'hôpital en présence, décrit le sujet 5, des chats, des cafards et des rats qui rodent dans les mêmes pièces que les mamans et leurs nouveaux nés.

L'image des sages-femmes est elle aussi détériorée. Le sujet 5 dénonce un laisser-aller de leur part. Les sages-femmes se retrouvent alors en contradiction avec leur appellation. Elles renvoient aujourd'hui à une forme d'irresponsabilité.

Le sujet 2 n'a jamais été hospitalisé, et pourtant il a construit sa représentation sociale de l'infection nosocomiale. Il nous raconte :

« Je suis rentré plusieurs fois à l'hôpital en tant que visiteur. Et c'est ainsi que j'ai pu observer ce qu'il y'avait et ce qui se passait à l'intérieur ».

La construction de la représentation sociale des infections nosocomiales chez le sujet 2 s'est faite à partir de ses observations basées sur des expériences indirectes. En allant rendre visite à des proches hospitalisés, il a pu construire sa représentation.

Nous demandons au sujet 4 s'il connaît le phénomène des infections nosocomiales. Il nous répond :

« Les infections de l'hôpital se sont ces maladies qu'on attrape à cause des microbes et tout (...), c'est à cause de la saleté à l'hôpital ».

Sachant que le sujet 4 n'a jamais été hospitalisé, nous lui demandons ce qu'il lui fait dire que l'hôpital est sale. Il nous répond :

« Tous ceux qui sont allés à l'hôpital parlent et témoignent de la saleté la bas. Tous ceux à qui tu demandes comment s'est passé leur hospitalisation se plaignent de ce manque d'hygiène. Ne pas aller à l'hôpital est préférable ».

Le sujet 4 a construit sa représentation à travers les échanges conversationnels qu'il a pu avoir avec ceux qui ont déjà été hospitalisé. Ils lui racontaient alors leurs expériences et leurs observations. C'est en quelques sortes, une représentation construite à travers d'autres représentations sociales.

Nous rejoignons de ce fait, Moscovici¹ lorsqu'il dit que les représentations sociales sont principalement construites à travers les communications et les échanges interactionnels entre les membres de la société. Cette représentation détermine également les discours des sujets et constitue des éléments faisant partie intégrante de leur communication.

De plus, et pour expliquer ce phénomène, Festinger² pense que l'individu a deux sources majeures d'information : sa propre expérience et la communication avec les autres. Cette dernière peut être perçue comme une expérience indirecte. Ces deux sources d'informations peuvent alimenter la représentation sociale.

Nous demandons au sujet 3 si elle connaît les infections nosocomiales. Voici sa réponse :

¹ Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

² Festinger, Léon, (1957). *L'échec d'une prophétie*, Paris, PUF.

« Oui l'infection de l'hôpital ... j'entends parler de ça oui ... certaines personnes attrapent des infections à l'hôpital ... c'est apparemment à cause de la saleté qu'il ya à l'hôpital. Si on ne fait pas attention, on est vite contaminé ».

Elle ajoute :

«Moi j'ai peur de l'hôpital. On disait, une fois qu'il y avait une maladie qui se propageait à l'hôpital et qui a contaminé la plupart des gens la bas et que c'était dû au manque d'hygiène ».

Nous remarquons que le sujet 3 a construit sa représentation sociale de l'infection nosocomiale à partir de son expérience personnelle (car elle a déjà été hospitalisée), mais aussi à partir de rumeurs.

Les rumeurs sont définies comme étant des nouvelles sans fondements répondu dans un groupe, par tout moyen de communication, formel ou informel. Elles sont caractérisées par des informations et des croyances partagées par des personnes qui ne se connaissent pas personnellement et qui ont hérité de ce savoir collectif. Ces informations et ces croyances sont socialement véhiculées. Elles parviennent à faire l'objet d'une assimilation et d'une adhésion de la part du sujet.

Fichet reprend la définition selon laquelle la rumeur est :

« Une affirmation générale que l'on présente comme vraie, sans qu'il y ait des données concrètes permettant de vérifier son exactitude »¹.

Les rumeurs constituent un mode de communication dans la vie quotidienne. Elles sont un puissant moyen d'information. Selon Gordon, Allport & Postman², les rumeurs ont un impact

¹ Fisher, A.G., (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, PUM, p. 186.

² Gordon, W., Allport, & Léo, J., Postman, (1945). *The basic psychology of rumor, transaction of the New York academy of sciences*, série 2, vol. 8.

important sur la communication sociale. Leur diffusion se fait par un mode impersonnel du « on dit ». Ainsi, lors de la propagation de la rumeur, il n'y-a jamais de sujet responsable.

A partir de ce qui précède, force est de constater que les différentes sources à partir desquelles se construisent les représentations sociales des infections nosocomiales sont hétéroclites. En effet, les éléments et les facteurs participant à la genèse de cette représentation sociale sont différents et variés. Le vécu et l'expérience personnelle, les communications et les échanges interactionnels avec les autres ainsi que les rumeurs, représentent différentes sources de construction des représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés.

III. Thématiques de la représentation sociale des infections nosocomiales.

A partir des entretiens effectués avec les sujets interrogés, nous avons remarqué la présence d'une thématique qui apparaissait de manière récurrente dans les discours représentatifs des soignés sur le phénomène des infections nosocomiales. Cette thématique fait partie intégrante de leurs discours, et ce, en tenant compte des différentes sources qui construisent une représentation sociale: le phénomène des infections nosocomiales serait principalement dû à l'absence d'hygiène hospitalière. En effet, tous les sujets interrogés évoquent le manque d'hygiène hospitalière pour expliquer l'infection nosocomiale.

Nous demandons au sujet 6 si elle sait ce que c'est qu'une infection nosocomiale. Elle nous répond :

«Oh que oui (...). J'ai moi-même contracté une infection urinaire à la suite de mon hospitalisation il y a 9 mois pour une hyperglycémie. Vous avez vu l'état des toilettes à l'hôpital ? Comment voulez-vous que l'on ne s'infecte pas ».

Le sujet 6 a été victime d'une infection nosocomiale. Elle explique la cause de sa contamination par l'impropreté des toilettes à l'hôpital. Elle pense qu'une infection nosocomiale est une conséquence directe et irréversible du manque d'hygiène à l'hôpital. Nous remarquons alors une forme de disposition psychosomatique et sociale à la

contamination nosocomiale. Cette dernière est facilitée par les idées et les croyances du sujet⁶, selon lesquelles une contamination nosocomiale est inévitable.

Le sujet 1 nous dit, en parlant de l'hôpital :

« Ce n'est pas bien nettoyé. Le parterre est nettoyé mais pas les lits et les tables sur lesquelles on pose nos affaires. Ça ne te donne pas envie d-y rester ».

De plus, à travers les résultats du questionnaire distribué à 150 sujets, nous relevons qu'à la question 19 (L'infection en question est-elle en rapport avec l'absence de l'hygiène à l'hôpital ?), 80% des sujets interrogés répondent par 'Oui'.

Par contre, à travers nos entretiens, nous remarquons une variation des discours des sujets lorsqu'il s'agit de désigner les principaux responsables de l'absence d'hygiène hospitalière. Plusieurs thématiques d'ordre étiologiques apparaissent et sont différentes d'un sujet à un autre. Parmi ces thématiques, nous retrouvons :

- **Le manque de connaissances et d'informations chez le personnel soignant :**

Certains sujets expliquent le phénomène des infections nosocomiales par un manque de connaissances et d'informations de la part du personnel soignant. Ils sous-estiment le savoir du personnel soignant et pensent que ce dernier manque de formations. D'autres se disent même plus apte en termes de connaissance et de savoir médical qu'une infirmière par exemple. L'image du personnel soignant est ainsi dévalorisée. La relation asymétrique qui unissaient soignant-soigné subit des modifications profonde.

Le sujet 5 nous dit en parlant du personnel soignant :

« Ils ne connaissent rien à rien. Je vous jure ils font les choses juste comme ça sans réfléchir ».

La fonction du personnel soignant est ainsi remise en question. Les sujets pensent que les soignants ne respectent pas les rôles imposés par leurs fonctions, et qu'il n'y a aucune réflexivité de leur part. Nous relevons chez les soignés un sous-entendu

d'automatisme de la part du personnel soignant. Cet automatisme consiste en une série de comportements et d'actions répondant à un faible niveau de raisonnement. La représentation des fonctions du personnel soignant chez les soignés est ainsi mise à mal.

- **Le manque de personnel soignant :**

Selon certains sujets interrogés, les médecins et les infirmiers n'ont pas le temps de se préoccuper de l'hygiène tant la surcharge de travail est grande. Il y-a, en définitive, un manque notable de personnel soignant. Voici ce que nous dit le sujet 2 :

« Lorsque je rendais visite à des proches hospitalisés, je voyais toujours le personnel soignant entrain de courir, de patient en patient, ils ont toujours quelque chose à faire, l'hygiène est le dernier de leurs soucis ».

Selon le sujet 2, le personnel soignant n'a donc pas le temps de s'occuper de l'hygiène hospitalière tant la surcharge de travail est grande du fait du manque de personnel soignant.

- **L'inutilisation des matériels :**

Certains sujets interrogés dénoncent l'inutilisation des matériels hospitaliers permettant de préserver une bonne hygiène hospitalière. Le sujet 5 nous dit :

« Les rideaux sont sales, les draps également, (...) A mon avis aussi, ils disposent de machines à laver toute délabrées et vieilles et qu'ils n'utilisent pas ».

Les sujets pensent que le personnel soignant n'utilise pas les matériels mis à sa disposition pour entretenir l'hôpital et lutter contre l'absence d'hygiène. L'inutilisation de ces matériels d'entretien est, selon les soignés, dûe à leur mauvais état et à leur ancienneté, ce qui rend leur utilisation difficile.

- **La transmission par soignants :**

Certains sujets se disent craintifs à l'égard des soignants. Ils représentent pour eux un mode de transmission des pathologies infectieuses. Voici ce que le sujet 6 nous dit :

« Moi je ne leur fais même pas confiance à eux ! Eux même peuvent te ramener la maladie. Je ne leur fais pas confiance je te jure. De nos jours, la personne doit faire attention à elle-même sans compter sur les autres ».

Le model classique de protection qu'incarnait le personnel soignant est alors rompu. Les sujets ne se sentent plus en sécurité avec les soignants. Ils font attention à leurs gestes et se montrent défiants. L'estime et le statut de protecteur du personnel soignant est perdu. Les soignés ne se sentent plus rassurés par les soignants. Ce qui pourrait les rassurer aujourd'hui c'est d'être attentifs et de s'occuper tout seul d'eux-mêmes.

- **Le facteur politique :**

Certains sujets interrogés sur les causes des infections nosocomiales, évoquent le système sociopolitique. Ce dernier est pointé du doigt pour expliquer l'absence de rigueur et de sérieux en termes d'hygiène hospitalière. Le coté étiopolitique est alors mis en exergue. Les propos du sujet 1 le montrent bien :

« (...) Ils n'ont rien laissé de bien dans ce pays, ils ont tous sali. Si les responsables voulaient remédier à cela, ils arrangeraient les choses, mais ils ne font rien ! ».

La responsabilité ne concerne ni le patient, ni le personnel soignant, ni même l'hôpital, mais elle concerne un niveau plus élevé de l'échelle sociale, celle de l'état. Les responsables politiques sont évoqués et accusés de passivité face au manque d'hygiène hospitalière.

Nous remarquons également que le sujet 1 généralise et parle d'absence d'hygiène dans tout le pays. La qualité d'hygiène hospitalière dans une société pourrait refléter la qualité d'hygiène présente dans tout le pays. Il n'y aurait ainsi pas de différence entre

l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital. C'est donc une continuité. Le milieu extra hospitalier pourrait refléter ce que serait l'intérieur de l'hôpital, et inversement.

- **Le facteur patient :**

Le facteur patient a été cité. Cependant il renvoie au laisser-aller du personnel soignant. Les sujets sont donc victimisés face à la réalité hospitalière. Voici ce que dit le sujet 1:

« (...) Et puis comme personne ne fait son travail, moi j'ai vu les malades jeter leurs déchets par terre, et ils partent et laissent comme ça. (...) Mais c'est parce qu'ils n'ont pas où les mettre et qu'il n'y a pas d'entretien ».

Le sujet 1 parle d'absence de matériels mis à la disposition des patients pour le respect de l'hygiène, comme les poubelles dans les chambres par exemple. Il dénonce également le fait que personne n'effectue ses tâches à l'hôpital. Les patients se retrouvent, par conséquent, contraints sans autre solution, de participer à ce manque d'hygiène.

Ces différentes thématiques présentes dans les discours représentatifs des soignés nous amènent à dire que les représentations sociales des infections nosocomiales sont hétérogènes. Elles ne sont pas pareilles chez tous les sujets. Chaque individu construit sa représentation en fonction de son habitus et de son vécu personnel.

Nous formulons ici une observation importante ; les sujets interrogés parlent d'infection nosocomiale en mettant essentiellement l'accent sur la saleté observée à l'hôpital. Par contre, d'autres éléments étiologiques, tels que la stérilisation des matériels ou l'utilisation excessive des antibiotiques¹ par exemple, qui pourraient aussi être responsables de la genèse d'une infection nosocomiale, n'ont été évoqués que très rarement voire jamais. Ce constat traduit un manque de connaissances exhaustives sur le phénomène des infections nosocomiales, d'où la

¹ L'utilisation inadéquate des antibiotiques favorise le développement des résistances bactériennes et par conséquent l'aggravation des infections nosocomiales.

nécessité des programmes d'information et de sensibilisation telles que ceux préconisées par l'OMS.

De plus, nous remarquons que les sujets évoquent soit le personnel soignant, soit l'hôpital, soit l'état pour expliquer cette contamination nosocomiale. De ces éléments découle une forme d'insatisfaction. Cette dernière pourrait trouver son origine dans l'absence de reconnaissance. En effet, lorsqu'un sujet entre en milieu hospitalier, il cherche avant tout à être reconnu. Le personnel soignant saura-t-il qui il est ? Sera-t-il traité en tant qu'individu et pas seulement comme un cas parmi d'autres ? A ce sujet, le sujet 5 nous dit :

« Lorsque j'étais à l'hôpital, les sages-femmes, en parlant de moi, disaient 'l'autre, ... la nouvelle, ... celle qui est rentrée hier soir' Elles ne savent même pas qui tu es ! ».

Les procédures d'admission à l'hôpital ne tiennent pas compte de l'identité de la personne ou de son statut social. Cette chosification de la personne à l'hôpital peut nuire à leur bien-être psychologique et somatique. Le personnel soignant transforme les patients en objets dénués de toute personnalité. Cette absence de reconnaissance engendre un mécontentement de la part des sujets et une grande insatisfaction.

De plus, les soignés s'attribuent le statut de victime dans le phénomène des infections nosocomiales. Le sujet 3 nous dit :

« C'est nous les victimes dans tout ça. C'est nous les victimes, c'est nous qui tombons malade ».

Cette victimisation pourrait être utilisée comme une arme de défense sociale. En effet, il est plus facile de se placer en victime, car cela est socialement accepté. La victime est propre et respecte l'hygiène. Cette dernière est considérée comme étant une valeur dotée d'une forte charge sociale et culturelle. Le statut de victime tient alors une place importante, plus encore, car selon Erner :

« La reconnaissance de ce statut est aujourd'hui devenue un enjeu »¹.

Les victimes peuvent instrumentaliser leurs souffrances et attirer une pensée compassionnelle. On leur reconnaît de ce fait, des droits et des réparations. Les frontières morales auraient ainsi bougées, alors qu'avant on était respecté parce qu'on taisait sa souffrance, aujourd'hui on est reconnu parce qu'on l'a dit. La médiatisation dont a bénéficié le phénomène des infections nosocomiales a favorisé cette victimisation.

IV. Insécurité hospitalière et isolement social.

Nous remarquons un sentiment de peur et d'insécurité hospitalière chez les sujets. Cette peur reflète une inquiétude croissante et une émotion présente en perspective à un danger. L'angoisse est apparente et est la manifestation d'une exposition prolongée à ce danger. Nous sommes en présence d'un sentiment d'insécurité hospitalière, sociale et psychologique.

Le risque de maladie et de contamination est ressenti comme étant une agression extérieure pouvant se développer en l'absence de vigilance et de surveillance. L'objet du risque est ici objectivement identifié, il renvoie à la qualité d'hygiène hospitalière.

Mary Douglas situe la problématique du risque dans une perspective culturelle :

« Les risques ou les dangers ne sont pas des données absolues. Il existe une construction sociale des risques à travers lesquelles ceux-ci sont moralisés et politisés »².

Les acteurs sociaux se représentent l'institution hospitalière comme constituant un danger réel pour la santé des patients.

¹ Erner, Guillaume, (2006). *La société des victimes*, Paris, La Découverte, p.43.

² Douglas, Mary, (2001). *De la souillure*, Paris, La Découverte, p. 116.

Le sujet 4 nous dit :

« Moi je ne supporte pas l'hôpital (...) je ne supporte pas, c'est affreux. Dès que je rentre j'ai envie de vomir. Tous les microbes sont en face de toi. C'est intolérable. Ce n'est pas du tout un endroit dans lequel tu te sens bien, c'est tout à fait le contraire ».

Ce négativisme du milieu hospitalier et cette perception du risque et du danger de la part des sujets entraîne une attitude d'isolement et de retrait social. Le sujet se tient à l'écart et ne cherche pas la compagnie des autres malades. Il ne parle ni à ses compagnons de chambre ni au personnel soignant, et passe son temps à attendre d'être guéri et de pouvoir sortir de l'hôpital.

Le sujet 6 nous dit :

« J'étais impatiente de sortir de l'hôpital. Je ne parlais à personne. Je n'avais qu'une seule hâte celle de rentrer à la maison ».

Cette forme de retrait et d'isolement à l'hôpital est la manifestation sociale et psychique de l'angoisse, de la crainte et de l'appréhension. Il s'agit ici de l'angoisse liée au risque de contamination nosocomiale.

Les sujets se replient sur eux-mêmes à l'hôpital. Leurs communications et leurs échanges interactionnels sont très limités. Leurs capacités à aller vers l'autre et à prendre du plaisir sont fortement altérées. Nous sommes en présence d'un phénomène d'isolement social en milieu hospitalier.

V. Tabou et hygiène hospitalière.

Les sujets semblent ne pas parler d'hygiène hospitalière avec le personnel soignant. Ils n'osent pas évoquer ce sujet délicat. Ils préfèrent se taire plutôt que d'être confronté aux réactions du personnel soignant.

Nous demandons au sujet 5 si elle parle d'hygiène et de conduites préventives au personnel soignant, voici sa réponse :

« (Elle rigole) Non biensur que non, qui ose parler de ça au médecin, ce dernier croira qu'on les insulte ou je ne sais pas, ils ne comprennent pas, ils sont médecin mais ne comprennent pas cela (...) ».

Pour le sujet 5, il est inconcevable de parler d'hygiène hospitalière avec les médecins, ou de leur reprocher quoi que ce soit. Les médecins n'admettraient pas que les patients leur fassent des remarques sur l'état d'hygiène dans leur lieu de travail. Le sujet 5 pense que cette réaction est due au fait que les médecins manquent de connaissances, de sérieux et de professionnalisme. Le médecin a perdu son statut de connaisseur. Son image sociale est profondément détériorée chez les sujets.

Nous demandons au sujet 2 s'il était possible de parler d'hygiène avec le personnel soignant, il nous répond :

« Les malades n'osent pas parler d'hygiène avec le personnel soignant. Ils ne vont tout de même pas leur dire que leur lieu de travail est sale ! Ils ne peuvent pas dire ça par pudeur. Et puis ils auront peur aussi de la réaction du personnel soignant. C'est un sujet tabou ! »

Il semble ainsi que l'évocation de l'hygiène hospitalière avec le personnel soignant violerait les codes moraux de la société en général et de l'institution hospitalière en particulier. Les normes d'hygiène faisant partie intégrante des valeurs et des règles nécessaires au maintien de l'ordre social, font de l'hygiène hospitalière un sujet tabou au sein de l'hôpital.

Le tabou est défini comme étant une censure morale. Un sujet dont on ne doit pas parler par pudeur. C'est un interdit d'ordre culturel et/ou religieux, qui pèse sur le comportement, le langage, ... etc.

Les tabous concernent le plus souvent deux notions importantes : le sexe et la mort (éros et thanatos), mais il existe cependant, d'autres tabous liés à la notion de propreté et de saleté. Toute atteinte portée à l'un de ces tabous risque de détruire, selon Sillamy :

« Un système subtil de relations sociales »¹.

Ceci nous amène à entreprendre une réflexion sur le propre et le sale à l'hôpital. Crochet pense que :

« Le personnel soignant refuse de pratiquer des soins d'hygiène, pour se consacrer à des actes plus 'nobles', c'est-à-dire des actes similaires à celles du médecin »².

En effet, le médecin occupe une place sociale de « prestige », et les subordonnés ne cessent de l'imiter. Les pratiques d'hygiène et de toilettes « salissent » leur réputation. L'impureté « souille » le statut social. Cette représentation de l'hygiène chez le personnel soignant expliquerait peut être leur absence de rigueur observée par les soignés.

De plus, si on veut aller plus loin et comprendre ce qui fait l'adhésion ou le contournement du personnel soignant à la dynamique préventive des infections nosocomiales, il convient de se référer aux cadres théoriques issues de la sociologie des professions, tels que l'analyse stratégique ou les théories sur les motivations ou sur l'innovation.

Selon Crozier³ par exemple, deux grands types de motivations sont connus en sociologie du travail ; les motivations matérielles et les motivations symboliques :

- Les motivations matérielles renvoient à la rémunération et aux conditions de travail. La prévention générant des contraintes supplémentaires, il faudrait concevoir des systèmes d'incitation permettant de l'encourager, tels que les primes et l'aménagement des conditions de travail.
- Les motivations symboliques concernent l'autonomie professionnelle et la reconnaissance.

¹ Sillamy, Norbert, (1994). *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse, p. 254.

² Crochet, Soizik, (1992). Rituels d'hygiène. La savonnette, le perroquet et la sécurité sociale, *revue d'ethnologie française ; Corps, maladies et santé*, p. 19.

³ Crozier, Michel & Friedberg, Erhard, (1997). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris, Points.

Nous évoquons ici les problèmes liés à l'identité professionnelle du personnel soignant mis à mal dans notre société. Le manque de reconnaissance de leur rôle et de leur compétence pourrait également expliquer leur laisser aller face à l'hygiène hospitalière observé par les soignés.

VI. Confiance et défiance.

La confiance est requise socialement dans toute action comportant un risque. Elle s'inscrit logiquement dans le domaine de la santé. Elle est au cœur de la relation médecin-malade et constitue une condition nécessaire à toute action thérapeutique.

La confiance est avant tout une relation intersubjective, régit par un ensemble d'attentes et d'espérances, celles du malade est d'être guéris et celles du médecin est de pouvoir soigner. Le phénomène des infections nosocomiales vient perturber cette relation. Il fragilise de surcroît le lien de confiance qui doit unir soignant-soigné. Le malade perdra l'image idéale qu'il avait du médecin et de l'hôpital.

Nous avons vu que les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés portaient sur le manque d'hygiène à l'hôpital, et que chez certains d'entre eux, la cause était due au manque de connaissances de la part du personnel soignant.

Nous reprenons le discours du sujet 5 déjà mentionné plus haut, puisqu'il fait également référence à la notion de confiance et renvoi à la relation médecin-patient en général ;

« Lorsque ma mère était hospitalisée, je voulais aller parler à un médecin qu'on connaît, pour que, (...) tu sais (...) pour qu'ils prennent soin d'elle ! Ce médecin travaillait au service des maladies pulmonaires, (...) là où il ya les tuberculeux et tout. Lorsqu'il est sorti me parler, il avait un masque sur lui c'est vrai, mais il faut voir depuis quand les médecins utilisent les mêmes masques ! Parce que moi je sais qu'un masque à une durée de protection déterminée ! Si ça se trouve, eux-mêmes (les professionnels de la santé) ne le savent pas ».

Le sujet 5 pense que le personnel soignant manque de connaissances relatives aux infections nosocomiales. Ce type de discours représentatif concerne la relation médecin-malade. Cette dernière semble subir des modifications profondes. L'asymétrie qui régissait autrefois cette relation et qui fondait l'autorité médicale est à présent bouleversée.

La confiance qui doit unir soignés et soignants est rompue. La relation médecin-patient devient symétrique voire asymétrique mais dans l'autre sens, dès lors que certains sujets se disent plus aptes en termes de connaissances médicales que le personnel soignant.

Ce type de représentation n'est pas propice à un sentiment de confiance. Il engendre plutôt un sentiment de défiance à l'égard du personnel soignant et de l'hôpital en général.

La décision de faire ou de ne pas faire confiance va dépendre de l'interprétation que chacun va faire des intentions de l'autre. Ou plus précisément de la représentation que l'un a de l'autre.

Selon Ronald Burt :

« La relation de confiance est nécessaire dès lors que deux individus s'engagent dans une relation de coopération sans avoir de certitudes ni de garanties sur le comportement de l'autre partenaire »¹.

Rien ne garantit en effet que chacun des coopérants se comportera conformément aux termes du contrat implicite. Les soignés et les soignants doivent alors se faire confiance mutuellement.

Georg Simmel présente une double définition de la confiance, elle est pour lui :

« Une hypothèse sur une conduite future, assez sûre pour qu'on fonde sur elle l'action pratique »².

¹ Burt, Ronald, (2005). *Brokerage and closure, an introduction of social capital*, Oxford university press, p. 87.

² Simmel, Georg, (1996). *Secret et sociétés secrètes*, Paris, Circé, p. 22.

La confiance se traduit selon Simmel, par une hypothèse voir une prédiction sur un comportement futur. Or les sujets interrogés ont tendance à perdre cette confiance puisque l'hypothèse future sur les conduites du personnel soignant est troublée par le doute et l'incertitude, voir la négation et le pessimisme.

Les propos du sujet 6 le montrent clairement :

« Même s'il y'avait une contamination nosocomiale, les médecins ne te le diront jamais !! Personne ne te dira la cause exacte de ton infection, ils te culpabilisent toi et te disent que tu n'as pas fait assez attention, mais ils ne se remettent jamais eux en question. Il ne faut pas leur faire confiance ».

Les sujets témoignent du manque d'information et de dialogue entre les médecins et les patients, bien que l'échange informationnel est reconnu comme étant une source de réduction de l'incertitude et par conséquent une source de création de confiance.

La confiance en les professionnels de la santé résulte d'un acte de foi des soignés. Dire que l'on a confiance, c'est donc se référer à un sentiment fort, une disposition vis-à-vis de l'autre qui nous amène à nous fier à l'autre, c'est-à-dire nous en remettre à son comportement ou à son jugement. Selon Lazzeri et Damien :

« Quand on dit qu'on fait confiance à quelqu'un, on signifie que la probabilité qu'il fera une action bénéfique ou au moins non nuisible nous paraît assez élevée pour nous engager dans une forme de coopération avec cette personne »¹.

La confiance apparaît comme un actif relationnel. Elle est un véritable capital social qui permet de réduire l'incertitude. Simmel pense que :

« Le savoir est au cœur de la relation de confiance »².

Nous avons vu que les soignés n'ont pas une connaissance exhaustive sur le phénomène des infections nosocomiales. De plus, et selon les soignés, le personnel soignant ne les informe pas sur les risques encourus et les modalités de préventions. Cette insuffisance d'information

¹ Lazzeri, Christian et Damien, Robert, (2006). *Conflit, Confiance*, (collectif), PU de Franche Comté, p. 64.

² Simmel, Georg, (1996). *Secret et sociétés secrètes*, Paris, Circé, p. 26.

pourrait également être à l'origine de la défiance des soignés à l'égard des soignants et de l'hôpital.

La confiance telle qu'elle s'établie entre les différents acteurs sociaux d'un système social, s'assortit à un partage des anticipations. Le type d'action pratique est fondé sur la confiance ou la défiance.

Lazzeri et Damien précise que :

« La confiance engendre une certaine dépendance »¹.

Or dans le cas contraire, l'absence de confiance provoque un phénomène d'indépendance. Les soignés ne font pas confiance au personnel soignant lorsqu'il est question d'hygiène. Ce manque de confiance entraîne chez eux un processus comportemental indépendant de l'avis médical et de tout conseil professionnel.

Selon nos calculs basés sur le questionnaire distribué à notre échantillon d'enquête, les confiants représentent 30% des sujets interrogés et les défiants 70%, soit une majorité significative.

Dans ce qui suit, nous présentons les résultats par variable basés sur la question 23 (Avez-vous remarqué une quelconque absence d'hygiène chez le personnel soignant ?) et la question 24 (Faites-vous confiance au personnel soignant), de notre questionnaire, relatives à la notion de confiance et de défiance :

- Groupe :

Nous avons remarqué que les confiants sont majoritairement ceux qui ont déjà eu une expérience hospitalière (64%). Cette réalité pourrait s'expliquer par le fait que l'objet de la représentation soit vécu et par conséquent moins méconnu. Il engendre ainsi, moins de peur et d'appréhension. Nous pourrions ainsi dire que l'expérience diminue du sentiment de défiance, d'où l'intérêt des campagnes d'informations à l'école et par la télévision par exemple.

- Sexe :

Les femmes se présentent comme étant plus méfiantes (79%) que les hommes (60%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les femmes font davantage de

¹ Lazzeri, Christian et Damien, Robert, (2006). *Conflict, Confiance*, (collectif), PU de Franche Comté, p. 71.

travail domestique que les hommes, et par conséquent, seraient plus sensibles et observatrices que ces derniers. En effet, les femmes passent plus de temps que les hommes à la maison. Si ces différences existent, c'est parce qu'elles sont légitimées par les normes culturelles qui sont en vigueur. Cette répartition des tâches trouve son origine dans le poids des habitudes sociales et des normes culturelles qui régissent notre société et prescrivent aux femmes de trouver leur épanouissement personnel dans le soin de la maison, des enfants et des hommes. La domination masculine¹ et le patriarcale fortement implantés dans notre société en seraient la cause.

- Age :

Les jeunes sujets apparaissent plus défiants (76%) que les plus âgés (43%). Ces derniers se présentent comme étant plus confiants et rassurés.

- Niveau scolaire :

Les sujets ayant un niveau scolaire élevé se montrent plus défiants (86%) que les autres sujets ayant un niveau scolaire moindre (54%).

- Situation professionnelle :

Les sans emplois, les ouvriers et les étudiants ne font majoritairement pas confiance et se montrent plus rebelles et contestataires (72%) comparé aux cadres moyens et supérieurs (66%). Ces derniers adhèrent mieux à l'état et au fonctionnement institutionnel.

- Situation civile :

Nous remarquons que les célibataires font moins confiance (75%) que les mariés (89%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces derniers, et plus spécialement les femmes, sont amenés à fréquenter l'hôpital bien plus souvent que les célibataires, (suivi de grossesse, accouchement, soins des enfants, ...etc.), et qu'ainsi, l'objet de la représentation est alors moins méconnu.

¹ Notion introduite par Pierre Bourdieu et pour laquelle il a consacré un livre publié en 1998 aux Editions du Seuil. Il y développe une analyse sociologique des rapports sociaux entre les sexes, et cherche à expliquer les causes de la permanence de la domination des hommes sur les femmes dans toutes les sociétés. Ce livre s'appuie, en particulier, sur une étude anthropologique de la société berbère en Kabylie.

Ce qui est commun entre les confiants et les défiants, c'est le fait de penser que l'hôpital représente un risque pour les patients. Selon les sujets, il y aurait effectivement un risque de contracter une maladie à l'hôpital. De plus, ils pensent que l'hygiène aurait une connotation religieuse et/ou morale, en ce sens que le respect de l'hygiène est une norme qu'il faut respecter.

Globalement, les sujets défiants sont plus réticents à l'idée d'hospitalisation que les sujets confiants. La confiance apparaît comme un facteur déterminant dans les représentations sociales des infections nosocomiales. Elle exerce, de ce fait, un pouvoir sur l'action du sujet. Nous allons voir, dans la thématique suivante, sous quelle forme ce traduit cet action.

VII. Comportements préventifs et rituels d'hygiène.

Le personnel soignant est moins impliqué dans la maladie que le sujet. Chaque malade ne s'occupe que de son propre sort, tandis que le personnel soignant doit se soucier de tous les malades et mettre en balance les besoins de l'un avec ceux de l'autre.

Cette réalité pousse les sujets à prendre soins d'eux-mêmes par la mise en place de comportements et de pratiques ritualisés d'hygiène au sein de l'hôpital.

Ce travail de « sécurité clinique »¹ exercé par le sujet au sein de l'hôpital est une gestion active et préventive de la maladie. Il implique des logiques pouvant être contradictoires : celles de consacrer de l'énergie à ces pratiques d'hygiène tout en conservant sa santé en ménageant ses forces.

De plus, les représentations sociales des soignés sur les infections nosocomiales portant sur l'absence d'hygiène hospitalière les amènent à s'engager individuellement dans une attitude préventive. Le fait de condamner l'absence d'hygiène à l'hôpital et de veiller à sa propre hygiène lors d'une hospitalisation constitue une forme de prévention contre la pathologie nosocomiale. La représentation sociale de l'infection nosocomiale est alors inductrice d'actions et de comportements. Nous rejoignons de ce fait, la théorie d'Abric selon laquelle :

¹ Martin, Thiery, Quiviger, Pierre-Yves, (2007). *Action médicale et confiance*, Presse universitaire de Franche-Comté, p. 267.

« Les représentations sociales orienteraient les comportements des sujets et serviraient de guide pour l'action »¹.

Abric considère que la représentation que les individus se font d'une situation dans sa globalité permet de comprendre leurs comportements. Il pense que cette représentation :

« Va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales »².

A travers les discours des sujets, il apparaît que ces derniers pratiquent des rituels d'hygiène au sein de l'hôpital. Le sujet 2 nous dit :

« J'ai vu que les gens qui séjournaient longtemps à l'hôpital ramenaient avec eux de l'eau de javel ! Pour désinfecter eux même leur lieux de séjour ! ».

Nous interrogeons le sujet 5 sur son comportement à l'hôpital lors de son accouchement, voici sa réponse :

« A l'hôpital, j'ouvrais la fenêtre pour aérer la chambre, je faisais mon lit en le dépoussiérant un peu, je jetais les déchets et je désodorisais s'il était nécessaire, et cela tous les matins. C'est une habitude chez moi ».

Le sujet 6 nous dit :

« J'évitais de boire dans leur verre, on m'a ramené un verre de la maison. Pareil pour les ustensiles telle que la fourchette et la cuillère ».

¹ Abric, Jean-Claude, (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, p. 13.

² Ibidem.

Les discours des sujets traduisent une attitude préventive en milieu hospitalier. Leurs comportements ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation, mais par leurs représentations de cette situation.

Les comportements d'hygiène ritualisés qui consistent à adopter des actions répétées visant la propreté, traduisent le besoin de se protéger et de protéger sa sphère sociale. Cette dernière inclut le corps, les biens matériels et l'espace environnant. Il s'agit alors de sauvegarder sa sphère en se protégeant contre l'absence d'hygiène hospitalière, source d'infection nosocomiale.

Les rites sont des actions et des comportements répétés, stéréotypés et chargés de significations. Ils touchent à des questions relatives au pur et à l'impur (souillure ou purification), ou à l'ordre ou au désordre (rangement ou chaos). Les rituels d'hygiène se situent entre les deux. Il est, en effet, question de propreté et d'ordre. Ces deux notions sont présentes simultanément.

Tout se passe comme si l'individu qui ne pratiquait pas ces rites d'hygiène se mettait lui-même en danger.

Le sujet 4 nous dit :

« Lorsque ma sœur me rendait visite à l'hôpital, elle nettoyait un peu ma place pour moi, elle nettoyait même le sol, sous le lit et tout autour. On ne pouvait pas rester comme ça à ne rien faire. Je ne mangeais pas ce qu'ils nous donnaient, ma mère cuisinait à la maison et me l'envoyait avec mon frère ».

Nous remarquons que le travail d'hygiène hospitalière sensé être assuré par le personnel soignant, est substitué aux membres de la famille des patients. Ces derniers s'occupent de leurs proches hospitalisés en leur nettoyant l'espace qu'ils occupent et en leur apportant la nourriture du domicile familial. Nous remarquons qu'une grande importance est accordée à l'hygiène alimentaire dans la conception de la santé et de la maladie. Selon Herzlich, l'importance accordée à l'aliment dans la société est très ancienne.

« Régler ou surveiller son alimentation c'est donc, très directement, contrôler l'assimilation du malsain et de la maladie. Inversement, le 'bon aliment' apporte ou renforce la santé »¹.

La famille est impliquée dans le processus hospitalier et thérapeutique du patient. Elle offre ce qu'elle peut apporter pour le bien-être de son proche hospitalisé. Elle participe activement au parcours thérapeutique du patient. Ceci nous amène à dire que la famille est productrice de soins. Elle apparaît comme un acteur essentiel dans le système de soins et de prévention.

En effet, la famille accompagne le malade en vue d'une meilleure hospitalisation. Elle permet d'assurer des actions de prévention et des actions relationnelles (sociales et psychologiques) afin de maintenir le confort de la personne souffrante.

En plus de l'apport de la famille au processus thérapeutique de leur membre hospitalisé, les soignés, lorsque leur état de santé leur permet, pratiquent eux-mêmes des rituels d'hygiène au sein de l'hôpital. Ces rites d'hygiène sont des rites de purification. Ils effacent le danger qui provient d'une « souillure »². Cette dernière est définie comme étant une impureté du corps et de l'esprit.

Le danger de la souillure est toujours corrélé à une situation sociale au sein d'un système de représentations et de code moral. La souillure c'est ce qui dérange littéralement l'ordre de la société. Elle dérange d'autant plus qu'elle est contagieuse par excellence.

Pour éviter une contamination nosocomiale, on adopte les rites d'hygiène qui servent à nous protéger des menaces liées à la saleté. Cette dernière est, selon Mary Douglas, une rupture de l'ordre social.

En effet, la société est régit par un certain nombre de règles et de normes qui forment un ordre. Tout dérèglement provoque un désordre social. Ce désordre social serait à l'origine d'un dysfonctionnement perturbateur.

Douglas pense que les raisons de conservation de la santé ne sont pas celles qui nous poussent à nous protéger contre la mauvaise hygiène :

¹ Herzlich, Claudine, (1992). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Etudes des grandes écoles en sciences sociales, p. 130.

² Douglas, Mary, (2001). *De la souillure*, Paris, La découverte.

« Si, dans cette optique, nous réfléchissons honnêtement à nos récurages et à nos nettoyages, nous conviendrons aisément qu'ils n'ont pas pour but principal d'éviter les maladies »¹.

Il semblerait ainsi que la lutte contre la saleté serait principalement d'ordre social et psychologique. Les raisons médicales de préservation de la santé ne viendraient qu'en troisième position. Les rites de nettoyage auraient pour but principal de maintenir l'ordre social et non de préserver la santé.

Le sujet 5 nous disait, en parlant de son habitude à nettoyer au sein de l'hôpital :

« Si je ne le fais pas je ne me sentrais pas bien. (...) ».

Les propos du sujet 5 renvoient au sentiment de mal-être que pourrait entraîner le fait de ne pas effectuer ces pratiques ritualisées d'hygiène. Le sujet aura l'impression de manquer à quelque chose provoquant un désordre inhabituel. Le désordre étant une rupture de l'ordre social, il constitue, de ce fait, un malaise social et psychologique.

Le champ de la santé et de la maladie est ordonné par un jeu de normes et de règles sociales. Parmi elles, figurent les règles d'hygiène. Le non respect de ces règles conduit au désordre social et à la rupture du bien-être social et psychologique de la personne.

Ces rites d'hygiène traduisent l'absence de confiance vis-à-vis du personnel soignant. Cette absence de confiance engendre une indépendance comportementale portée sur la question de l'hygiène. Les sujets prennent alors soins d'eux même en s'occupant de leur propre hygiène et de l'espace qui les entoure.

Ces rituels d'hygiène pratiqués par les soignés au sein de l'hôpital, résulteraient également d'un sentiment de responsabilité. Le sujet se sent responsable de son état de santé car, selon Claudine Herzlich :

¹ Douglas, Mary, (2001). *De la souillure*, Paris, La découverte, p. 34.

« Faible ou forte, elle le définit »¹.

Le sujet est défini socialement par sa santé, dans le sens où, la santé représente son moteur, sa source dans laquelle il puise afin d'agir et d'interagir dans la société. La santé est une représentation socialement construite. Elle reflète l'impression de bien-être et d'équilibre. Elle est présentée comme un ordre, à l'inverse de la maladie qui est perçue comme un désordre social, une désorganisation de l'ordre établi. Les représentations de la santé chez les individus sont très variables en fonction de leurs univers sociaux. Être en « bonne santé » dans une société donnée, n'est pas la même chose dans une autre société. Mais ce qui relève de l'universalité, c'est le fait que chaque représentation de la santé dans une société donnée, définit ses acteurs sociaux.

VIII. Accusation et déculpabilisation.

Nous avons remarqué que les sujets interrogés présentent une certaine tendance accusatoire envers le personnel soignant.

Le sujet 5 nous dit :

« Tout cela c'est à cause du personnel soignant qui ne fait rien. (...) si tous le monde faisait son boulot la bas, il n'y-aurait pas ses infections là ».

Le sujet 3 nous dit également :

« (...) le personnel soignant ne fait rien »

Le sujet 6, quant à elle, nous dévoile :

« (...) Les femmes de ménage sont prétentieuses. Elles ne font pas leur travail ».

¹ Herzlich, Claudine, (1992). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Paris, Etudes des grandes écoles en sciences sociales, p. 54.

Cette tendance accusatoire observée chez les sujets pourrait être à l'origine d'un besoin de déculpabilisation. La culpabilité que pourrait entraîner l'absence d'hygiène à l'hôpital semblerait être une transgression à leur code de valeurs. Elle pourrait déséquilibrer leur harmonie, leur donner une mauvaise conscience.

En effet, la propreté est une notion dotée d'une forte charge sociale et culturelle. Elle possède une dimension sacralisée et valorisée. Toute transgression à cette valeur sociale porterait atteinte à son auteur. Le fait de rejeter la faute sur autrui et en l'occurrence sur le personnel soignant, prendrait racine dans cette représentation sociale de la notion de propreté. Il s'agirait ainsi, et pour reprendre Goffman de :

« Ne pas perdre la face »¹ .

La « face » est une valeur sociale positive. Elle est définie par Goffman comme étant :

« Son bien le plus précieux et son refuge le plus plaisant »²

La volonté de préserver la face se trouve au cœur de cette attitude d'accusation et de déculpabilisation. La valeur sociale de la face dépend de l'interprétation que la société se fait de la conduite d'un sujet. Ce dernier se doit de préserver cette face qui lui assure le respect de la société. Elle est une condition nécessaire à toute interaction sociale. Les rituels d'hygiène pratiqués par les sujets au sein de l'hôpital sont l'expression comportementale de cette volonté de garder la face. Ils font également parti des lignes de conduite, employées au sein de l'hôpital, pour donner une image de soi conforme : « la face ». Cette dernière est un prêt consenti par la société, et qui est retiré quand la personne n'adopte pas le comportement attendu. Les soignés deviennent alors leurs propres geôliers et assurent leur face sociale en adoptant ses rituels d'hygiène au sein de l'hôpital.

¹ Goffman, Erving, (1974). *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, p.18.

² Ibidem, p. 13.

IX. Dissonance cognitive.

La dissonance cognitive est un état pénible et inconfortable caractérisé par deux cognitions (idées et pensées), totalement apposées l'une à l'autre. Une incompatibilité dans deux éléments ne devant pas se trouver associés dans une même situation.

Léon Festinger définit la dissonance cognitive comme étant :

« Un état de tension désagréable dû à la présence simultanée de deux cognitions (idées, opinions, comportements) psychologiquement inconsistantes »¹.

L'analyse des discours des sujets interrogés nous dévoile l'existence de dissonances cognitives présentes dans les représentations sociales des sujets interrogés sur le phénomène des infections nosocomiales, comme nous l'indique les propos de sujet 2 :

« Une bonne hygiène c'est la préservation de la santé. Mais lorsque cette dernière est absente, la santé est mise en danger. Et pour tout vous dire (...) il y a un manque notable d'hygiène à l'hôpital. Alors pour un établissement dit de santé, vous imaginez que cela représente un véritable paradoxe. (...) On est normalement sensé se soigner et récupérer notre bien être à l'hôpital, mais en réalité c'est totalement le contraire qui se passe. C'est très paradoxal ».

En effet, la logique hospitalière va à l'encontre du phénomène des infections nosocomiales. L'hôpital sensé être un lieu de soins, devient avec les infections nosocomiales, un endroit où l'on contracte toute sorte de maladies. Le sujet entre à l'hôpital avec une pathologie et peut en ressortir avec une autre. Cette réalité constitue un paradoxe pour le sujet. Le phénomène des infections nosocomiales est alors perçu comme étant une dissonance cognitive et sociale.

La réduction de la dissonance cognitive comme l'explique Léon Festinger, peut se faire par l'adoption de comportement visant le changement de situation. Dans ce cas, les rituels d'hygiène pratiqués par les sujets à l'hôpital peuvent avoir pour objectif de réduire cette

¹ Festinger, Léon, (1957). *L'échec d'une prophétie*, Paris, PUF, p. 89.

dissonance cognitive et sociale et atténuer la pression et l'inconfort psychologique et social qui en résulte.

La reproduction de l'espace domestique à l'hôpital, caractérisée par l'adoption de rituels domestiques d'hygiène et l'utilisation de matériaux provenant de la maison au sein de l'hôpital, constitue, pour les sujets, une solution de maintien de l'ordre social auquel ils sont habitués et, par conséquent, une diminution de la dissonance cognitive et sociale que provoque ce désordre. Leur habitus les a amenés à reproduire au sein de l'hôpital, ces règles et ces normes qu'ils ont incorporées durant leur socialisation.

Nous nous permettons d'ajouter une remarque importante ; A travers nos entretiens, nous nous apercevons qu'au-delà de la pathologie nosocomiale, nous faisons face à une pathologie institutionnelle. En effet, selon les sujets interrogés, l'hôpital est malade. Le tableau clinique de cette pathologie institutionnelle est caractérisé par :

- L'absence d'hygiène hospitalière.
- L'incompétence du personnel soignant.
- L'insouciance du personnel soignant.
- La chosification des patients.
- L'absence de communication et d'information.
- L'infonctionnalité de l'hôpital.
- L'absence de matériels adéquats.
- Le favoritisme.

L'hôpital est donc malade, et entraîne dans sa maladie les patients qui sont venus pour chercher la guérison. Cette pathologie institutionnelle présente un effet direct sur la santé des patients. Lorsque l'hôpital va mal, les patients vont mal. Le tout à une influence sur ces composants.

En effet, l'institution hospitalière fait partie de l'environnement social du sujet. Cet environnement social est à l'origine des nouveaux déterminants de la santé. Il importe ainsi

d'inclure les différentes dimensions de la personne, et non seulement le corps malade. Nous rejoignons de ce fait, le modèle biopsychosocial qui représente un élargissement dans la conception mécanique de la maladie et qui prend en considération le facteur social et psychologique dans la genèse de la maladie.

La pathologie institutionnelle engendre une pathologie somatique chez les sujets. L'infection nosocomiale est alors considérée comme étant la conséquence somatique d'une pathologie institutionnelle. Pour prévenir cette pathologie nosocomiale, il faudrait, en amont, remédier à la pathologie institutionnelle qui en est la cause.

X. Image corporelle et hygiène hospitalière.

La notion d'image corporelle est utile pour comprendre la complexité des comportements des sujets dans l'espace hospitalier. L'image corporelle est la perception globale, à évolution constante, que l'on a de son physique, considéré comme entité différenciée et distincte des autres. C'est la représentation de notre corps. Cette représentation se construit à partir du vécu et des expériences sociales et psychologiques du sujet. L'intégration et l'incorporation des expériences prennent une place importante dans cette perception de l'image corporelle.

Une telle perception se fonde aussi bien sur les sensations et les fonctionnements internes que sur les informations reçues de l'extérieur. La société détermine les normes d'apparence physique et de comportement. Il est évident que les sources extérieures influencent également notre perception de nous-mêmes. Les remarques et les regards d'autrui, les normes de beauté et de plaisance véhiculées dans notre société, sont toutes des sources de renforcements (négatifs ou positifs) face à notre image corporelle.

En effet, nous ne naissons pas avec une image corporelle toute construite. Elle se développe au cours de la sociabilité, selon les conditions de vie du sujet, selon son habitus et ses caractéristiques psychologiques. Notre corps se trouve donc à la croisée des chemins entre notre individualité et la société qui juge sa présentation. L'apparence corporelle occupe une place privilégiée dans l'établissement des rapports sociaux et elle est l'objet de soins et d'attentions tout à fait particulier qui se rattache à l'hygiène corporelle.

Or, en milieu hospitalier, l'image corporelle et l'estime de soi se trouvent menacées. Des sentiments de malaise peuvent naître chez le sujet. Son image corporelle pourrait être altérée

lorsqu'il se trouve dans un espace manquant d'hygiène. Cette absence de propreté perçue par le sujet a une charge symbolique négative pouvant s'expliquer par un système de normes sociales et culturelles. Le plus souvent, les soignés supportent mal leur image corporelle ainsi que le regard d'autrui posé sur eux au sein de l'hôpital, comme nous l'indique les propos du sujet 5 :

« Quand tu es à l'hôpital tu ne te supporte pas toi-même. Tu te sens sale et pas à l'aise. Tu n'as qu'une hâte, celle de guérir et de sortir pour pouvoir aller au hammam. Même tes vêtements que tu as mis à l'hôpital, tu ne les supporte plus. Tu ne les mettras plus, même si tu les laves après. Ils te rappelleront l'hôpital. Et puis je suis très méfiante. Par exemple dans leurs nourritures. On ne sait jamais comment s'est préparée. Et puis ce n'est jamais bon la nourriture de l'hôpital. Lorsqu'on dit d'un repas que c'est comme la 'nourriture de l'hôpital' cela veut dire que ce n'est pas bon. Et les draps aussi ne sont pas très propres. Non non il faut faire attention ».

Ces propos montrent clairement que l'image du corps est très mal perçue à l'hôpital. Le sujet 5 témoigne de sa grande gêne à supporter son propre corps à l'état dans lequel il se trouve à l'hôpital. L'image corporelle est alors détériorée. Même les vêtements portés à l'hôpital font l'objet de refus. Le sujet 5 nous dévoile qu'elle ne les mettra plus car ils lui rappelleront l'hôpital.

En effet, les vêtements ne sont pas un détail insignifiant que la phénoménologie du corps pourrait ignorer. Ils nous disent comment l'homme ressent son corps, s'il l'accepte ou le refuse. Le malaise hospitalier est tel, que les soignés ne supportent plus les vêtements qu'ils ont sur eux. Ils veulent s'en débarrasser une fois sortis de l'hôpital. Ce sentiment de gêne vestimentaire chez les soignés est corrélé à l'impropreté et au manque d'hygiène hospitalier. Il peut s'étendre même à la sortie de l'hôpital en présence de ces mêmes vêtements. En effet, le sujet 5 nous dit qu'elle ne mettra plus ces vêtements car ils lui rappelleront l'hôpital. Cet élément représentatif peut être généralisé et indiquer que le sujet tend à se débarrasser de tout ce qui peut lui rappeler son séjour hospitalier.

Le sujet 5 évoque le hammam en disant que les soignés hospitalisés n'ont qu'une hâte celle d'y aller pour se débarrasser de l'impureté accumulée durant leur hospitalisation. Ce discours révèle le sentiment d'impropreté des soignés au sein de l'hôpital. Le hammam présente, dans ce cas, une fonction de purification.

Nous comprenons que le soigné tend à se séparer de tous ce qui est relatif à une expérience hospitalière.

De plus, le discours du sujet 5 traduit, sur le plan clinique, une distinction entre la conscience individuelle, celle qui ne supporte pas les objets provenant de l'hôpital lorsqu'ils sont en contact avec le corps, et les matériels hospitaliers qui reflètent une absence d'hygiène. Sartre¹ a nommé ces deux formes d'existence : l'en-soi et le pour-soi.

En effet, le pour-soi désigne l'homme, pourvu d'une conscience, capable de percevoir divers aspects de lui-même. L'en-soi caractérise les objets sociaux enfermés dans leur essence.

Le sujet 5 a conscience de son état (le pour-soi) lorsqu'elle est en contact avec les objets provenant de l'hôpital (l'en-soi). Cette distinction entre l'en-soi et le pour-soi est très claire dans le discours représentatif du sujet 5.

Nous pouvons ainsi dire que les représentations sociales des infections nosocomiales chez les sujets contiennent des éléments d'existence en rapport avec l'en-soi et le pour-soi, puisque tous les soignés décrivent leur état de conscience en rapport avec l'institution hospitalière.

Par ailleurs, le discours du sujet 5 traduit des éléments en rapport avec le corps. Les draps, les vêtements, la nourriture, ...etc. sont des objets en contact avec le corps et la peau. Lorsqu'ils proviennent de l'hôpital, le sujet les évite.

Didier Anzieu pense que :

« La peau a une importance capitale »².

En effet, la peau n'est pas seulement une enveloppe physiologique, elle a une fonction sociale et psychologique : elle permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire, de

¹ Sartre, Jean-Paul, (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.

² Anzieu, Didier, (1985). *Le moi-peau*, Paris, Dunod, p. 95.

garder un rôle déterminant dans la relation à l'autre. Toute atteinte de la peau amène le sujet à éprouver un sentiment de malaise social et psychologique. Cette atteinte est soutenue par l'image du corps, support du narcissisme, à travers lequel l'habitus résonne dans les relations sociales.

Le sujet 5 nous dit :

« Mais malgré tous ça, je ne me laissais pas aller à l'hôpital, de temps en temps je me parfumais pour que l'odeur de l'hôpital ne reste pas sur moi ».

La relation du sujet avec l'environnement hospitalier est aussi très présente dans les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés. Selon Sartre, ce rapport de l'homme avec le monde environnant est appelé : le pour-autrui. Le sujet essaye de prendre soins de son corps et de garder une bonne hygiène malgré tout, afin de préserver sa socialisation.

Le sujet 5 rajoute :

« Et puis lorsque les gens viennent te voir, c'est la moindre des choses que d'être propre devant eux ».

L'image de notre corps est non seulement la façon dont notre corps nous apparaît à nous même, mais également le regard des autres posé sur nous. Lors des visites à l'hôpital, le corps des patients est soumis aux regards des visiteurs qui sont présents. Leurs regards ont le pouvoir d'influencer la perception des patients sur leurs propres corps. Ainsi, le fait de soigner son image corporelle traduit une réaction au monde qui nous entoure.

En effet, le corps est indissociable au monde dans lequel il évolue. Il est le produit de ce monde et c'est à travers le corps qu'on découvre l'espace.

Selon Didier Anzieu¹, le corps est relatif à la personne, à la culture et à la relation touché-touchant, avec autrui. Le corps dépend de l'habitus et de l'histoire corporelle du sujet mais

¹ Anzieu, Didier, (1985). *Le moi-peau*, Paris, Dunod.

aussi des facteurs culturels. Ces derniers sont très importants car chaque culture à ses propres valeurs et caractéristiques auxquelles le corps obéit.

Notre culture accorde une grande importance au maintien d'une bonne hygiène du corps et de l'espace environnant. Cette norme sociale doit être respectée par le sujet au risque de se voir rejeter par la société. Ce phénomène est reproduit à l'hôpital. Les patients essayent de préserver un bon état d'hygiène du corps et de l'espace qui les entoure, ceci aux yeux des visiteurs qui viennent les voir, en d'autres termes, de la société.

Nous nous permettons de formuler une remarque importante. Nous avons pu accéder à ces résultats en ayant recours à l'analyse du contenu discursif de la représentation. Cette méthode qualitative consiste en une analyse systématique et méthodique du discours des sujets transcrit en documents textuels.

L'expression discursive revêt alors une importance capitale. C'est à travers elle qu'on peut accéder à la représentation des sujets. Cependant, le discours n'est pas la représentation. Il n'est qu'un moyen d'expression de cette représentation qui, est bien plus vaste et complexe. Ainsi, nous ne pouvons prétendre connaître l'ensemble des représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés. Nous pouvons seulement avoir accès à certains éléments représentatifs qui constituent pour les sujets un type de connaissance valide duquel ils peuvent tirer le principe de leurs actes.

PERSPECTIVES

Les principales perspectives de recherches qui apparaissent à l'issue de ce mémoire concernent le prolongement de notre étude, dont l'apport principal concerne l'analyse des représentations sociales et des comportements des soignés face aux infections nosocomiales.

En effet, il serait intéressant de voir si ces représentations sociales de l'infection nosocomiale sont applicables à tout types d'établissement de santé. En effet, les cabinets de dentistes et les petites structures sanitaires représentent également des lieux où peuvent apparaître des infections nosocomiales.

De plus, nous avons vu que les représentations sociales de l'infection nosocomiale étaient le produit d'une construction sociale par les acteurs sociaux. Ces derniers sont actifs et mouvants. Ils se représentent le monde dans lequel ils vivent à partir de leurs expériences personnelles, à travers les communications et les informations qui circulent dans la société, mais aussi à partir de leur culture et de leur système de référence. Les différences culturelles pourraient ainsi être à l'origine des variations dans les représentations sociales. Il serait, de ce fait, intéressant d'entreprendre une étude comparative dans la thématique des représentations sociales des infections nosocomiales entre notre société et une autre. Les dynamiques représentationnelles seraient ainsi mieux mis en exergue, nous pourrions dévoiler les différences culturelles dans la construction d'une représentation sociale de l'infection nosocomiale et nous aurions un point de comparaison nécessaire à une meilleure compréhension du phénomène.

Il serait également intéressant de poursuivre cette étude, dans le but d'atteindre une perspective à long terme. Celle d'entreprendre une éventuelle démarche préventive ou stratégie pédagogique en matière de lutte contre ce phénomène qui s'avère un problème de santé publique dans notre pays.

Plus généralement, il serait nécessaire d'apporter à la notion de représentations sociales cette maturation qui lui permet de passer du statut d'outil de description à celui d'outil d'explication et de compréhension. Il serait également nécessaire de travailler sur la dynamique des représentations sociales et sur la diversification des méthodes et des outils de recueil des données.

Toute représentation renvoie au social dont, à la fois, elle tient ses éléments structuraux et auxquels elle confère ses significations. Cela induit l'affirmation qu'il ne peut pas exister d'études satisfaisantes des représentations sociales en dehors d'une sémiologie du contexte

socioculturel. La question du sens est alors fondamentale. Puisque tout élément de représentation doit sa capacité d'émergence aux significations dont il est porteur.

Par conséquent, étudier les représentations sociales d'un objet revient à évaluer le champ sociocognitif, assorti des validations culturelles y afférant, dans lequel le sujet inscrira ses actions.

CONCLUSION

La mise en évidence d'un système de référence profane est établie. Ce système de référence est construit par le biais des représentations sociales. Les sujets ont une réflexivité continue sur le monde qui les entoure. Ils sont « actifs »¹ dans la société et se représentent le monde dans lequel ils vivent. Le champ de la santé prend une place importante dans leur système de référence. Il importe ainsi, de ne pas considérer la santé comme une valeur autonome, dissociée de l'ensemble de la vie des personnes et de leur insertion sociale. Les représentations sociales de la santé et de la maladie constituent une mise en relation de l'ordre biologique et de l'ordre social par le sujet. C'est une activité d'interprétation et de quête de sens.

Les représentations sociales des infections nosocomiales constituent un domaine d'étude très large impliquant plusieurs disciplines, à savoir la sociologie, la psychologie sociale et l'anthropologie. Les résultats obtenus dans la présente étude font état du sens que donnent les soignés aux infections nosocomiales.

Cette étude a mis en exergue le rapport : patient-personnel soignant-hôpital, ou en d'autres termes, le rapport : soigné-soignant-institution hospitalière. Mais elle nous a permis avant tout de comprendre la dynamique réflexive et représentative des sujets dans le champ de la santé. Ces derniers, sont parfois appelés profane à tort, car cette appellation n'est plus à l'heure du jour. En effet, certains de ces sujets ont intégré dans leurs logiques des connaissances médicales dignes d'un professionnel de la santé, certains d'autres, produisent des discours à caractère social et culturel, mais ne se trouvant pas à l'encontre de la logique médicale. La logique profane, très hétérogène, n'est donc pas en rupture avec la logique médicale. Nous pouvons plutôt parler de deux logiques circulant dans un sens unique.

Les profanes sont sans cesse en quête de sens et de logiques interprétatives concernant leur état de santé. Les recours thérapeutiques se multiplient et leur savoir s'accroît au fur et à mesure que la médecine et les moyens de communications évoluent. Ainsi, l'idée de rupture épistémologique entre profane et expert est erronée, car la science est un prolongement du sens commun.

Pour les soignés, le phénomène des infections nosocomiales serait principalement dû à l'absence d'hygiène hospitalière. De plus, et de manière secondaire, les soignés se représentent ce phénomène comme étant lié, de près ou de loin, à plusieurs autres

¹ Freidson, Eliot, (1984). *La profession médicale*. Paris, Payot, p32.

phénomènes observés au sein de l'hôpital, tels que l'incompétence des professionnels de la santé, l'absence de reconnaissance sociale, l'organisation flottante, l'infonctionnalité de l'hôpital ... etc. Ces éléments présents dans leurs représentations provoquent une perte de confiance envers les soignants et envers l'hôpital en général, ce qui engendre une certaine réticence à l'idée même d'hospitalisation.

L'asymétrie qui régissait la relation entre les soignés et le personnel soignant est rompue. Le phénomène des infections nosocomiales vient perturber cette relation et détériorer l'image du personnel soignant. La représentation de l'identité professionnelle des soignants est mise à mal chez les soignés.

Les sources de construction des représentations sociales des infections nosocomiales sont hétéroclites. Certains sujets ont construit leur représentation à travers une expérience hospitalière personnelle, parfois renouvelée, d'autres ont construit leur représentation grâce à leurs visites à l'hôpital, d'autres encore ont hérité des connaissances et des informations sur ce sujet par le biais des échanges communicationnelles avec les autres et ont, par conséquent pu construire leur représentation. Enfin, d'autres ont nourri leur représentation de rumeurs en rapport avec ce sujet. Cependant, tous évoquent l'absence d'hygiène hospitalière comme étiologie principale à l'origine du phénomène des infections nosocomiales.

Par ailleurs, les soignés n'ont pas de connaissances exhaustives sur le phénomène des infections nosocomiales. Les autres éléments étiologiques, tels que la stérilisation des matériaux ou l'usage excessif des antibiotiques, ont rarement été cités voire jamais.

Un phénomène d'isolement social est perçu en milieu hospitalier chez les soignés. Ces derniers se replient sur eux-mêmes. Leurs échanges communicationnels sont très limités. Ce phénomène traduit une manifestation sociale et psychologique de l'angoisse, de la crainte et de l'appréhension d'une contamination nosocomiale.

De plus, le phénomène des infections nosocomiales place les soignés en victime. Un statut qui leur permet de conserver la face sociale. L'hygiène hospitalière est présentée comme étant un sujet tabou. L'évocation de la notion d'hygiène au sein de l'hôpital violerait les codes moraux de la société en général et de l'institution hospitalière en particulier, puisque les normes d'hygiène font partie intégrante des normes et des règles nécessaires au maintien de l'ordre social.

Le risque de maladie et de contamination engendré par le phénomène des infections nosocomiales est ressenti comme étant un danger pouvant se développer en l'absence de vigilance et de surveillance de la part des soignés vis-à-vis de la qualité d'hygiène hospitalière.

En effet, les acteurs sociaux se représentent l'institution hospitalière comme constituant un danger réel pour la santé des patients. La confiance est rompue entre soigné et soignant. Ce paradoxe accentué avec le phénomène des infections nosocomiales, engendre une dissonance cognitive et sociale, plongeant les soignés dans un état de malaise social et psychologique. Ils adoptent alors des rituels d'hygiène au sein de l'hôpital. Ces comportements ritualisés d'hygiène consistent en une reproduction de l'espace domestique dans leur lieu de séjour hospitalier. Dès lors, une attitude préventive est mise en exergue. Ces comportements constituent pour les sujets une prévention de la maladie et une conservation de la face sociale. Cette valeur positive se trouve au cœur de l'attitude d'accusation et de déculpabilisation par les soignés.

La notion de saleté souille le statut de la personne et provoque une rupture de l'ordre social. La reproduction de l'espace domestique à l'hôpital constitue pour eux une solution de maintien de cet ordre social et de l'équilibre psychologique.

La famille est, elle aussi, impliquée dans le processus thérapeutique et hospitalier du patient. Elle participe activement au parcours thérapeutique du patient et l'accompagne tout au long de son hospitalisation. Elle apparaît comme un acteur essentiel dans le système de soins et de prévention. Elle est, de ce fait, productrice de soins.

Par ailleurs, l'image corporelle et la conscience de soi sont des éléments déterminants dans le rapport de l'individu à l'espace hospitalier. Le sujet refuse tout contact avec les objets provenant de l'hôpital et tend à se séparer de tout ce qui est relatif à une expérience hospitalière.

L'élément majeur de cette étude est l'aboutissement à la conclusion suivante : les raisons médicales des comportements préventifs d'hygiène ne viendraient qu'en aval des raisons sociales et psychologiques. Le sociétal et le psychologique jouent un rôle primordiale dans le domaine de la santé. Les représentations sociales des infections nosocomiales le montrent bien.

De plus, nous n'avons pas remarqué de différence entre les représentations sociales des infections nosocomiales chez les sujets déjà hospitalisés et ceux qui ne l'ont jamais été. Il y'avait certes une hétérogénéité des discours, cependant, aucune différence majeure n'a été décelé. Cette réalité s'explique par les différentes sources de construction d'une représentation. La communication et les échanges interactionnels entre les sujets sont à l'origine du caractère commun de la représentation.

Notre hypothèse principale portant sur l'hygiène hospitalière et la rigueur professionnelle comme éléments constitutifs de la représentation sociale de l'infection nosocomiale s'est confirmée. Cependant, l'hygiène en question est plutôt une hygiène à détermination sociale et non à détermination médicale. Elle ne reflète pas essentiellement un souci de conservation de la bonne santé. Le sujet s'inquiète principalement de l'image sociale que renvoie ce manque d'hygiène.

Quant à notre hypothèse secondaire, selon laquelle ces représentations sociales influencent le comportement des soignés au sein de l'hôpital et les amènent à adopter une conduite d'évitement, s'est confirmée. De plus, nous avons remarqué que les soignés éprouvaient une gêne à l'hôpital et n'avez qu'une hâte, celle de sortir de cette institution. Les sujets qui n'ont jamais été hospitalisés ne souhaitent pas y rester longtemps, si une hospitalisation s'imposerait.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu obtenir des statistiques exactes sur le taux d'infection nosocomiale à l'hôpital de Mostaganem. Mais cela ne nous surprend pas puisqu'aucun comité de lutte contre les infections nosocomiales n'y est concrètement installé.

Ces conclusions confirment le rôle central de l'interdisciplinarité dans notre étude. La notion de représentations sociales génère une grande complexité qui se lit au mieux dans la diversité des prises de positions interdisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

1. Abric, Jean Claude, (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF.
2. Anzieu, Didier, (1985). *Le moi-peau*, Paris, Dunod.
3. Ariès, Philippe, (1960). *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon.
4. Aron, R. (1955). *L'opium des intellectuels*, Paris, Hachette littérature.
5. Bensaad D. & Coll., (Sept-Oct. 2000). Enquête de prévalence sur les infections nosocomiales au CHU Annaba en 1998, *J.A.M.*, n°5 vol. X.
6. Bourdieu, Pierre, (1994). *Raisons pratiques*, Paris, Seuil.
7. Bourdieu, Pierre, (1993). *La misère du monde*, Paris, Seuil.
8. Bourdieu, Pierre, (1984). *Questions de sociologie*, Paris, Editions de Minuit.
9. Bourdieu, Pierre, (1982). *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard.
10. Bouziani, Mustapha, (2002). *Les pathologies infectieuses. Aspects épidémiologiques et prophylactiques*, Oran, Edition Dar El Gharb.
11. Crochet, Soizik, (1992). Rituels d'hygiène. La savonnette, le perroquet et la sécurité sociale, revue d'Ethnologie française XXII, *Corps, maladie et société*.
12. Crozier, Michel & Friedberg, Erhard, (1997). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Points.
13. Destouches, Louis Ferdinand, Céline, (1924). *La vie et l'œuvre de Philippe Ignas Semmelweis*, Simon, Rennes.
14. Doise, Willem, Clémence, Alain, Lorenzi-Cioldi Fabio, (1992). *Représentations sociales et analyse des données*, Préface de Pierre Bourdieu, Presse Universitaire de Grenoble.
15. Douglas, Mary, (2001). *De la souillure*, Paris, La découverte.

16. Durkheim, Emile, (Mai 1898). Représentations individuelles et représentations collectives, *Revue de métaphysique et de morale*, Tome IV, (texte édité dans *Sociologie et philosophie*, (1967), Paris, PUF).
17. Durkheim, Emile, (Mai 1898). Représentations individuelles et représentations collectives, *Revue de métaphysique et de morale*, Tome IV. Cité par Moscovici, Serge, (1989). *Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire*, sous la direction de Jodelet, Denise, Paris, PUF.
18. Erner, Guillaume, (2006). *La société des victimes*, Paris, La Découverte.
19. Festinger, Léon, (1957). *L'échec d'une prophétie*, Paris, PUF.
20. Fisher, A.G., (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, PUM.
21. Freidson, Eliot, (1984). *La profession médicale*, Paris, Payot.
22. Freud, Sigmund, (1923). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.
23. Freud, Sigmund, (1909). *L'homme aux rats. Un cas de névrose obsessionnelle*, Paris, Payot.
24. Freud, Sigmund, (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne. Application de la psychanalyse à l'interprétation des actes de la vie quotidienne*, Paris, Payot.
25. Goffman, Erving, (1974). *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit.
26. Gordon, W. Allport & Leo J., Postman, (1945). The basic psychology of rumor. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, Série II, vol. 8.
27. Herzlich, Claudine, (1992). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*, Paris, Etudes des Grandes Ecoles en Sciences Sociales.
28. Herzlich, Claudine, (2001). *Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept*, extrait de *Penser la vie, le social, la nature*. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici, sous la direction de Buschini, Fabrice et Kalampalikis, Nikos, Paris, Edition de la maison des sciences de l'homme.

29. Jodelet, Denise, (1989). *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF.
30. Jodelet, Denise, (1984). *Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie*, sous la direction de Moscovici, Serge, Psychologie sociale, Paris, PUF.
31. Kohl, Frantz Samy, (2006). *Les représentations sociales de la schizophrénie*, Paris, Masson.
32. Kozul, Mladen, (2005). *Le corps dans le monde : récits et espaces sadiens*, Belgium, Peeters.
33. Lazzeri, Christian et Damien, Robert, (2006). *Conflit, Confiance*, (collectif), PU de Franche Comté.
34. Lévy-Bruhl, Lucien (1927). *L'âme primitive*, Paris, Les presses universitaires de France.
35. Martin, Thierry, Quiviger, Pierre-Yves, (2007). *Action médicale et confiance*, Presse universitaire de Franche-Comté.
36. Matthew, J., Salganik, M.J., Douglas, D., Heckathorn, D.D. (2004). Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling, *Sociological methodology*, vol. 34.
37. Mebtoul, Mohamed, (1994). *Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan.
38. Moscovici, Serge, (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.
39. Pédinielli, Jean Louis, (1994). *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Nathan université.
40. Piaget, Jean, (1932). *Le jugement moral chez l'enfant*, Paris, PUF.
41. Rompré, David, (2000). *La sociologie : une question de vision*, l'Harmattan, Paris.
42. Sartre, Jean-Paul, (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
43. Sillamy, Norbert, (1994). *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Larousse.

44. Simmel, Georg, (1996). *Secret et sociétés secrètes*, Paris, Circé.

45. Vovelle, M., (1993). Histoire et représentations, in *Sciences humaines*, n° 27.

Journée d'étude :

1. Journée d'étude organisée à l'Institut Technologique de la Santé Publique (ITSP) d'Oran, (le 16 Avril 2006).

Médias :

1. *El Watan*, Edition nationale d'information, le 15 Mars 2009.
2. *El Watan*, Edition nationale d'information, le 28 Février 2008.
3. *El Watan*, Edition nationale d'information, Le 08 Octobre 2008.
4. *El Watan*, Edition nationale d'information, le 18 Novembre 2006.
5. *Le Quotidien d'Oran*, Edition Nationale d'Information, le 27 Janvier 2009.
6. *Réflexion*, Quotidien national d'information, le 25 Avril 2010.

Sites internet :

1. www.dictionnairemedical.com
2. www.who.int/fr/

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN (semi-directif)

« LES REPRESENTATIONS SOCIALES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES CHEZ LES SOIGNES »

A / L'ASPECT DEFINNITOIRE DE L'INFECTION NOSOCOMIALE.

1. Qu'est ce qu'une infection nosocomiale ?
2. Quelles sont les causes d'une infection nosocomiale ?
3. Comment peut-on contracter une infection nosocomiale ?
4. Comment peut-on prévenir une infection nosocomiale ?

B / LE RAPPORT A L'HYGIENE.

1. Qu'est ce que l'hygiène hospitalière ?
2. L'hygiène est-elle respectée à l'hôpital ? pourquoi ?
3. Y a-t-il un lien entre hygiène et infection nosocomiale ? si oui, lequel ?
4. Quels sont les comportements que peuvent adopter les soignants pour préserver une bonne hygiène ?
5. Quels sont les comportements que peuvent adopter les soignés pour préserver une bonne hygiène ?
6. Qui est responsable de l'hygiène hospitalière ?
7. Qui s'occupe réellement de l'hygiène à l'hôpital ? pourquoi et comment ?
8. Parlez-vous d'hygiène et de conduites préventives avec le personnel soignant ? pourquoi ?

C/ LE RAPPORT A LA CONFIANCE.

1. Faites-vous confiance à l'hôpital ? pourquoi ?
2. Comment sont vos rapports avec le personnel soignant ?
3. Suivez-vous les consignes du personnel soignant ? pourquoi ?
4. Avez-vous peur de l'hôpital ? Pourquoi ?

Questionnaire

Données factuelles :

Sexe :.....

Age :.....

Niveau scolaire :.....

Situation civile :.....

Situation professionnelle :.....

Nous étudions les représentations sociales des infections nosocomiales chez les personnes. Nous vous prions de répondre aux questions qui vous sont posées. Ce questionnaire est totalement anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Donner simplement et librement votre opinion sur chacune des questions qui vous est posée. Par avance, nous vous remercions de votre collaboration.

Questions :

1. Avez-vous déjà eu une expérience en tant que patient à l'hôpital ? Oui Non

2. Imaginez-vous l'hôpital autrement que ce que vous avez constaté lors de votre hospitalisation ? Oui Non

3. L'hygiène est-elle respectée à l'hôpital ? Oui Non

4. L'hygiène est-elle en rapport avec le lavage des mains ? Oui Non
5. L'hygiène est-elle en rapport avec la stérilisation des matériaux utilisés ? Oui Non
6. L'hygiène est-elle en rapport avec la propreté des lieux ? Oui Non
7. L'hygiène est-elle en rapport avec les maladies des patients ? Oui Non
8. L'hygiène a-t-elle une connotation religieuse ? Oui Non
9. L'hygiène a-t-elle une connotation morale ? Oui Non
10. L'hygiène a-t-elle une connotation médicale ? Oui Non
11. Y-a-t-il un lien entre hygiène et qualité de soins ? Oui Non
12. Avez-vous éprouvé une gêne concernant l'hygiène et qui vous a donné envi de quitter l'hôpital ? Oui Non
13. Y-a-t-il un risque de tomber malade à l'hôpital ? Oui Non
14. Avez-vous peur de l'hôpital ? Oui Non

15. Savez-vous ce que c'est qu'une infection nosocomiale ? Oui Non

16. Avez-vous été victime d'une infection nosocomiale ? Oui Non

17. Y'a-t-il un membre de votre famille qui a été contaminé par ce genre d'infection ? Oui Non

18. Pensez-vous pouvoir prévenir une contamination nosocomiale ? Oui Non

19. L'infection en question est-elle en rapport avec l'absence de l'hygiène à l'hôpital ? Oui Non

20. Pensez-vous que le personnel soignant soit responsable de cette infection ? Oui Non

21. Pensez-vous que les patients soient responsables de cette infection ? Oui Non

22. Parlez-vous d'hygiène et de conduites préventives avec le personnel soignant ? Oui Non

23. Avez-vous remarqué une quelconque absence d'hygiène chez
le personnel soignant ?

Oui Non

24. Faites-vous confiance au personnel soignant ?

Oui Non

25. Si, par malheur, vous tombez malade, et qu'une hospitalisation
serait préférable, accepteriez-vous de rester à l'hôpital jusqu'à
ce que votre état s'améliore ?

Oui Non

26. Depuis votre séjour à l'hôpital, pensez-vous que ce dernier a
bénéficié d'une amélioration concernant la qualité d'hygiène ?

Oui Non

Edition du 25 Avril 2010

La santé est malade à Mostaganem

Les malades atteints de cancer sont, le moins que l'on puisse dire, abandonnés à leur triste sort. Et pour cause, la wilaya de Mostaganem, ne dispose même pas d'un centre anticancéreux. L'hôpital de Mostaganem qui ne répond en aucune manière aux souffrances de ses malades connaît à longueur d'année, une affluence nombreuse en provenance des quatre coins de la wilaya.

Le cancer est une maladie grave qui nécessite des soins appropriés et pointus dans le temps. Mais avec la pénurie de certains médicaments vitaux, l'inégalité des soins, l'absence de radiothérapie, les malades cancéreux vivent un véritable drame à Mostaganem. C'est un véritable cri d'alarme que les patients lancent aux responsables du secteur pour pallier à ce vide considérable. Les malades qui sont orientés vers des structures spécialisées publiques à Oran, sont obligés parfois d'effectuer plusieurs déplacements par semaines pour des séances de chimiothérapies ou de radiothérapies. Selon certains témoignages on ne peut plus poignants, il leur arrive (les patients) de revenir bredouille faute de place ou de temps. A titre d'illustration, il est dit quelque part sur un papier que l'hôpital de Mostaganem est équipé d'un mammographe de dernière génération, mais la vérité est que cet appareil n'est entré pratiquement jamais en phase opérationnelle depuis son installation. Les motifs restent pour le moins obscurs. Par ailleurs, et dans le même contexte, il est à noter que cette structure était dotée au même titre que tous les hôpitaux dignes du nom, d'un appareil de scintigraphie flambant neuf, dont le montant était évalué à l'époque, à plus de 100 millions de centimes, mais hélas en situation de panne depuis plusieurs années. Selon les techniciens spécialisés en la matière, l'appareil, une fois installé, ne devrait sous aucun prétexte être déplacé n'importe comment et si la situation l'exigeait, il fallait faire appel à des techniciens manipulateurs. Or il ya de cela quelques années, l'ancien wali de Mostaganem, l'avait réquisitionné verbalement pour le transporter à sa résidence de fonction, où se trouvait un membre de sa famille malade qui nécessitait un radio aux rayons Gamma. Lors de son transport vers la résidence et son retour, l'appareil a subi des dommages dues aux vibrations provoquées par le véhicule. Une fois remis en place à l'hôpital, l'appareil n'a plus fonctionné et est resté en l'état à ce jour. Le plus intolérable dans tout cela, c'est la mauvaise prise en charge des malades, en cardiologie, en gynécologie, en traumatologie et en oncologie, du fait qu'ils sont évacués vers la capital de l'Ouest. Certains malades décèdent en route, faute de soins appropriés, idem pour la chirurgie femme. En gynécologie, le secteur public était renforcé de plusieurs chirurgiens-gynécologues et depuis, le nombre n'a cessé de diminuer. En 2003, un médecin a trempé dans une affaire de corruption, où il s'est vu passer les menottes pour être finalement incarcéré, un autre a disparu, un troisième a ouvert un cabinet privé après avoir honoré son contrat avec le secteur public. Une situation des plus dramatiques que vit le secteur de la santé à Mostaganem. En ce qui concerne l'ophtalmologie, pour des opérations dites sensibles, les patients sont obligés encore une fois de se diriger vers Oran, notamment chez les praticiens privés. La ville d'Oran est mieux nantie et de beaucoup plus loin pour ce genre d'opération et de prise en charge, plusieurs cliniques d'ophtalmologie ont ouverts dans cette ville durant ces dix dernières années, elles poussent comme des champignons. Les mostaganémois ressentent une grande amertume, en constatant des cabinets entiers délocalisés vers Oran, à l'image du cabinet d'ophtalmologie du Dr. Chali. Sur un autre registre, le secteur public de la santé manque de médecin en hémodialyse, au moindre souci, le patient est transféré aussi à Oran. Pour un malade dit lourd, atteint de deux ou trois maladies chroniques, il est préférable pour lui, au stade actuel des choses, de déménager et d'aller habiter Oran, pour être plus proches des structures spécialisées. Pour les plus démunis, dans tous les cas, ils périront dans la douleur. Rappelons toutefois que le secteur de la santé à Mostaganem à été toujours sous l'emprise de mains extérieures au secteur, si ce n'est des pressions syndicales, ce sont les immixtions et le trafic d'influence d'élus nationaux qui ont tendance à faire de ce secteur une chasse gardée pour leur cercle de privilégiés, en décidant même de la nomination ou de la désignation de certains responsables incompetents et indignes du privilège de la fonction. Le secteur de la santé n'a pas été épargné lui aussi, par les scandales de mauvaise gestion, à l'image de celui de l'ESPS de Sidi-Lakhdar, où l'ancien directeur a été purement et simplement limogé, aussi pour l'UPH de Sidi-Ali qui vient d'être relevé de ses fonctions, ainsi que celui de Mesra. Il est inconcevable pour le commun des mortels qu'une ville comme Mostaganem soit marginalisée par les autorités centrales en matière de science et de médecine, sachant que la nouvelle faculté de médecine ouvrira ses portes à la prochaine rentrée universitaire. Une wilaya qui, de par son importance stratégique et sa position géographique ne soit pas dotée d'un centre de radiothérapie et d'oncologie.

Par Riad

RÉSUMÉ

Résumé :

La relation du contexte social et de la santé représente un enjeu de recherche important pour le développement actuel en sociologie de la santé. L'approche des représentations sociales offre un cadre d'analyse de la pensée sociale concernant la maladie. Notre présente étude vise à analyser les représentations sociales des infections nosocomiales chez les soignés. Nos investigations permettent de mettre à jour la complexité des rapports de régulation des soignés et la détermination de leurs conduites sociales. Dans cette perspective, nous présentons nos résultats d'analyse montrant les comportements préventifs d'évitement et les rituels d'hygiène pratiqués par les soignés et nous montrons la pertinence de ces pratiques pour le maintien de l'ordre social.

Mots clés :

Représentations sociales, infection nosocomiale, hygiène, ordre social.

Abstract :

The relationship between social context and health represents an important research issue, which is the centre of current developments of sociology of the health. The social representational approach offers a frame to analyze sense thinking about illness. Our investigations allow update the complexity of regulatory reports cared for and determining their behavior social. In this context, we present our analysis results showing the behavior preventive avoidance and ritual of hygiene charged by treated and we show relevance of these practices for the maintenance of order office.

Key words :

Social representations, nosocomial infections, hygiene, social order.



Université d'Oran

Faculté des sciences sociales

Département de Sociologie

Laboratoire de Recherche en Anthropologie de la santé (GRAS)

Mémoire de Magister en Sociologie de la Santé

Sous le thème :

**LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES INFECTIONS
NOSOCOMIALES CHEZ LES SOIGNÉS**

Présenté par :

Mlle SEMOUHI Dalila

Sous la direction de :

Dr. DJERADI Larbi

Membres du jury :

Pr. MEBTOUL Mohamed (président)

Dr. DJERADI Larbi (rapporteur)

Dr. FSIAN Hocine (examineur)

Dr. MERAD Rachida (examinatrice)

Dr. MERZOUK Mohamed (examineur)

Année universitaire : 2010-2011



جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

مخبر البحث في انثربولوجيا الصحة (GRAS)

مذكرة ماجستير في علم اجتماع الصحة

تحت عنوان:

التمثلات الاجتماعية لعدوى المستشفيات عند المعالجين

إعداد الطالبة:

للأنسة سموحي دليلة

تحت إشراف:

د. جرادي العربي

أعضاء اللجنة:

أ.د. مبتول محمد (رئيس)

د. جرادي العربي (مقرر)

د. فسيان حسين (مناقش)

د. مراد رشيدة (مناقشة)

د. مرزوق محمد (مناقش)

السنة الدراسية: 2010-2011