

**UFR Sciences de l'Homme et de la Société**

**Département des Sciences de l'Education**

**Mémoire de Master 2 Professionnel**

**Métiers de la formation, parcours Ingénierie et Conseil en Formation**

Influences des « formations douleur » sur les  
représentations professionnelles et l'auto-efficacité des  
personnels infirmiers exerçant en pédiatrie

~

Une explication d'un faible transfert vers les pratiques ?

## Attestation d'authenticité

Je, soussigné : (nom et prénom) : BOVÉ Bertrand

Etudiant(e) de : Master 2 « ingénierie et conseil en formation » - FOAD – 2013-14

Etablissement : Université de Rouen

Certifie que le texte soumis ne comporte aucun passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait à Margency le 20 mai 2014

Signature de l'étudiant(e).

Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les EPCSCP. La fraude par plagiat relève de la compétence de la section de discipline de l'Université. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié.

En tout premier lieu je tiens ici à remercier Monsieur Nicolas Guirimand pour ses précieux conseils et sa permanente bienveillance lors de la réalisation de ce travail.

Mes remerciements vont aussi naturellement :

A mon épouse pour son constant soutien, son courage et sa patience.

A mes enfants, chacun à leur mesure source de motivation.

A mes parents pour leur soutien jamais démenti.

Et enfin à tous ceux qui directement ou indirectement, parfois sans le savoir, ont contribué à ce travail.

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>22</b>
<b>POPULATION ET METHODES .....</b>	<b>41</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>54</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>63</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>72</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
<b>TABLE DES MATIERES</b>	
<b>ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE</b>	

Nous avons voulu inscrire ce travail sous la perspective de l'évaluation des formations continues dispensées aux personnels de santé. Nous avons en particulier souhaité étudier l'impact de ces formations sur le sentiment d'auto-efficacité perçue et sur l'organisation structurale des représentations socio-professionnelles des soignants.

Dans une première partie nous définirons en quoi la douleur est un objet social et professionnel, complexe et évolutif et nous décrirons le contexte de notre travail et notre terrain de recherche avant d'aborder la construction de notre problématique. Une seconde partie nous permettra de définir le cadre théorique et conceptuel de notre recherche. Nous présenterons ensuite la recherche que nous avons menée avant de la discuter et de conclure.

## Introduction

---

### 1 La douleur : un objet social et professionnel complexe

La douleur est un objet complexe. Cette complexité est constituée d'éléments physiologiques et anatomiques, d'éléments psychologiques, d'éléments historiques mais aussi et surtout d'éléments sociaux constitués à partir des relations de celui qui souffre avec le monde et les personnes qui l'entourent, que celles-ci soient ou non des professionnels du soin.

Pour comprendre cette complexité il nous faut présenter un court rappel sur ce qu'est la douleur ainsi que sur l'histoire de sa représentation en Occident.

#### 1.1 Un phénomène aux composantes multiples et dont l'évaluation est difficile

##### 1.1.1 Définition

L'International Association for the Study of Pain<sup>1</sup> la définit ainsi : « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage, réel ou virtuel ou décrite en termes d'un tel dommage* »<sup>2</sup>. Cette définition est complétée par la phrase suivante : « *l'incapacité à communiquer verbalement n'interdit pas aux individus la possibilité d'éprouver de la douleur, ni le besoin de recevoir un traitement approprié pour la soulager* ».

---

<sup>1</sup> IASP : société scientifique internationale dont l'objet est de promouvoir l'étude de la douleur et son traitement.

<sup>2</sup> <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

## 1.1.2 Les composantes de la douleur

Le modèle établi par Brasseur (Brasseur, 1997) attribue 4 composantes à la douleur. Ce modèle permet d'appréhender et de comprendre un peu mieux ce phénomène multidimensionnel et il a le mérite d'en souligner la complexité.

Ces composantes ne sont bien sûr pas indépendantes les unes des autres mais elles sont étroitement connectées et interagissantes. Les travaux de Beecher montrent bien cette interaction à travers la consommation d'antalgiques chez 2 populations similaires cliniquement mais différentes dans les circonstances de survenue de l'élément provoquant la douleur (Beecher, 1956).

### 1.1.2.1 Composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative ou sensorielle (qui correspond au « senti ») donne à la douleur ses caractéristiques d'intensité, de localisation, de typologie et de temporalité. Cette composante est la cible principale des outils actuels d'évaluation de la douleur. Elle est aussi malheureusement bien souvent la cible unique de l'évaluation des soignants. Cette composante connaît des grandes variations interindividuelles, en effet tous les êtres humains ne sont pas égaux dans leur perception de la douleur et des stimuli douloureux peuvent donc être perçus de façons différentes par des personnes différentes.

### 1.1.2.2 Composante affectivo-émotionnelle

La composante affectivo-émotionnelle ou affective (qui correspond au « ressenti ») est caractéristique du sentiment du patient par rapport à la douleur et de l'impact de celle-ci sur sa qualité de vie.

Cette composante est plus difficilement évaluable que la composante sensorielle, son évaluation fait appel à des outils complexes (échelles ou questionnaires d'évaluation multidimensionnels tels que le Questionnaire Douleur de Saint-Antoine). Ces outils d'auto-évaluation sont très difficiles à utiliser chez les enfants. Cette composante est variable entre les individus en fonction de l'appartenance sociale et surtout en fonction du contexte de survenue de l'événement douloureux et du sens qu'on lui accorde comme le montrent entre autres choses les travaux de Beecher (Beecher, 1956).

### **1.1.2.3 Composante cognitive**

La composante cognitive est elle aussi très variable entre les individus, selon les paramètres déjà énoncés mais aussi et surtout selon les expériences douloureuses déjà vécues par le patient ou même par des expériences indirectes du phénomène douloureux transmises par d'autres individus. Ainsi par exemple une personne n'ayant jamais vécu un soin dentaire douloureux pourra avoir une idée de la douleur ressentie à travers les conversations qu'elle aura avec des personnes ayant vécu ce soin. Elle en constituera donc une véritable expérience indirecte qui influera potentiellement fortement sur son propre vécu ultérieur.

Cette composante est mise en cause devant des phénomènes de douleur anticipée ou d'angoisse face à une situation dont on sait ou suppose qu'elle va être douloureuse.

### **1.1.2.4 Composante comportementale**

La composante comportementale (qui correspond à ce qui est « montré ») est une partie très prégnante de la relation entre le patient douloureux et les personnes de son environnement. Elle varie, ici encore, très fortement entre les individus, en fonction de leur culture et de la société dans laquelle ils évoluent, en fonction de leur âge, de leur sexe et enfin en fonction des circonstances et des personnes présentes et témoins de leur douleur.

### **1.1.3 Une sémiologie riche et changeante**

La douleur est donc un phénomène complexe, s'inscrivant à la fois dans le somatique et dans le psychologique mais aussi dans un aspect social du sujet avec ses relations aux autres et au monde qui l'entoure.

Au-delà de cela la douleur est douée d'une sémiologie variée et changeante. En fonction des circonstances, du vécu du patient, de la durée du phénomène douloureux, des possibilités motrices du patient, la douleur s'exprimera différemment.

L'évaluation de la douleur est très difficile, en particulier chez l'enfant et les personnes non communicantes et dont la situation physique est éloignée de celle des soignants (différence d'âge, polyhandicap, réanimation, démence). Dans ces situations, quelle que soit l'échelle d'évaluation utilisée, qu'elle soit auto-évaluative ou hétéro-évaluative, l'interprétation sera toujours soumise à ce qu'il est convenu d'appeler, à la suite de Gauvain-Piquard et Pichard-Léandri, « *des filtres perceptifs* » (Gauvain-Piquard & Pichard-Leandri, 1989).

Dans tous les cas et quel que soit l'outil utilisé, il faudra pour évaluer la douleur s'en remettre à ce que l'Autre montre (et que l'on sait reconnaître, accepter ou interpréter comme étant de la douleur) et à ce que l'Autre dit ou peut dire. Sur ce dernier point voici ce qu'écrit Alphonse Daudet, souffrant du tabes dorsalis<sup>3</sup>, à propos de la verbalisation de la sensation douloureuse : « *Ce que j'ai souffert hier soir – le talon et les côtes ! La torture... pas de mot pour rendre ça, il faut des cris. D'abord, à quoi ça sert les mots, pour tout ce qu'il y a de vraiment senti en douleur (comme en passion) ? Ils arrivent quand c'est fini, apaisé. Ils parlent de souvenirs, impuissants ou menteurs.* » (Daudet, 2010, p. 21). Daudet lui-même n'a donc pas les mots suffisants dans son registre lexical pour décrire exactement ce qu'il ressent.

#### **1.1.4 Une agression pour le témoin de la douleur de l'Autre**

Cette difficulté à évaluer la douleur, cette nécessité de s'en remettre à ce que l'Autre dit et montre, cet impératif de confiance, ne sont sûrement pas étrangers aux difficultés de reconnaissance de la douleur. Ceci est particulièrement vrai dans le cas de l'enfant. En effet comment appréhender et traiter ce que l'on peut difficilement définir, reconnaître et évaluer ?

Mais cette difficulté à cerner et à évaluer la douleur n'est pas le seul élément à mettre en cause dans les difficultés de reconnaissance et de traitement qui l'affectent.

Évaluer et traiter la douleur c'est se confronter à elle et c'est obligatoirement être témoin de la douleur de l'Autre et c'est donc s'exposer soi-même à une situation inconfortable voire même agressive.

En effet comme le montrent différents travaux de laboratoires réalisés à l'aide d'imagerie cérébrale dynamique, le cerveau de sujets témoins de situations douloureuses chez d'autres personnes montre des réponses similaires à celles provoquées par la stimulation douloureuse directe de ces mêmes sujets (Botvinick et al., 2005; Jackson, Brunet, Meltzoff, & Decety, 2006; Jackson, Meltzoff, & Decety, 2005). Il est donc plausible pour le soignant d'occulter le phénomène ou de le nier afin de ne pas en souffrir lui-même et de se protéger, d'autant plus si, de par sa mission, il est la source de la douleur.

Au-delà de ces considérations il est incontestable que la douleur marque l'histoire de la médecine (et de l'humanité) et que cette histoire est un des fondements de notre représentation actuelle de la douleur.

---

<sup>3</sup> Stade terminal de la syphilis provoquant entre autres des crises douloureuses paroxystiques.



## 2 Evolution des représentations de la douleur en Occident

Notre propos n'est pas de produire ici une histoire détaillée de la douleur et de ses représentations (nous verrons que dès l'Antiquité celles-ci sont multiples : à la fois professionnelle et sociale) mais de donner un aperçu de cette histoire en Occident afin de pouvoir, au moins en partie, comprendre la situation actuelle.

En effet la prise en compte de la douleur, en particulier de la douleur provoquée par les soins, a subi un bouleversement majeur avec le passage du statut initial de fatalité, de « *mal nécessaire* », à celui de priorité de santé nationale (Baszanger, 2008; Rey, 2011) voire « *d'objet politique* » pour reprendre les mots de Baszanger (Baszanger, 2008, p.177).

Ce bouleversement a été le point de départ de véritables modifications des représentations chez les personnels soignants mais aussi dans la population. Ces modifications sont sûrement actuellement inachevées et l'on voit apparaître dans le champ représentationnel des soignants des objets qui, sans en être absents auparavant, étaient moins saillants.

Conjointement à ces modifications, les personnels infirmiers ont vu leur autonomie augmentée, depuis les années 1990, dans la dispensation de certains soins avec l'apparition du « rôle propre ». Le rôle propre est un rôle professionnel autonome et il se situe en dehors du champ de la prescription médicale.

Les « démarches antalgiques non médicamenteuses », objet de notre travail, sont à l'intersection de l'évolution des représentations et de l'autonomie professionnelle des personnels infirmiers. Elles relèvent complètement du rôle propre infirmier et sont largement mises en avant dans les soins douloureux, en particulier depuis ces 20 dernières années. La littérature professionnelle infirmière produite dans ce domaine sur cette période est particulièrement riche comme l'atteste l'interrogation de bases de données bibliographiques spécialisées<sup>4</sup>.

### 2.1 La fatalité de la douleur : de l'Antiquité à la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle

#### 2.1.1 L'Antiquité

En ce qui concerne l'Antiquité (grecque) quelques faits marquants sont à dégager.

---

<sup>4</sup> Interrogation des bases de données Pubmed et Science Direct avec les mots-clés Pain, Children, Non Pharmacological Techniques.

Dans le corpus hippocratique la douleur apparaît sous une double forme pour le soignant. Tout d'abord il cherche à la soulager, ainsi Hippocrate utilise les décoctions de saule pour traiter les douleurs et les fièvres. Mais la douleur est aussi un symptôme et un élément pronostic d'évolution, elle détermine le diagnostic et le pronostic évolutif soit dans l'aggravation soit dans la rémission.

Il existe un vocabulaire spécifique et technique de la douleur. Il est utilisé par les soignants qui cherchent à décrire sa nature, sa localisation et son intensité. Les descriptions de la douleur sont fort riches dans le corpus hippocratique que ce soit pour préciser le diagnostic ou pour prévoir l'évolution de la maladie, elle apparaît comme un élément essentiel de la science médicale (Rey, 2011).

Cependant, même si la douleur constitue une préoccupation du soignant qui l'observe et cherche à soulager les maux dont souffre son patient par différents moyens, il faut noter une certaine impuissance face au phénomène.

La douleur que l'on n'arrive pas à soulager et à comprendre se teinte alors de mysticisme. Puisque l'homme est impuissant à prodiguer le soulagement véritable de la douleur alors celui-ci n'est accessible qu'aux dieux comme le note Rey à propos de l'Iliade : « [...] après l'extirpation de la flèche ou de l'instrument tranchant le dieu guérisseur Péon, autre nom d'Apollon, sait donner les « remèdes qui calment le mal »[...] » (Rey, 2011, p.17).

Hippocrate écrit : « *c'est une tâche divine que de soulager la douleur* ». Selon Hippocrate c'est donc aux dieux que revient la mission de soulager la douleur et non à l'être humain, ceci étant d'ailleurs bien paradoxal de sa part puisqu'il cherche, nous l'avons vu, par divers remèdes comme le saule à soulager la douleur de ses patients.

Couramment, en particulier chez les tragédiens, la douleur est dotée d'une vie propre. C'est une entité, souvent bestiale, elle se situe à part du patient : « *presque conçu comme un être autonome qui prend possession du sujet, l'envahit, s'empare de lui, le mal est souvent qualifié de « rongeur », au sens propre, ou de dévorant* » (Rey, 2011, p. 20). On retrouve ici une dimension mystérieuse de la douleur, elle est posée comme une entité à part de l'humain et elle est destructrice de son humanité.

Souvent le douloureux est lui-même décrit de façon bestiale pendant les accès de douleur : « *L'homme qui souffre est égaré, il devient semblable à la bête immonde qui le guette, s'approche et l'assaille : Héraclès « se tord sur le sol, à moins qu'il ne bondisse criant et hurlant », il rugit « au milieu de ses convulsions »* » (Rey, 2011, p. 21).

La douleur a dès l'Antiquité un caractère très marqué de fatalité. On retrouve ce trait, en particulier dans l'Iliade et l'Odyssée, avec un vocabulaire associant aux situations douloureuses des notions de fardeau qu'il faut porter, d'épuisement, d'usure.

La douleur est donc mystérieuse et inquiétante, l'humain, renvoyé à son impuissance à la soulager, lui attribue un côté divin et parfois bestial. Elle est une entité à part entière, difficile à appréhender et incompréhensible. Ce caractère d'entité autonome et vivante ne la quittera pas pendant des siècles comme l'attestent les vers bien connus de Baudelaire dans Recueillement : « *Sois sage, ô ma Douleur, et tiens-toi plus tranquille...* »<sup>5</sup>.

Le vocabulaire inhérent à la douleur, au-delà du vocabulaire médical spécifique déjà abordé, est marqué par le degré d'implication du sujet par rapport à l'objet : « *outre la présence ancienne d'un vocabulaire spécifiquement médical, les modes de représentations de la douleur s'articulent non autour de l'opposition du physique et du moral, non autour du degré de la douleur, mais suivant deux axes : le degré d'implication du sujet dans la douleur et les modalités de perception de celle-ci en fonction de la temporalité et en fonction de la source de la douleur – durable ou rapide, aigu ou tranchant – c'est-à-dire faisant référence directement à l'instrument qui en est la cause, et qui définit du même coup les qualités de la sensation* » (Rey, 2011, p. 18-19). On peut donc dire encore ici que les représentations de la douleur sont multiples : une représentation spécifique, développée par ceux qui cherchent à soigner et une représentation sociale commune à l'ensemble de la population.

Chez les philosophes, la douleur est une peine que l'épicurisme préconisera d'éviter par l'abstention de certains plaisirs, mais il est fort probable que le mode de pensée philosophique qui a le plus influencé par la suite les représentations de la douleur, en particulier dans le corps professionnel des soignants, soit lié au stoïcisme. Ceci est bien illustré par la formule « *supporte et abstiens-toi* » (Rey, 2011, p. 50), ici l'incitation à endurer est on ne peut plus explicite. Ce courant de pensée sera renforcé et transformé par le christianisme qui va donner à la douleur un caractère rédempteur et sacré comme nous allons le voir.

---

<sup>5</sup> Charles Baudelaire – Recueillement (les Fleurs du Mal).

### 2.1.2 Le Moyen-Âge

Le Moyen-Âge est une période longue qu'il est très difficile de réduire à une entité unique. Attachons-nous cependant à la religion qui est un fait social marquant de la période et dont l'influence sur notre perception de la douleur est indéniable, y compris dans le monde paramédical.

Au Moyen-Âge, le christianisme prend une place prépondérante en Europe, et les ordres religieux hospitaliers prennent eux une place primordiale dans les soins aux malades, en particulier dans ce qui s'apparenterait maintenant au rôle infirmier.

La pensée chrétienne par rapport à la douleur est marquée par 2 éléments : la nécessité de compassion pour celui qui souffre et la dimension rédemptrice de la douleur qui est perçue comme un châtement de Dieu et comme une étape obligée pour le rachat des péchés : le Christ est mort sur la croix pour le rachat des fautes de l'humanité. La dimension fataliste de la douleur, qu'il faut supporter quand on la vit ou quand on en est témoin s'en voit donc renforcée puisqu'elle trouve là une utilité et un sens.

Le corpus médical médiéval est assez pauvre vis-à-vis de la douleur. Cependant les travaux d'Avicenne montrent la douleur comme annonçant « *« les crises » ce dénouement salutaire de la maladie* » (Rey, 2011, p. 58). Dans le prolongement de l'Antiquité la douleur est l'objet d'une double représentation à la fois professionnelle et sociale.

### 2.1.3 De la Renaissance au début du XX<sup>e</sup> siècle

Les siècles suivants, de la Renaissance au début du XX<sup>e</sup> siècle, montrent toujours une ambivalence du corps médical face à la douleur : d'une part une préoccupation indéniable pour le soulagement des patients mais d'autre part un certain mépris de la douleur (vue comme une constante), sa valorisation en tant que symptôme et une certaine admiration pour les patients capables de subir en silence des traitements très douloureux réalisés sans anesthésie.

Les exemples de Paré, de Velpeau ou de Larrey sont à ce titre édifiants. Ces 3 chirurgiens majeurs dans l'histoire de la médecine cherchent à diminuer les souffrances inutiles de leurs patients par l'amélioration de leurs techniques chirurgicales et par un geste sûr, précis et expérimenté. Mais ils considèrent aussi la douleur comme indissociable de ce geste. Paré la décrit comme une nécessité à la guérison, un prix à payer. Larrey admire les patients capables de souffrir en silence et montre un certain mépris pour ceux qui se laissent aller à exprimer bruyamment leur souffrance. Velpeau incite ses confrères à perfectionner leur geste mais il déclare aussi que douleur et chirurgie sont indissociables. Il sera pourtant dès 1847 (et donc postérieurement aux écrits où il déclare la douleur comme indissociable de la chirurgie) un fervent défenseur de l'anesthésie

débutante. On peut voir ici que l'apparition d'un progrès technique est potentiellement un vecteur de modification d'une représentation (comme nous le verrons peu après dans ce travail) : avant que l'anesthésie ne soit possible Velveau considérait la douleur comme inévitable et indissociable de l'acte opératoire ; l'apparition dans le champ représentationnel de l'objet anesthésie va bouleverser cette conception et entraîner une modification de discours et de position.

Le divin reste intimement mêlé à la douleur, tant dans la mortification de pénitence prônée dans ses « *exercices* » par Saint Ignace de Loyola que dans la nature des remèdes dispensés aux malades. Ainsi Sydenham déclarera à propos de l'opium (avec lequel il stabilisera la formule du laudanum) : « *entre tous les remèdes dont le Dieu tout-puissant [...] a fait présents aux hommes pour adoucir leurs maux, il n'en est pas de plus universel ni de plus efficace que l'opium [...]* » (Rey, 2011, p. 101).

La volonté de soulager la douleur (mais aussi clairement de faciliter le travail des chirurgiens) amena progressivement à l'utilisation de l'anesthésie pour opérer, utilisation qui tout comme le lavage systématique des mains et la stérilisation rigoureuse des instruments ne se systématisera pas sans des résistances notables (comme chaque fois qu'un objet nouveau apparaît dans le champ d'une représentation constituée et stable).

Tout au long de cette longue période la présence des religieux (religieuses) est constante dans le paysage du soin direct aux malades et nous avons déjà expliqué combien la relation entre l'Eglise et la douleur était particulière.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle la douleur est un objet d'étude scientifique mais cette étude se cantonne aux laboratoires et elle n'a pas d'application clinique directe, son objet est plus de comprendre le fonctionnement du système nerveux que de soulager le phénomène (Baszanger, 1995, 2008).

Il faudra attendre l'après-seconde guerre mondiale pour que la douleur soit constituée comme un objet de soin à part entière, ceci sous l'impulsion d'un médecin militaire américain : John Bonica. Bonica va faire de la douleur, et en particulier de la douleur chronique et rebelle « *un objet légitime de la pratique médicale* » (Baszanger, 2008, p. 172). Il affirme que la prise en compte de la douleur relève d'une approche pluridisciplinaire et il fonde dans le but de son étude par des professionnels d'horizons différents : l'International Association for the Study of Pain (IASP) en 1973.

En ce qui concerne la considération de la douleur de l'enfant le constat est très sombre. Les travaux sur le système nerveux de l'enfant montrent son immaturité et amènent à penser que

l'enfant n'est pas à même de ressentir la douleur ; et ceci bien que les manifestations somatiques montrent le contraire, mais celles-ci sont soit niées soient expliquées « scientifiquement » par d'autres mécanismes que celui de la douleur. Au-delà de son incapacité à ressentir la douleur, le nouveau-né ne serait pas non plus capable de mémoriser les expériences douloureuses précoces. Ceci est notons-le très paradoxal : comment mémoriser quelque chose que l'on ne ressent pas ?

Enfin la faible considération que l'on accorde à la fiabilité de la plainte de l'enfant et les considérations sur l'endurcissement nécessaire lié aux expériences douloureuses conduisent à une occultation complète du problème, voire à une certaine valorisation de la douleur. Dans une mesure différente, on retrouve ce phénomène dans les cérémonies initiatiques souvent douloureuses, cérémonies qui signent souvent le passage de l'enfance à l'âge adulte.

A propos de la douleur de l'enfant, Rey indique en parlant de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle que « *malgré ces questions non résolues<sup>6</sup>, les médecins et les chirurgiens considéraient généralement que, dans le cours de la première année, cet état subjectif que l'on nomme douleur ne pouvait être comparé chez le tout jeune enfant et chez l'adulte, malgré un certain nombre de manifestations affectives similaires* » (Rey, 2011, p. 345).

Jusque dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle de nombreux soins douloureux voire de nombreuses interventions chirurgicales telles que les amygdalectomies (mais aussi des interventions plus lourdes) sont pratiquées sans anesthésie et a fortiori sans antalgie postopératoire (Annequin, 2013; Lombart, 2013; Mouline, 2000). Ces comportements médicaux incarnent pour ceux qui en furent l'objet : « *l'exemple même de la violence médicale gratuite* » (Mouline, 2000). Kouchner déclarera à propos de la douleur de l'enfant : « *Il s'agit hélas d'une triste réalité trop souvent banalisée* » (Kouchner, 2001).

Il faudra la publication des travaux de Anand (Anand, Sippell, & Aynsley-Green, 1987) et de Taddio (Taddio, Goldbach, Ipp, Stevens, & Koren, 1995) pour que la douleur de l'enfant, et en particulier la douleur provoquée par les soins, ne soit plus considérée comme un élément naturel inhérent au soin et rapidement oublié par l'enfant mais bien comme un élément péjoratif et nuisible non seulement au moment de la douleur mais aussi dans le développement et le futur du sujet. En effet, ces travaux montrent très clairement que la douleur est ressentie par le nouveau-né, y compris prématuré (les voies de conduction de la douleur sont présentes et effectives dès la 24<sup>e</sup> semaine

---

<sup>6</sup> Rey fait ici état des travaux sur la myélinisation et sur le système nerveux.

d'aménorrhée) et que cette expérience est mémorisée de façon péjorative et affaiblit les capacités ultérieures de « *coping* ».

## 2.2 Une priorité déclarée : de la fin du XX<sup>e</sup> siècle à nos jours

A la fin des années 1980, en France les avancées sont lentes mais bien présentes, des structures spécialisées de consultations et de soins se développent et, si les progrès sont fragiles, la douleur est « à la mode ». Une conjonction d'éléments va provoquer une mutation de l'objet douleur et faire brusquement entrer la douleur dans le débat public et politique.

En août 1993 se tient à Paris le congrès de l'IASP. Kouchner, alors ministre de la Santé, y prononce un discours accablant sur le traitement et la prise en charge de la douleur en France. Ce discours très médiatisé sera une forme d'entrée en lumière de la prise en charge de la douleur. La rhétorique de la douleur se place alors dans le champ de la lutte, du combat, de la priorité et de l'urgence, elle s'y trouve toujours actuellement. Le fatalisme a fait place à la priorité politique déclarée.

En 1994 un groupe de travail est formé. Il définit les 4 axes de la lutte : organiser, libéraliser, former et informer. Ces 2 derniers points sont fondamentaux, ils visent véritablement à changer les représentations des professionnels et des usagers face à la douleur. Kouchner, en 2001, résume ainsi le lancement du premier plan de lutte contre la douleur : « *En 1998, j'avais annoncé un plan triennal de lutte contre la douleur dont la philosophie pouvait se résumer ainsi : « La douleur n'est pas une fatalité, elle doit être au centre des préoccupations de tout professionnel de santé » »* (Kouchner, 2001).

Le système de soins se voit doté d'un certain nombre d'éléments de référentiels de pratiques et parfois d'obligations plaçant la douleur (au moins théoriquement) au centre des préoccupations : Charte du patient hospitalisé (article 2), identification de la douleur dans les différents cursus de formation et enseignements dédiés, plans de lutte contre la douleur définissant des priorités sur des périodes définies, dégagement de moyens financiers dédiés, mise en œuvre de formations spécifiques destinées aux professionnels de santé, procédures simplifiées de prescription et d'accès aux antalgiques de classe III (morphine et dérivés). Les établissements doivent s'engager à mettre en place des dispositifs de lutte et ils ont l'obligation d'afficher cet engagement à la vue des usagers et des professionnels.

La lutte contre la douleur est devenue une priorité. Aujourd'hui l'absence de dispositif allant dans ce sens est un motif réel de refus de certification d'un établissement de santé et de condamnation juridique de celui-ci (Lelièvre, 2008).

Il revient de détailler maintenant quelques actions menées dans le sens de cet engagement ainsi que le bilan de ces actions. Nous focaliserons notre propos sur les plans triennaux et quinquennaux de lutte contre la douleur tant ils sont fortement emblématiques de l'action.

## **2.3 Les actions engagées dans la lutte contre la douleur et leur bilan**

### **2.3.1 Les plans successifs et leurs orientations principales**

Les plans successifs constitueront, de 1998 à 2010, le cadrage stratégique de la lutte contre la douleur en France. Leur empreinte reste très forte encore aujourd'hui, tant dans la modification des mentalités que dans les textes de lois ou dans l'offre actuelle de formation.

#### **2.3.1.1 Le premier plan 1998-2000**

Le premier « *plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés* »<sup>7</sup> s'étale de 1998 à 2000. Il priorise les actions de formations initiales et continues, la lutte contre la douleur au quotidien (démarche d'évaluation systématique, prescription facilitée d'antalgiques majeurs, développement des protocoles et autonomisation des personnels paramédicaux) et enfin le développement de la prise en compte de la demande des patients (bilan, développement de la notion de projet du patient, campagnes d'information relatives à la lutte contre la douleur et aux moyens existants).

Il stipule par ailleurs pour les établissements de santé la possibilité de mettre en place des contrats d'objectifs et de moyens pour la constitution et le fonctionnement d'équipes dédiées à la prise en charge de la douleur, pour la formation des personnels ou pour le développement de projets allant dans le sens de la lutte contre la douleur.

#### **2.3.1.2 Le deuxième plan 2002-2005**

Le « *2ème plan national de la lutte contre la douleur* »<sup>8</sup> (2002-2005) s'inscrit dans le prolongement stratégique du précédent. Les objectifs dégagés sont : l'information des patients, l'accès à des structures spécialisées en particulier dans le cadre de la lutte contre la douleur chronique, le développement de la formation et de l'information des professionnels, l'engagement des établissements dans les processus d'actions et enfin la lutte contre la douleur provoquée par les soins. Ce dernier point est en lien direct avec notre thème de travail.

---

<sup>7</sup> Circulaire DGS/DH 98-586 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_DGS\\_DH\\_98\\_586\\_240998.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf)

<sup>8</sup> Plan de lutte 2002-2005 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_lutte\\_douleur\\_2002-05.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf)



Les populations vulnérables (enfants et personnes âgées en particulier) sont identifiées comme prioritaires et certaines pathologies sont particulièrement ciblées (cancers, migraines et céphalées).

C'est donc à double titre, comme nous allons le voir plus loin dans ce travail, que l'établissement constituant le terrain de notre recherche était concerné par ce plan et s'est engagé encore plus fortement dans la lutte contre la douleur.

### **2.3.1.3 Le troisième plan 2006-2010**

Le 3<sup>ème</sup> plan d'action est quinquennal (2006-2010). Il marque dans le long terme une volonté d'amélioration permanente de la prise en charge des patients douloureux. Il s'agit du « *3ème plan quinquennal pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur* »<sup>9</sup>. Il s'inscrit complètement dans le prolongement du précédent en ciblant les mêmes populations vulnérables (personnes âgées, enfants), les mêmes situations douloureuses (il est directement articulé avec le « plan cancer » et ajoute les situations de fins de vie aux objectifs prioritaires) et le même type de moyens en particulier la formation des professionnels de santé.

Il vise au développement des méthodes non pharmacologiques de prises en charge de la douleur et à la formation des personnels de santé à ces méthodes (notre démarche de recherche s'inscrit donc directement en lien avec ce document). Dès la préface de ce plan, Xavier Bertrand alors ministre de la Santé et des Solidarités indique : « *La volonté du gouvernement est de poursuivre et de renforcer la politique engagée depuis plus de 10 ans pour améliorer la prise en charge de la douleur. Tout doit être mis en œuvre pour apporter au malade l'information nécessaire afin qu'il ne subisse plus sa souffrance comme une fatalité. Il est également nécessaire de former les professionnels à une meilleure écoute du patient, ainsi qu'à une prise en charge tant psychologique que thérapeutique de la douleur du patient* » (Bertrand, 2006).

Actuellement, même si aucun plan de lutte n'est engagé de nombreux documents cadrent l'action des acteurs de la lutte<sup>10</sup>.

La succession de plans incitatifs, définissant la politique de santé dans la prise en charge de la douleur, est un indicateur fort d'un engagement sociétal dans la considération de la prise en

---

<sup>9</sup> Plan quinquennal d'amélioration 2006-2010 :

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)

<sup>10</sup> Portail de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur pour les textes de références législatives : <http://www.sfetd-douleur.org/textesOfficiels/texteslegislatifs/index.phtml>

charge de la douleur. Par la répétition des mêmes priorités, elle est aussi un témoin des difficultés à faire changer des siècles de représentations et d'habitudes en quelques années d'action.

### **2.3.2 Fin 2013 : un bilan national contrasté**

En 2013, le bilan dressé par différents professionnels de santé lors du congrès annuel « La douleur de l'enfant quelles réponses ? » est assez contrasté et montre encore des points faibles (Annequin, 2013; Lombart, 2013).

Lombard et Annequin dressent globalement un tableau similaire pour la médecine et pour les soins infirmiers : celui d'avancées notables mais hétérogènes et fragiles. Ainsi on peut dire qu'en 20 ans la pratique reste encore éloignée de l'idéal théorique. Les pratiques professionnelles et les représentations sont loin de s'être modifiées à l'échelle des efforts produits en termes de formation (Kouchner, 2001; Lothon-Demerliac, Laurent-Beq, & Marec, 2001).

Ce dernier constat nous a amené à nous interroger sur l'impact de la formation professionnelle continue mise en place dans le cadre de ces plans et politiques de lutte contre la douleur ; ceci en particulier au niveau de l'établissement où nous travaillons en tant que cadre de santé et vice-président du CLUD<sup>11</sup>.

Il convient donc maintenant de contextualiser notre recherche et de présenter notre terrain et ses particularités en regard du domaine de la lutte contre la douleur.

## **3 Le contexte de l'étude et notre position**

### **3.1 Un contexte hospitalier spécifique**

L'Hôpital d'Enfants de Margency (HEM) est un établissement de la Croix-Rouge Française, à ce titre il fait partie des Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et participe donc à la fonction publique hospitalière.

Il est situé dans le Val d'Oise. Cependant de par sa proximité avec Paris et de par la très grande spécialisation et spécificité des soins dispensés, son bassin d'influence et de recrutement est beaucoup plus vaste et s'étend à l'ensemble de la France métropolitaine, aux départements et

---

<sup>11</sup> Comité de Lutte contre la Douleur : il s'agit d'une instance obligatoire dans les établissements de santé dont la mission est de déterminer les priorités de l'établissement en termes de prise en charge de la douleur, de contribuer à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

territoires d'outre-mer ainsi qu'à l'étranger (Bulgarie, Koweït, Côte d'Ivoire et Liban par exemple). C'est un établissement de 106 lits, accueillant des patients âgés de quelques semaines à 18 ans.

L'HEM emploie actuellement environ 300 personnes dont 85% de personnels soignants médicaux et paramédicaux.

Il s'agit d'un établissement de soins de suites et de réadaptation pédiatrique, l'HEM est donc un établissement d'aval. Les patients sont adressés à l'HEM par les hôpitaux partenaires pour poursuite de la prise en charge des traitements médicaux et paramédicaux, tout en assurant un suivi éducatif et scolaire.

Les établissements qui lui adressent des patients sont les principaux hôpitaux de pédiatrie d'Ile-de-France, en particulier ceux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), mais aussi les établissements de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) (ce qui explique son recrutement géographique très large en termes de patientèle).

Par décision du directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France, l'HEM est autorisé à exercer des activités en soins de suites respiratoires, digestifs, métaboliques et endocriniens ainsi qu'en onco-hématologie.

L'établissement est divisé en 2 pôles fonctionnels de soins. Le pôle d'onco-hématologie de 31 lits accueille annuellement 80 jeunes patients atteints de « cancers solides » ou d'hémopathies malignes. Le pôle de « pédiatrie spécialisée » de 75 lits accueille des patients souffrant de pathologies digestives, respiratoires ou métaboliques, mais aussi des jeunes patients pour des soins de suites de chirurgie orthopédique lorsque ceux-ci nécessitent des soins particuliers (dans le cadre de « chirurgie septique » par exemple) ou lorsque le patient ne peut pas immédiatement retourner au domicile ou dans son établissement d'origine (dans le cas des chirurgies orthopédiques chez les patients polyhandicapés par exemple).

Le projet médical actuel est fortement orienté vers le renforcement de l'activité historique de l'établissement et vers le développement de la prise en charge postopératoire orthopédique des jeunes patients, en particulier dans le cadre de la chirurgie septique.

D'une manière générale l'ensemble de ces pathologies nécessite des soins caractérisés par leur longue durée (les séjours ont une durée moyenne le plus souvent supérieure à plusieurs mois et pouvant aller jusqu'à plusieurs années), par leur technicité et bien souvent malheureusement par la douleur inhérente à leur réalisation (ponctions, pansements, soins de stomies diverses, etc.).

La douleur qu'elle soit provoquée par la maladie ou par les soins fait donc partie du quotidien des patients de l'établissement et des professionnels y exerçant.

La lutte contre la douleur occupe une place prépondérante dans le projet d'établissement, dans le plan de formation et dans les actions engagées depuis la fin des années 1990. Elle n'en était pas absente auparavant mais ce point devient de plus en plus prégnant à partir de cette date. L'HEM s'est engagé volontairement très tôt dans l'ensemble des processus d'action et de lutte contre la douleur.

## **3.2 Dimension locale du terrain d'étude : les actions engagées et leur bilan**

### **3.2.1 Actions mises en œuvre dans le cadre de la prise en charge de la douleur**

La lutte contre la douleur est un élément prioritaire déclaré dans plusieurs documents concernant l'HEM : le projet d'établissement 2008-2012, le site de présentation de l'établissement<sup>12</sup>, le livret d'accueil des patients, l'affichage dans les différents services de soins et dans les points de passage (Charte du patient hospitalisé, Charte de l'enfant hospitalisé et autres affiches ou documents rappelant cette priorité).

L'HEM s'est doté d'un Comité de Lutte contre la Douleur dès 2004. Ce CLUD est actif, il se réunit au moins 4 fois par an. Ses missions principales sont l'organisation de la prise en charge de la douleur, la formation et le suivi des actions. Ces actions sont réalisées à travers des groupes de travail et les priorités sont définies annuellement. Par ailleurs le CLUD organise des réunions « café-douleur<sup>13</sup> », de façon au moins trimestrielle, en dehors de ses réunions plénières.

Le CLUD a par ailleurs mis en place une base documentaire accessible par tous les soignants sur le réseau informatique interne de l'établissement. A partir des budgets dégagés par l'établissement ou avec l'aide de différents mécènes, des documents de suivis et d'évaluations ont été conçus et distribués (kit d'évaluation, carnet de suivi) et du matériel a été acheté (appareil d'électrothérapie, PCA<sup>14</sup>, kit d'aide à la distraction pendant les soins).

---

<sup>12</sup> <http://ctp-margency.croix-rouge.fr/index.php>

<sup>13</sup> Il s'agit de réunions trimestrielles ou bi-trimestrielles, organisées par le CLUD, ces réunions se déroulent l'après-midi autour d'un café (d'où leur nom), l'objet de ces réunions est de pouvoir échanger autour des pratiques dans une ambiance relativement détendue. La réunion commence toujours par la présentation thématique du jour avec une courte intervention-présentation. Cette intervention est toujours suivie d'un débat concernant les pratiques, ce débat constitue l'essentiel de la réunion.

<sup>14</sup> Analgésie Contrôlée par le Patient : pompe à morphine ambulatoire.

L'HEM s'est doté, par l'effort de formation interne, de plusieurs personnels « référents douleur ». Deux IDE et 1 cadre de santé sont titulaires d'un « DU douleur » et 1 médecin est titulaire d'un « DIU douleur ». Ces professionnels sont identifiés, ils peuvent être sollicités par les équipes pour des problématiques particulières de prise en charge concernant l'évaluation, la mise en place de techniques (médicamenteuses ou autres) ou pour tout autre problème concernant la douleur.

D'autres structures ou démarches, directement ou indirectement en lien avec les problématiques douloureuses, se sont aussi constituées : unité de soins palliatifs (sans secteur spécifiquement dédié, il s'agit donc d'une équipe « volante »), groupe de réflexion éthique... Toutes ces structures sont appuyées sur des personnels spécifiquement formés : stomathérapeutes<sup>15</sup>, DIU ou DU en soins palliatifs, Master en éthique.

Par ailleurs de nombreux membres de l'établissement sont membres de sociétés scientifiques dont l'objet concerne directement ou indirectement la douleur (SFETD, SFCE<sup>16</sup>, RIFHOP<sup>17</sup>). De nombreux travaux émanant de l'HEM et concernant la douleur et sa prise en charge médicamenteuse ou non médicamenteuse ont été publiés ou communiqués lors de congrès nationaux ou internationaux.

L'établissement bénéficie donc à la fois d'un fort investissement de ses personnels dans le traitement de la douleur et d'une solide base de personnels « experts » dans ce domaine. Tout ceci s'appuie sur une forte politique institutionnelle très incitative et volontaire.

En 2013, 101 personnes ont bénéficié de formations ayant trait directement à la prise en charge de la douleur de l'enfant (congrès ou formations professionnelles continues sur site ou hors site). L'ensemble des formations ayant trait à la douleur représente 1/3 des formations prises en charge par l'établissement en 2013 (tous domaines professionnels confondus).

On peut donc dire que ces formations constituent un véritable enjeu stratégique et financier : elles constituent une part importante des budgets de formations (plus de 1/3). Elles contribueront théoriquement à la réalisation des objectifs de l'établissement. Elles sont enfin un enjeu en termes de gestion des ressources humaines en tant que vecteurs d'améliorations des compétences du personnel mais aussi de motivation de celui-ci.

---

<sup>15</sup> IDE ou puéricultrice spécialisé dans les soins sur les « stomies ».

<sup>16</sup> Société Française de lutte contre les Cancers et leucémies de l'Enfant et de l'adolescent.

<sup>17</sup> Réseau d'Ile-de-France d'Hématologie-Oncologie Pédiatrique.

Enfin il faut souligner que ces formations sont toujours l'objet d'une forte motivation de la part des soignants, avec un nombre de demandes d'inscriptions toujours supérieur au nombre de places disponibles. Un audit interne réalisé en 2013 par la responsable assurance qualité et le CLUD montre une demande toujours forte (94% des répondants) pour des formations complémentaires dans le domaine de la douleur et en particulier en ce qui concerne les démarches antalgiques non médicamenteuses.

### 3.2.2 Bilan local

Le bilan des actions développées à l'HEM est à l'image du bilan national. Des moyens importants sont dégagés tant sur le plan de la formation que sur celui de la logistique mais les résultats, bien que satisfaisants, ne sont pas toujours à la hauteur des attentes. Nous ne parlerons pas d'objectifs car ils ont malheureusement rarement été formalisés en tant que tels dans les documents disponibles.

Le CLUD a mené plusieurs audits internes portant sur différents indicateurs : la traçabilité et la systématisation de l'évaluation et l'utilisation du MEOPA<sup>18</sup>. Les résultats de ces audits montrent des grandes hétérogénéités de pratiques entre les personnes et les services et ceci malgré des efforts de formation portés sur l'ensemble de l'établissement.

Par ailleurs un axe important de la formation douleur a été développé sur l'utilisation de techniques non médicamenteuses telles que la relaxation, la distraction et l'hypno-analgésie. Le constat que nous portons (les membres du CLUD, les médecins, les infirmières référentes douleur et nous-même) est que le nombre de personnes utilisant effectivement, dans leur pratique quotidienne, les techniques apprises en formations semble assez peu élevé.

Suite à ce constat et dans la perspective de ce travail, nous avons relevé quelques éléments discursifs lors d'entretiens informels que nous avons menés depuis mai 2013, ainsi que lors des réunions « café-douleur ».

Ces éléments font ressortir : un réel intérêt pour la formation et les éléments appris avec des termes tels que « *c'est important* », « *l'utilisation de techniques de relaxation c'est un vrai plus pour les soins, en particulier pour les enfants qui ont eu de mauvaises expériences précédentes* » ; mais il apparaît aussi des éléments relatifs à la non mise en pratique tels que « *je n'ose pas le*

---

<sup>18</sup> MEOPA : Mélange Equimolaire de Protoxyde d'Azote. Il s'agit d'un gaz aux propriétés antalgiques pouvant être facilement dispensé (après prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole validé) lors des soins douloureux.

*faire* », « *je ne me sens pas capable* », « *ce n'est pas facile de se lancer* », « *j'aimerais le faire mais je manque de matériel* », « *je n'ai pas le temps* », « *après la formation j'étais tout feu tout flamme mais devant le patient je ne savais plus comment faire* » ou encore « *comme je n'ai pas mis les choses en place immédiatement je n'ai pas pratiqué et maintenant j'ai oublié et je n'ose plus* ». D'autres éléments de discours concernaient l'évaluation formelle, tels que « *j'évalue mais sans me servir des échelles* ».

## 4 Problématique

### 4.1 Questionnement

Nous formons donc le constat que les pratiques ne sont pas homogènes et ne sont pas à la hauteur de ce qui était attendu. Les personnels montrent un intérêt certain pour les techniques antalgiques non médicamenteuses, sont très demandeurs de formations et y montrent une assiduité importante. Les formations reçoivent des évaluations très satisfaisantes et sont dispensées par des experts reconnus. Cependant la mise en œuvre des techniques dans les pratiques cliniques quotidiennes semble problématique. Nous avons donc choisi de focaliser notre travail sur le hiatus existant entre la formation et les pratiques cliniques.

Notre questionnaire était le suivant : chez le personnel soignant d'un établissement pédiatrique de soins de suites, quels sont les déterminants du transfert des notions acquises en formations continues concernant la douleur de l'enfant vers les pratiques cliniques lors des soins douloureux ?

Ce questionnaire nous a amené à étudier les déterminants des transferts entre la formation continue et la pratique professionnelle.

La notion de transfert des acquis de formation vers les pratiques professionnelles est un élément essentiel dans les démarches d'évaluations des systèmes de formations (Devos & Dumay, 2006; Gilibert & Gillet, 2010). L'évaluation des transferts constitue un des éléments fondamentaux du modèle d'évaluation des formations établi par Kirkpatrick (Kirkpatrick, 1998 cité par Devos & Dumay, 2006). Au sujet des transferts, Bélair, Laurin, Laroche et Haccoun déclarent : « [...] *une formation qui n'est pas utilisée est un échec, rien de moins* » (Bélair, Laroche, Laurin, & Haccoun, 1999, p.106).

Dans une période où tous les budgets se restreignent, y compris ceux dévolus à la formation professionnelle continue, la notion d'efficacité des formations dispensées nous semble fondamentale.

Dans leur revue de littérature Devos et Dumay (Devos & Dumay, 2006) proposent plusieurs définitions du « transfert ». Dans ces définitions ils soulignent celle de Wexley et Latham : « *degré auquel les participants appliquent les connaissances, compétences et attitudes acquises en formation dans leur activité professionnelle* » ( Wexley & Latham, 1981 cité par Devos & Dumay, 2006, p.14) et celle de Baldwin et Ford qui donnent une définition sensiblement similaire en ajoutant la persistance dans le temps des comportements (Baldwin & Ford, 1988 cité par Devos & Dumay, 2006).

Les déterminants identifiés des transferts dans le travail de Devos et Dumay peuvent être classés en différents groupes.

Les déterminants environnementaux regroupent la nature de l'organisation dans laquelle on se situe, le niveau d'autonomie du sujet considéré, son intérêt et le support dont il bénéficie.

Les déterminants directement relatifs à la nature de la formation regroupent l'implication du sujet dans son entrée en formation et son choix pour celle-ci, le dispositif pédagogique mis en place, l'utilité perçue de la formation et des éléments enseignés par rapport à la tâche à réaliser, le prestige de la formation, le type de compétences ciblées.

Les déterminants liés à l'individu regroupent des éléments relatifs à la motivation, aux caractéristiques de l'individu (caractère, habileté), aux attitudes et au sentiment d'auto-efficacité.

## **4.2 La motivation du choix de ce thème de travail**

Les transferts se trouvent à l'articulation centrale entre apprentissage et comportement, en effet « *l'apprentissage comprend « les principes, faits et techniques compris et absorbés par les participants »*. *Le comportement se définit comme l'utilisation des principes et techniques appris par les participants dans leur activité professionnelle* » (Devos & Dumay, 2006, p.13). On peut donc dire qu'ils constituent la voie de passage entre le monde de la formation et le monde de la clinique.

Il nous semble donc que l'étude des déterminants des transferts de la formation vers les pratiques est un sujet tout à fait pertinent, à la fois dans le cadre de notre pratique professionnelle, dans notre parcours de formation ICF et dans notre projet professionnel.

En effet, en tant que professionnel de santé responsable d'une unité de soins, nous sommes amené à identifier des priorités de formation, à proposer des organismes de formation et à évaluer les formations dispensées.

En tant que professionnel de santé chargé de formations (initiale et continue) il est important pour nous de connaître les déterminants des transferts afin de les favoriser.



En tant qu'étudiant en Ingénierie et Conseil en Formation une démarche de recherche portant sur un point d'évaluation d'un système de formation nous semblait très intéressante et formatrice.

Et au-delà de cet aspect formateur, notre projet professionnel, orienté vers l'audit et le conseil dans les dispositifs de formations en santé sera potentiellement servi par cette expérience de recherche.

Cette recherche à propos des transferts vers les pratiques s'appuiera sur le concept des représentations sociales d'une part et sur le concept d'auto-efficacité d'autre part. Ce choix a été motivé par les relations étroites que ces 2 concepts entretiennent avec les pratiques sociales (et professionnelles) et par l'influence potentielle que la formation a sur eux. Nous allons maintenant développer ce cadre théorique avant de finaliser notre question de travail et de poser les hypothèses inhérentes.

## 5 Les représentations sociales et professionnelles

### 5.1 Définitions et fonctions des représentations sociales

Durkheim, en 1898, pose l'idée de représentations communes à l'ensemble des membres d'un même groupe social, ces représentations s'élaborent dans les relations entre les individus appartenant au groupe. Elles concernent l'environnement du groupe et les « objets » (réels ou virtuels) qui constituent cet environnement. Durkheim qualifie ces représentations de « collectives » par opposition aux « représentations individuelles » (Durkheim, 1898).

C'est Moscovici, en 1961, qui va véritablement établir le concept de « représentations sociales » (Moscovici, 2004), il en pose la définition suivante : *« nous y voyons des systèmes qui ont une logique et un langage particuliers, une structure d'implication qui porte autant sur des valeurs que sur des concepts, un style de discours qui leur est propre. Nous ne les considérons pas comme des « opinions sur » ou des « images de », mais comme des « théories », des « sciences collectives » sui generis, destinées à l'interprétation et au façonnement du réel »* (Moscovici, 2004, p. 48). Il parle par ailleurs de *« miniatures de comportements »*, de *« copie de la réalité »* et de *« formes de connaissances »* (Moscovici, 2004, p. 39). On note déjà l'importance qu'occupent les représentations dans les relations entre les membres du groupe et leur environnement. Les valeurs judicatives, cognitives et fonctionnelles des représentations sont clairement avancées.

La définition donnée par Jodelet, à la suite de Moscovici, est la suivante : *« c'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »* (Jodelet, 2012, p. 53).

Abric définit les représentations sociales comme : *« une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place »* (Abric, 2003a, p. 13).

Ces 2 dernières définitions montrent à nouveau la valeur des représentations sociales en tant que prescripteurs de pratiques et de comportements ce qui est une fonction fondamentale en regard de notre sujet de recherche.

Flament et Rouquette donneront 3 définitions des représentations selon que l'on se place dans une position descriptive, conceptuelle ou opérationnelle (Flament & Rouquette, 2003).

Du point de vue descriptif : « *une représentation est une façon de voir un aspect du monde, qui se traduit dans le jugement et dans l'action* » (Flament & Rouquette, 2003, p. 13), ce premier aspect de leur triade de définitions montre, encore une fois, l'importance de 2 aspects des fonctions représentationnelles d'un objet : l'aspect fonctionnel et prescriptif de comportements (relatif au « Schème Cognitif de Base praxie » comme nous le verrons au chapitre concernant les méthodes) et l'aspect judicatif de la représentation (relatif au « Schème Cognitif de Base attribution »).

Du point de vue conceptuel, ils avancent « *qu'une représentation sociale est un ensemble de connaissances, d'attitudes et de croyances concernant un objet donné* » (Flament & Rouquette, 2003, p. 13). Cette définition souligne la valeur cognitive des représentations.

Enfin si l'on se place dans une perspective opérationnelle, une représentation sociale peut selon eux « *être caractérisée comme un ensemble d'éléments cognitifs liés par des relations, ces éléments et ces relations se trouvant attestés au sein d'un groupe déterminé* ». On retrouve ici une notion importante dans le concept de représentation : elles sont constituées d'éléments cognitifs (ou cognèmes) et ces éléments sont liés par des relations. C'est à la fois la nature des éléments et la nature des liens qui les relient qui constituent l'identité d'une représentation. Ainsi on peut dire que 2 représentations sont différentes si les éléments qui les constituent et l'organisation de ces éléments entre eux diffèrent entre les 2 représentations.

L'étude de l'organisation des éléments constituant une représentation est l'objet des démarches d'analyse structurale. Certaines méthodes comme celle des Schèmes Cognitifs de Base sont particulièrement appropriées pour l'étude de la nature des liens existant entre les éléments cognitifs constitutifs de la représentation (Flament & Rouquette, 2003; Guimelli, 1994, 2007; Rouquette & Rateau, 1998; Rouquette, 1994). C'est dans le cadre d'une démarche d'analyse structurale que nous placerons la partie de notre recherche concernant les représentations sociales.

Selon Moliner, les représentations sociales sont « *des ensembles d'informations, d'opinions et de croyances interconnectés. En deux mots ce sont des structures cognitives* » (Moliner, 2001, p. 13). Avec Rateau et Cohen-Scali il pose la définition suivante : « *une représentation est une structure d'opinions, d'informations et de croyances que les individus utilisent pour interpréter et comprendre certains aspects de leur environnement social* » (Moliner, Rateau, & Cohen-Scali, 2002, p. 35). Ces définitions soulignent encore clairement les fonctions de compréhension du monde et d'attribution de valeurs des représentations sociales.

Pour Doise enfin, ce sont « *des principes générateurs de prises de positions liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus*

*symboliques intervenant dans ces rapports* » (Doise, 1996 cité par Lozada, 2000). Les représentations sont donc prescriptives d'attitudes vis-à-vis de leur objet. Nous verrons avec la théorie de l'agentivité posée par Bandura (Bandura, 2001, 2009; Carré, 2004) que ces attitudes sont déterminantes pour l'action.

Ces différentes définitions mettent en évidence plusieurs points de convergences (et finalement peu de divergences notoires) en ce qui concerne la nature, la composition, l'élaboration et la fonction des représentations sociales.

Ce sont des structures cognitives, des ensembles de cognitions (connaissances, croyances, opinions, etc.). Ces cognitions constituant la représentation sont organisées entre elles.

Ces cognitions concernent systématiquement un objet et cet objet détient une importance dans le groupe considéré. Cette notion est importante car en l'absence d'enjeu il apparaît que la communication autour de l'objet est insuffisante pour qu'une représentation (véritablement) sociale, et donc partagée par une communauté d'individus, puisse se constituer. La représentation est constituée et élaborée lors des interactions sociales entre les groupes mais aussi entre les sujets à l'intérieur du groupe considéré.

Ces cognitions sont partagées par un groupe homogène et cette communauté représentationnelle peut, au moins partiellement, définir le groupe. Ainsi 2 groupes sont différents si les représentations qu'ils ont d'un même objet diffèrent dans la composition ou dans l'organisation structurale de la représentation (Abric, 1994, 2003a; Flament & Rouquette, 2003; Moliner et al., 2002).

Ce point est important pour notre recherche, en effet en l'inscrivant dans une démarche structurale nous pourrions déterminer si l'organisation de la représentation de la douleur chez les soignants est différente entre un groupe de soignants ayant bénéficié de formation continue et un groupe de soignants n'ayant pas bénéficié de formation continue.

Une représentation sociale est donc, selon nous, un ensemble de cognitions construites et partagées par un groupe homogène à propos d'un objet concret ou abstrait. Cet ensemble cognitif est structuré et hiérarchisé : tous les éléments constitutifs de cet ensemble n'ont ni la même importance (certains sont inaliénables alors que d'autres sont conditionnels) ni la même valeur fonctionnelle (certains ont une valeur judicative ou descriptive alors que d'autres ont une valeur fonctionnelle et prescriptive d'action). Les éléments constitutifs de la représentation interagissent et sont en relation les uns avec les autres, et ce sont non seulement les parties de l'ensemble qui sont communes au groupe mais aussi les liens relationnels entre ces parties. La représentation est donc une sorte de « carte mentale » partagée par le groupe à propos de l'objet. Elle est élaborée lors

d'interactions sociales endogroupes et intergroupes mais aussi dans l'interaction du groupe avec son milieu de vie (ou son milieu d'exercice professionnel en ce qui concerne notre sujet de recherche). Elle a une valeur à la fois cognitive, normative et fonctionnelle.

Cependant notre recherche s'inscrivait dans un contexte tout à fait particulier : l'hôpital. Elle s'intéressait à une population spécifique : le personnel soignant. Il s'agissait donc d'étudier une forme particulière de représentations sociales qu'il est convenu d'appeler représentations professionnelles.

Selon Blin, « *les représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelles (interagir et interréagir) et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles* » (Blin, 1997, p. 80). Ainsi les représentations professionnelles sont une forme tout à fait spécifique de représentations sociales et les représentations professionnelles sont elles aussi prescriptives de comportements dans le contexte professionnel.

Ceci justifiait à nos yeux d'inscrire dans ce cadre théorique une recherche concernant les pratiques professionnelles.

## **5.2 Structure d'une représentation**

### **5.2.1 Système central et système périphérique**

Certains auteurs, Abric en particulier, se sont attachés à préciser l'organisation des représentations sociales.

Il a posé ce qu'il est maintenant convenu d'appeler la « *théorie du noyau central* » (Abric, 1994). Cette théorie repose sur la présence conjointe de 2 systèmes au sein de la représentation, l'un central et l'autre périphérique. Ces 2 systèmes n'ont ni la même valeur ni le même rôle dans le fonctionnement et l'évolution de la représentation (Abric, 1994; Flament, 1994).

C'est l'existence de ce double système (central et périphérique) qui donne à la représentation sa stabilité et sa capacité d'adaptation et de changement.

#### **5.2.1.1 Le noyau central : caractéristiques et fonctions**

Le système central est un ensemble d'éléments essentiels par rapport à l'objet. Pour le sujet, l'objet n'existe pas en l'absence d'un de ces éléments. Les éléments centraux définissent donc l'objet de la représentation. Si l'on propose à un sujet la définition ou la description d'un objet de

représentation en omettant volontairement un élément central, alors cet objet n'est usuellement pas reconnu par le sujet.

Les éléments centraux sont peu nombreux et leur valeur n'est pas quantitative. En effet ils n'apparaissent pas forcément souvent dans l'expression de la représentation. Ils ont plutôt une valeur qualitative. Ils entretiennent avec les autres éléments de la représentation des liens nombreux et ils sont générateurs et organisateurs du système périphérique (Abric, 1994, 1994, 2003a; Flament & Rouquette, 2003; Moliner et al., 2002).

Le noyau central est un élément extrêmement stable de la représentation, il ne se modifie que pour des circonstances majeures et toute transformation du noyau central implique soit le remaniement complet de la représentation dans son organisation soit sa disparition pure et simple ou sa transformation en plusieurs représentations distinctes.

### **5.2.1.2 Le système périphérique : caractéristiques et fonctions**

Le système périphérique est constitué d'un ensemble d'éléments organisés autour et en fonction du noyau central. Ils sont en relation directe avec lui (Abric, 1994; Flament, 1994). Ils constituent l'essentiel de la représentation et sa partie la plus négociable, la plus vivante et la plus dynamique. La remise en cause ou la modification d'éléments du système périphérique n'affecte pas profondément la structure de la représentation.

Les fonctions du système périphérique ont été plus particulièrement définies par Flament (Flament, 1994, 2003b). Selon cet auteur, il s'agit d'un « *prescripteur économique de comportement* » car sa mobilisation nécessite moins d'efforts que la mise en œuvre du noyau central, en effet les éléments cognitifs présents dans le système périphérique sont immédiatement disponibles et couramment sollicités, par ailleurs ils sont négociables et conditionnels, leur mobilisation, pour répondre aux situations de la vie quotidienne, est donc simple. Ils sont adaptables et peuvent être négociés ou transgressés sans remettre en cause la stabilité de la représentation. Ainsi le système périphérique va permettre la justification, par les circonstances, de comportements allant à l'encontre de ce qu'il faut normalement faire dans la situation normale, dans ce cas des « schèmes étranges » apparaîtront dans le discours justificatif du sujet (Flament, 2003b).

Le système périphérique est un modulateur de la représentation en fonction de la personnalité de l'individu et (ou) d'un contexte spécifique. Il permet donc des expressions différentes de la même représentation en fonction des individus et des circonstances ; ceci sans que le noyau central soit remis en cause.

De cette capacité d'adaptation du système périphérique découle plus ou moins la dernière fonction, mise en avant par Flament, qui est celle de protection du noyau central. Le noyau central étant stable et potentiellement inaliénable, ce sont les éléments périphériques qui se modifieront pour adapter la représentation à des évolutions de contexte sans pour autant la faire voler en éclats. Le système périphérique constitue, pour reprendre le terme employé par Flament, une sorte de « *pare-chocs* » (Flament, 2003a, p. 232) entre la représentation et la réalité.

En fonction de certaines circonstances particulières liées au contexte, des éléments périphériques peuvent devenir particulièrement prégnants dans le fonctionnement représentationnel et dans son expression. On parlera alors de phénomène de « *saillance* » (Flament, 1994), ces éléments peuvent même être « *suractivés* » et devenir eux-mêmes organisateurs d'autres éléments périphériques, ce qui est une des propriétés normales des éléments centraux (Flament & Rouquette, 2003). Cependant ces éléments saillants et suractivés demeurent périphériques car ils ne prennent cette propriété d'organisation que de manière conditionnelle et donc en fonction de contexte particulier, ils restent « amovibles » alors que les éléments centraux sont organisateurs en dehors de toute condition de contexte et ils sont inamovibles comme nous l'avons vu.

### **5.3 Dynamique représentationnelle : genèse, stabilisation et modification d'une représentation sociale**

Les représentations sociales ne sont pas des entités figées une fois pour toutes mais des structures dynamiques et évolutives. Elles apparaissent, se stabilisent, se modifient, disparaissent ou se divisent.

#### **5.3.1 Genèse d'une représentation**

Moliner (Moliner, 2001), à partir des travaux d'Elejabarrieta (Elejabarrieta, 1996), précise que le point de départ de l'apparition d'une nouvelle représentation est l'apparition d'un nouvel objet de représentation ou la modification importante d'un objet existant ou de son contexte. Cet objet représente un enjeu pour les sujets : soit par son caractère menaçant, soit par les conflits qu'il engendre au sein du groupe, soit par la nécessité de maîtrise de cet objet, perçue par les sujets.

Ceci est le cas pour la douleur qui connaît depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle une modification profonde de statut avec le passage d'un statut social de fatalité vers celui d'enjeu politique et éthique. Elle représente clairement un enjeu professionnel de maîtrise, chaque profession médicale ayant fait inscrire la prise en charge de la douleur dans ses programmes d'enseignement et dans ses décrets d'actes et de compétences.

L'apparition ou la modification de cet objet génère une vive communication au sein de la communauté ce qui est à nouveau le cas pour la douleur, la presse professionnelle en est la preuve avec la floraison de publications ou de journaux professionnels spécialisés dans ce domaine.

Durant ces processus de communication s'échangent les éléments constitutifs (potentiellement) de la représentation entre les membres de la communauté. Cet échange contribue à l'élaboration de la connaissance commune autour de l'objet considéré. Moliner précise que « *les représentations sociales se construisent à partir de processus conjoints d'élaboration et d'échange de connaissances* » (Moliner, 2001, p. 16). C'est aussi à travers ce processus que chaque membre du groupe va identifier ce qui est conforme aux normes et aux valeurs du groupe (Moliner, 2001, p. 22).

C'est dans ces processus de communication que vont se dérouler l'ancrage et l'objectivation décrits par Moscovici (Moscovici, 2004).

La formation professionnelle, en tant que processus d'apport de connaissances, de communications et d'échanges, est bien potentiellement un facteur de modification ou de constitution d'une représentation. C'est ce que montrent les travaux de Morlot et Sales-Wuillemin (Morlot & Sales-Wuillemin, 2009) à propos de l'hygiène hospitalière.

### **5.3.1.1 Ancrage**

Par l'ancrage la représentation s'insère dans le groupe considéré. C'est le point ou le champ de connaissances préexistantes que choisit le groupe pour insérer l'objet dans ses connaissances : « *les informations seront interprétées à partir de connaissances préexistantes* » (Moliner, 2001, p. 19). Le sujet, pour comprendre l'objet, va donc procéder par analogie avec ce qu'il connaît et comprend déjà ; par exemple un système GPS peut être compris par analogie avec un autre système d'orientation déjà existant et bien maîtrisé par les sujets (carte et boussole par exemple). C'est ce que montrent les travaux de Salesse lors de la généralisation d'Internet en France, cet outil étant initialement compris par analogie avec le Minitel (Salesse, 2005).

Le processus d'ancrage va donc faciliter l'appropriation de l'objet en diminuant son étrangeté. Le processus d'ancrage relève du choix du cadre de référence de l'objet. Les représentations sociales préexistantes ne sont pas neutres dans les processus d'ancrage et de structuration comme le montrent Pianelli, Abric et Saad (Pianelli, Abric, & Saad, 2010) ainsi que Salesse (Salesse, 2005).

Sur ce même sujet, Rouquette et Rateau (Rouquette & Rateau, 1998) notent que l'historicité est un caractère distinctif des représentations sociales face aux représentations individuelles : « *Le*



*plus frappant est que nous n'inventons pas chacun à notre tour, là où le hasard de notre génération nous place, nos valeurs, notre façon de voir le monde et les autres, nos principes de compréhension : ils sont en quelque sorte déjà là et l'éducation que nous recevons de mille manières nous en fait les héritiers* » (Rouquette & Rateau, 1998, p. 16). Ce point nous semble important en regard de notre sujet tant l'histoire de la douleur est chargée et son évolution récente.

On considère que le processus d'ancrage se situe en amont de l'élaboration proprement dite des éléments cognitifs constitutifs de la représentation.

### **5.3.1.2 Objectivation**

C'est la matérialisation (voire l'identification et la personnalisation) de ce qui est abstrait. Moscovici décrit ainsi le processus d'objectivation : « *l'objectivation conduit on le sait, à rendre réel un schéma conceptuel, à doubler une image d'une contrepartie matérielle [...]* » (Moscovici, 2004, p. 107). Le processus d'objectivation donne l'impression de la réalité de l'objet, celui-ci n'est plus une simple construction intellectuelle il prend un caractère concret dans la réalité quotidienne.

### **5.3.2 Stabilisation de la représentation**

A travers les 3 processus précités (apparition d'un objet nouveau, ancrage, objectivation) la représentation va progressivement se stabiliser dans son contenu et dans sa structure. Elle devient alors autonome : l'ensemble des cognitions relatives à l'objet, le cadre de référence dans lequel il s'inscrit et la structure de cet ensemble permettent au groupe d'avoir une connaissance pratique de l'objet. Ils permettent l'intégration de l'objet dans l'univers social du groupe.

### **5.3.3 Modifications d'une représentation existante**

Les facteurs déclenchant les modifications d'une représentation sont multiples. Il peut s'agir de modifications des circonstances (du contexte, des conditions) dans lesquelles prennent place l'objet et le sujet mais aussi de l'introduction de nouvelles connaissances et de nouvelles pratiques chez le sujet (ce dernier point est particulièrement important pour notre travail).

Ceci a été étudié par Guimelli tout d'abord dans un sujet sur les pratiques cynégétiques puis dans un travail sur l'exercice du « rôle propre » dans les soins infirmiers (Guimelli, 1994, 2003, 2007) et il a été largement confirmé ensuite par d'autres auteurs sur des sujets divers. Guimelli montre que la disparition d'un élément fondamental de l'environnement d'un groupe (la disparition d'un gibier traditionnel pour un groupe de chasseurs) amène progressivement ce groupe à changer ses pratiques (changement de type de gibier) et ses discours (apparition d'un discours à tendance écologique, acceptation d'un gibier issu de l'élevage, considéré comme satisfaisant après la disparition du gibier sauvage).

Ses recherches sur l'exercice du rôle propre infirmier montrent que l'accès à une pratique nouvelle (l'exercice du rôle propre) modifie la représentation avec une valorisation fonctionnelle des éléments liés à cette pratique (Guimelli, 1994, 2003, 2007).

Pour sa part Salesse, dans un travail sur la représentation d'Internet chez les artisans, montre que cette représentation est modifiée par l'apport de connaissances nouvelles mais que seule la pratique effective mène à une réelle connaissance de l'objet, à une concrétisation de celui-ci et à une valorisation des éléments fonctionnels de la représentation (Salesse, 2005). Les travaux de Morlot et Sales-Wuillemin portant sur des représentations professionnelles de l'hygiène vont tout à fait dans ce sens (Morlot & Sales-Wuillemin, 2009).

L'apparition d'un objet nouveau ou l'apport de nouvelles connaissances par rapport à un objet ou encore la disparition d'un élément de la représentation va donc provoquer sa modification et son évolution (voire parfois sa disparition en tant que telle).

L'évolution de la représentation se produit d'abord par une adaptation de l'organisation des éléments périphériques suite à la confrontation avec les nouveaux éléments ou avec la nouvelle situation ; puis éventuellement par une modification du noyau central par intégration progressive des nouvelles données.

Ces modifications sont soit transitoires soit définitives selon l'importance des remaniements et le caractère transitoire ou définitif des éléments à l'origine du changement.

L'étude de l'évolution d'une représentation passe donc par l'étude de l'évolution de son contenu mais surtout par l'étude de l'évolution de l'organisation de celui-ci. Pour réaliser cette étude, il faut adopter une perspective structurale, ceci implique selon Rouquette et Rateau, de « *considérer au minimum qu'une représentation sociale peut être caractérisée en termes d'éléments et de relations* » (Rouquette & Rateau, 1998, p. 57).

Ce point nous a semblé intéressant dans la perspective de notre travail. Il est en effet tout à fait possible pour étudier l'évolution d'une représentation de s'intéresser à la modification de l'organisation des éléments la constituant. Cette recherche peut porter sur la nature des éléments ou sur la nature des liens les organisant. Ceci permet aussi la comparaison de 2 groupes dans le cadre d'une étude synchronique.

#### **5.4 Liens entre représentations sociales et pratiques**

Abric décrit ainsi les liens existant entre les représentations sociales et les pratiques : « *la représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des*

*individus à leur environnement physique et social, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de précodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes* » (Abric, 2003a, p. 13).

Selon Abric, les représentations sociales jouent donc un rôle essentiel à la fois dans les relations sociales (endo et intergroupes) et dans les pratiques (Abric, 2003a). Cette importance pour la vie du groupe est liée au fait qu'elles répondent à 4 fonctions essentielles : identitaire, compréhension et savoir, jugement et justification et enfin prescription des pratiques et des comportements.

Selon Laplantine le système de représentation se situe à l'articulation de l'individuel et du social et il relève de 3 domaines : celui des connaissances : « *une représentation est un savoir qui ne doute pas de lui-même* » ; celui des valeurs : non seulement le savoir est vrai mais il est aussi « *totale-ment bon* » et enfin celui de l'action. Ainsi pour cet auteur une représentation est : « *simultanément expressive et constructive du social, elle consiste non seulement en un moyen de connaissance, mais aussi en un instrument d'action* » (Laplantine, 2003, p. 298).

Les représentations vont contribuer au développement de tout un système de valeurs autour de l'objet : elles vont définir ce qu'est l'objet, mais aussi ce qui, relativement à cet objet, est bon ou mauvais, licite ou illicite, etc.

Par cette fonction de jugement elles participent largement à l'élaboration des comportements et à l'explication de ceux-ci a posteriori. Concernant cette fonction de jugement et de valeur, dans un article traitant de l'action et des représentations, Rouquette écrit : « *Présidant à la sélection et à l'ordination des critères, le rôle des représentations sociales est patent. Ces dernières sont en effet pour une bonne part l'application d'un système de valeurs à des objets ou des classes d'objets dont elles disent non seulement comment on peut les penser [...], mais aussi ce que l'on doit en penser d'un point de vue moral* » (Rouquette, 2000, p. 18).

Selon Grize les représentations sociales sont : « *des potentiels d'action. Elles sont fonctionnellement efficaces dans une société donnée, ce qui veut dire qu'elles commandent pour chacun de ses membres l'élaboration des modèles mentaux qui leur servent à agir* » (Grize, 1993, p. 3).

Les représentations sociales vont, par leurs fonctions identitaire, normative et cognitive, conditionner l'action qu'elle soit d'ailleurs action d'agir ou action de s'abstenir d'agir. On peut faire

ici un lien entre le concept de représentations sociales et celui d'agentivité : les deux portent à l'action.

Rouquette écrit : « *l'action procède donc de représentations sociales qui l'accompagnent, l'inspirent, la catégorisent, l'encadrent. Les réalités auxquelles renvoient ces deux termes si généraux (faire, connaître) sont pour le moins conjointes. Il s'ensuit que tant dans son calcul que dans son développement, l'action collective doit intégrer les représentations sociales comme obstacles ou adjuvants, freins ou leviers, guides ou forces d'inertie* » (Rouquette, 2000, p.19). Ici Rouquette souligne bien le rôle de la représentation sociale comme moteur, cadre ou encore comme frein de l'action. Cette action s'intègre dans un contexte social. Le monde professionnel est tout à fait propre à l'expression de comportements normés et prescrits par des représentations professionnelles.

## 6 Agentivité et auto-efficacité

Comme nous l'avons vu l'auto-efficacité est identifiée comme un des déterminants des transferts des acquis de la formation dans la revue de bibliographie réalisée par Devos et Dumay (Devos & Dumay, 2006). C'est ce constat qui nous a amené à nous intéresser plus particulièrement à cet élément issu de l'œuvre de Bandura.

Dans cette partie nous tenterons de situer l'auto-efficacité dans la perspective plus large de l'agentivité et de la motivation puis nous dégagerons les éléments vecteurs d'auto-efficacité avant de faire le lien entre l'auto-efficacité et les comportements.

### 6.1 Agentivité

La notion d'agentivité est un élément clé de la pensée socio-cognitive de Bandura. Ce dernier développe ce concept dans les années 1980, il ne l'inscrit pas directement dans le champ de la motivation mais plutôt comme un facteur causal de celle-ci. En effet c'est par l'agentivité, et en particulier par l'auto-efficacité, que le sujet va émettre un comportement et persévérer dans celui-ci avec force et constance y compris dans l'adversité. L'agentivité et sa composante principale l'auto-efficacité seraient ainsi des précurseurs de la motivation et des comportements.

#### 6.1.1 Définition

Selon Bandura (Bandura, 2009) l'agentivité repose exclusivement sur l'action intentionnelle du sujet. Elle « *englobe les capacités, les systèmes de croyances, les compétences auto-régulatrices ainsi que les structures et les fonctions distribuées au travers desquelles s'exerce l'influence personnelle ; elle n'est pas une entité discrète localisable* » (Bandura, 2009, p. 17). Ici Bandura

pose clairement la notion de « *systèmes de croyances* » comme englobée dans l'agentivité. Ceci nous rapproche potentiellement des représentations sociales en tant que système organisé de cognitions ou, pour reprendre la définition de Moliner, en tant qu' « *ensembles d'informations, d'opinions et de croyances interconnectés* » (Moliner, 2001, p. 13).

Selon Carré, l'agentivité constitue « *la capacité humaine à influencer intentionnellement sur le cours de sa vie et de ses actions* » (Carré, 2004).

Bandura place le sujet dans une véritable posture active et non pas seulement réactive : « *les gens sont des êtres capables de ressentir et de se fixer des buts. Face aux exigences prescrites par diverses tâches, les hommes agissent consciemment afin de produire les résultats qu'ils souhaitent plutôt que de subir simplement des événements au cours desquels les forces situationnelles agissent sur leurs structures subpersonnelles pour produire des solutions* » (Bandura, 2009, p. 21).

Le sujet avec ses facteurs personnels internes (connaissances, émotions, système de valeurs, etc.) et ses comportements est donc placé au sein de son environnement. Ces 3 éléments (facteurs personnels, environnement et comportements volontaires) sont réunis dans un ensemble indissociable et ils interagissent en permanence. C'est ce que Bandura appelle la « *causalité triadique réciproque* » (Bandura, 2007) (figure 1). Le sujet est acteur de ses comportements, mais il n'est pas un acteur « tout-puissant », en effet il n'échappe pas à l'influence du contexte dans lequel il évolue et il influe lui-même sur le contexte par ses actions et ses décisions (Carré, 2004).

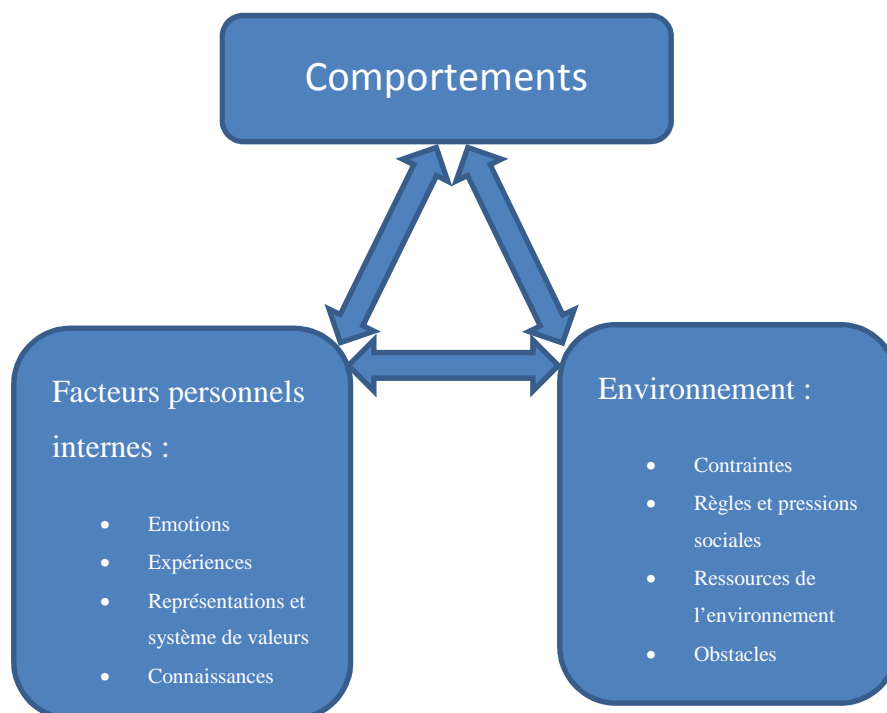


Figure 1 : Interactions dynamiques des trois éléments constitutifs de la "causalité triadique réciproque" (adaptée de Bandura (Bandura, 2007)).

Ceci est particulièrement intéressant à considérer dans l'étude des comportements professionnels suite à des formations. On peut se poser la question de savoir si un apport de connaissances (pratiques ou théoriques) permet à un sujet de modifier son attitude et ses croyances en sa capacité de produire l'effet escompté par son action.

## **6.1.2 Caractéristiques de l'agentivité**

Bandura considère que l'agentivité repose sur 4 caractéristiques fondamentales (Bandura, 2009) : l'intentionnalité de l'action, la pensée anticipatrice, l'auto-réactivité et enfin l'auto-réflexion.

### **6.1.2.1 L'intentionnalité d'action**

Un acte agentique n'est jamais le fruit du hasard ou de l'accident, ses résultats et ses conséquences peuvent être inattendus ou imprévus mais pour qu'on considère qu'il y ait effectivement agentivité, le sujet doit avoir choisi de produire l'acte (ou de s'abstenir de le produire). Ceci nous amène à définir la notion d'intention, selon Bandura il s'agit de la « *représentation d'une action future non encore réalisée* » (Bandura, 2009, p. 23). Cette notion d'intentionnalité d'action est proche des théories du comportement planifié et de l'action raisonnée développées par Ajzen (Ajzen, 1991, 2002), selon cet auteur l'intention d'adopter un comportement est un prédicteur efficace de l'adoption effective de ce comportement.

### **6.1.2.2 La pensée anticipatrice**

La pensée anticipatrice se définit par la capacité de l'individu à se représenter son avenir, à prévoir les conséquences des actions entreprises et à planifier celles-ci en fonction de priorités définies. Bandura place la représentation des événements futurs comme des régulateurs de la motivation et du comportement. Les sujets modulent et façonnent leurs comportements en fonction des résultats escomptés.

### **6.1.2.3 L'auto-réactivité**

L'auto-réactivité est la capacité du sujet à modifier son plan d'action au cours de la réalisation de celui-ci, ainsi non seulement le sujet agentif décide son action (intentionnalité), il en planifie les grandes lignes puis il l'évalue, l'analyse et la modifie. Le sujet va évaluer si les résultats obtenus sont conformes aux objectifs fixés, il va mesurer les écarts et ajuster ses comportements en fonction de cette mesure et de ses systèmes de références et donc de ses systèmes représentationnels.

#### 6.1.2.4 L'auto-réflexion

L'auto-réflexion est la capacité du sujet à réfléchir et à analyser ses valeurs et le sens qu'il donne à ses actions. C'est une dimension qui fait fortement appel aux représentations du sujet. Cette dimension fait intervenir la façon dont le sujet se perçoit à l'intérieur du système et la façon dont il perçoit ses actions et sa capacité à les produire de la façon souhaitée.

C'est initialement dans cette dernière catégorie que Bandura situe la notion d'auto-efficacité. Cependant cette notion est tellement fondamentale dans la genèse des comportements agentifs que Bandura va assez rapidement la développer comme une notion autonome. Elle entre clairement dans les facteurs personnels constitutifs de la triade de causalité réciproque.

## 6.2 L'auto-efficacité : une composante majeure de l'agentivité

### 6.2.1 Définition

Bandura définit le sentiment d'efficacité personnelle perçue (ou auto-efficacité) comme « *la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités* » (Bandura, 2007, p. 12).

Cette définition pose les traits fondamentaux de l'auto-efficacité.

Il s'agit tout d'abord d'un sentiment personnel de l'individu sur ses propres capacités, c'est en cela qu'elle entre dans la composante auto-réflexive de l'agentivité. L'évaluation de l'auto-efficacité relève donc exclusivement de l'auto-évaluation ce qui implique des impératifs méthodologiques comme nous le verrons.

Cette croyance est relative aux capacités de l'individu à planifier son action et à la mettre en œuvre, l'auto-efficacité relève donc directement du comportement (elle en est une cause initiatrice) mais aussi de la planification de celui-ci en fonction des résultats escomptés, elle relève donc aussi de la composante anticipatrice et organisatrice de l'agentivité. L'individu va se représenter l'action et se représenter lui-même dans l'action à produire pour obtenir les résultats escomptés, évaluant ainsi la marche à suivre et sa « capacité à faire ».

Enfin cette définition met en valeur la notion de résultats escomptés. L'auto-efficacité ne prend de sens véritable que dans la perspective d'obtenir des résultats attendus, ces résultats étant jugés satisfaisants ou bénéfiques par le sujet (Bandura, 2007).

## 6.2.2 Vecteurs et déterminants de l'auto-efficacité

On considère usuellement que le sentiment d'auto-efficacité s'applique sur des échelles plus ou moins grandes de généralisation. Cependant, comme le précise Bandura, il est préférable de préciser le contexte de l'auto-efficacité. En effet par exemple un individu très performant dans le domaine du jeu d'échecs peut se sentir extrêmement efficace dans la résolution de problèmes liés à ce jeu mais tout à fait incapable de courir un marathon. La généralisation complète du sentiment d'auto-efficacité n'a pas de sens, il s'applique à une activité ou à un domaine précis.

Selon Bandura les croyances d'efficacité personnelle sont fondées sur 4 sources principales d'informations : les « *expériences actives de maîtrise* », les « *expériences vicariantes* », la « *persuasion verbale* » et enfin les « *états physiologiques et émotionnels* » (Bandura, 2007, p. 124). Ces sources ne se suffisent pas à elles-mêmes, en effet : « *l'information pertinente pour évaluer les capacités personnelles – qu'elle soit transmise activement, de façon vicariante, par la persuasion ou encore physiologiquement – n'est pas éclairante en elle-même. Elle ne devient instructive que par le traitement cognitif de l'information sur l'efficacité et par la pensée réflexive. Il faut donc établir une distinction entre l'information transmise par des événements vécus et l'information sélectionnée, pesée et intégrée dans les évaluations d'efficacité personnelle* » (Bandura, 2007, p. 124). Ceci souligne l'importance de la mise en place, dans les démarches de formations, de processus auto-réflexifs orientés sur les sources d'informations de l'auto-efficacité.

Détaillons maintenant ces 4 sources d'informations nourrissant l'auto-efficacité.

### 6.2.2.1 Les expériences actives de maîtrise

Les expériences actives de maîtrise sont des événements où le sujet est l'acteur direct de l'action considérée.

Elles sont constituées non seulement des succès antérieurs mais aussi des échecs et des difficultés rencontrés. Bandura souligne que les succès acquis dans des conditions que le sujet jugeait très simples ne sont pas une source d'auto-efficacité. Il indique même que des succès rapides, faciles et répétés vont constituer chez le sujet une attente de répétition de ces succès dans les mêmes conditions et que ces personnes seront alors facilement découragées par la survenue d'échecs. Selon lui la difficulté est une source nécessaire à la constitution d'un sentiment d'efficacité solide et durable, ainsi il écrit : « *si des personnes n'expérimentent que des succès faciles, elles finissent par escompter des résultats rapides et sont facilement découragées par l'échec. Un sentiment résilient d'efficacité nécessite de vaincre des obstacles grâce à des efforts persévérants* » (Bandura, 2007, p. 125).



Cependant si les échecs peuvent être source d'efficacité, c'est aux seules conditions : d'être compris et analysés, de ne pas être répétés et de ne pas survenir au début de la mise en place ou avant la mise en place d'un sentiment d'auto-efficacité solide et durable vis-à-vis de la tâche.

Ces considérations sont importantes dans l'élaboration de dispositifs visant à renforcer le sentiment d'auto-efficacité des personnes, en particulier dans le cadre de la formation. La mise en place d'objectifs avec des niveaux de performance et d'exigence progressifs est fondamentale ainsi que la scission des tâches ou des objectifs difficiles en plusieurs sous-tâches ou objectifs intermédiaires à maîtriser séparément.

Le retour réflexif sur l'expérience sera bien sûr fondamental comme ce sera le cas pour toutes les sources d'information nourrissant le sentiment d'auto-efficacité. Dans cette perspective, l'analyse rétrospective des « *trajectoires de réalisation* » est une démarche fortement contributive à l'expérience active de maîtrise, elle permet au sujet de juger de sa progression dans la tâche, d'identifier ses facteurs de réussite et de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle.

#### **6.2.2.2 Les expériences vicariantes**

Elles sont constituées par les expériences où le sujet est en situation de comparer sa performance à la performance d'autres sujets, produite dans la même situation. Ainsi la personne va effectuer un véritable « *modelage social* » dans son auto-évaluation. Il est important que le sujet se compare à des personnes de même niveau de performance et dans des situations identiques (il faut donc qu'il soit à même d'analyser ces paramètres) sinon cette comparaison est biaisée.

Ces expériences vicariantes influent directement sur l'expérience directe et peuvent tout à fait neutraliser ou à l'inverse renforcer un fort sentiment d'efficacité issu de celle-ci. Ainsi une personne peut avoir un faible sentiment d'efficacité, issu de l'expérience directe, vis-à-vis d'une tâche car elle y rencontre des difficultés importantes et ses performances sont faibles. Elle peut voir ce sentiment d'auto-efficacité renforcé par l'échange avec des personnes du même niveau d'expertise et rencontrant les mêmes difficultés et les mêmes résultats. Ainsi la personne va véritablement ajuster son niveau d'exigence dans la tâche à l'aune de son groupe social.

Par ailleurs le sujet est à même d'observer, d'intégrer et de reproduire les comportements qu'il juge efficaces pour réaliser la tâche.

#### **6.2.2.3 La persuasion verbale**

Il s'agit d'un *feed-back* verbal émanant d'une personne significative pour le sujet. Ce *feed-back* est positif et il est relatif à la tâche à réaliser, il vise à conforter le sujet dans sa capacité à

réaliser la tâche avec le niveau de performance voulu. Ce *feed-back* doit être objectif et la difficulté de la tâche doit être en adéquation avec le niveau de maîtrise du sujet.

#### **6.2.2.4 Les états physiologiques et émotionnels**

Ils sont constitués par les informations somatiques déclenchées par la tâche à réaliser. Ces informations sont particulièrement impliquées dans des activités avec une connotation physique importante ou dans les activités fortement génératrices de stress.

Ces indicateurs sont le plus souvent des sensations désagréables (nausées liées au stress par exemple) et ils sont compris par le sujet comme des signes de vulnérabilité.

Il est important que le sujet apprenne à les reconnaître et à les dissocier du niveau de performance. Les expériences positives de *coping* face à ces informations vont permettre d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité en regard de la tâche qui les génère. Ceci rejoint les notions d'expériences de maîtrise active et d'expériences vicariantes, en effet les expériences positives vont diminuer progressivement les sensations désagréables voire possiblement les remplacer par des sensations positives (le plaisir de la victoire par exemple).

#### **6.2.3 Liens entre auto-efficacité et comportements volontaires**

L'auto-efficacité est souvent identifiée comme un facteur déterminant des transferts, il s'agit alors du sentiment que la personne a de pouvoir mettre en œuvre, dans sa pratique quotidienne, les éléments appris ou acquis en formation et à en obtenir les effets escomptés (Bélaïr et al., 1999; Delobbe, 2007; Devos & Dumay, 2006).

En tant que constituant principal de l'agentivité, notion directement liée à l'action volontaire, on peut dire que le sentiment d'auto-efficacité est un déterminant principal de l'action. Le sujet produira les comportements qui lui semblent appropriés à la situation (ceci est à mettre en lien avec ses représentations de la situation) mais usuellement il ne produira ces comportements que s'il se considère capable d'en obtenir des résultats satisfaisants.

## **7 La formation professionnelle comme vecteur potentiel de modifications des représentations et de l'auto-efficacité**

Vatier donne la définition suivante de la formation en entreprise : « *la Formation est l'ensemble des actions propres à maintenir l'ensemble du personnel, individuellement et collectivement au degré de compétence nécessité par l'activité de l'entreprise.* »

Le Boterf considère la formation comme un des éléments de la professionnalisation et de l'ingénierie des compétences (Le Boterf, 2002, 2013).

On peut actuellement considérer que la formation professionnelle continue dispensée dans les hôpitaux aux professionnels de santé vise à une amélioration des performances cliniques<sup>19</sup> de ces personnels.

Ces formations ne doivent donc pas se cantonner à un apport de connaissances (cet apport restant fondamental) ou d'aptitudes techniques mais bien être un vecteur de modifications des pratiques. L'aptitude non mise en œuvre au chevet du patient ne sert pas ce dernier. Nous adhérons complètement au propos de Bandura lorsqu'il déclare : « *une aptitude n'a que la valeur de sa mise en œuvre* » (Bandura, 2007, p. 59).

En tant que lieu de communications et d'interactions socio-professionnelles la formation continue constitue indéniablement un lieu de constitutions ou de modifications d'une représentation comme le montrent les travaux de Sales-Wuillemin et Morlot, à propos de l'hygiène et en particulier de l'hygiène hospitalière (Morlot & Sales-Wuillemin, 2009) et les travaux de Lo Monaco et Guimelli à propos de la modification des représentations vis-à-vis du vin chez des élèves en formation hôtelière (Lo Monaco & Guimelli, 2008).

Nous avons vu que la causalité triadique réciproque est en partie fondée sur les facteurs personnels de l'individu. Les formations apportent des connaissances nouvelles qui vont venir amender ces facteurs personnels. Les liens entre formation et sentiment d'auto-efficacité sont étroits, surtout si l'on considère la formation comme un processus participant au développement des compétences (Le Boterf, 2002, 2013).

Le sentiment d'auto-efficacité s'inscrit non seulement dans la capacité du sujet à suivre des formations difficiles ; mais il est aussi fondamental dans la mise en œuvre des capacités acquises en formations (et donc dans la production de compétences effectives) et c'est ce qui nous intéresse dans le cadre de cette recherche. Ainsi Bandura déclare : « *les pensées auto-référentes activent des processus cognitifs, motivationnels et émotionnels qui gouvernent le passage des connaissances et aptitudes à l'action efficace. En bref l'efficacité personnelle perçue ne concerne pas le nombre d'aptitudes que l'on possède, mais ce qu'on croit pouvoir en faire dans des situations variées. Les*

---

<sup>19</sup> Dans le sens de ce qui se déroule en pratique au chevet du patient. Ces compétences peuvent être techniques ou comportementales.

*croyances d'efficacité constituent un facteur clé dans un système productif de compétences humaines* » (Bandura, 2007, p. 63).

On peut donc considérer qu'un système de formation visant à développer les compétences professionnelles devrait normalement contribuer au développement du sentiment d'auto-efficacité des sujets formés vis-à-vis de l'objet de formation.

## **8 Formalisation de la question de recherche et hypothèses**

### **8.1 La question de recherche**

A l'issue du développement de notre contexte de recherche et de notre cadre théorique, nous posons la question suivante : « dans le domaine de la lutte contre la douleur induite par les soins en pédiatrie, quels sont les éléments permettant d'expliquer un faible transfert entre formation continue et pratiques cliniques chez le personnel infirmier en ce qui concerne l'utilisation de techniques antalgiques non médicamenteuses ? »

Pour tenter de répondre à cette question nous nous sommes appuyé sur une étude structurale de la représentation de la douleur et sur une évaluation de l'auto-efficacité concernant la capacité à mettre en place des « démarches antalgiques non médicamenteuses ».

### **8.2 Les hypothèses**

Nous avons émis 2 hypothèses pour expliquer le faible transfert entre formation continue et pratiques cliniques. L'une portant sur la modification de la structure représentationnelle et l'autre portant sur le sentiment d'auto-efficacité.

Notre hypothèse portant sur la modification des représentations sociales de la douleur est la suivante : les démarches antalgiques non médicamenteuses occupent une position similaire dans la représentation professionnelle de la douleur de l'enfant, chez les personnels infirmiers ayant bénéficié d'une formation continue à ce sujet et chez les personnels infirmiers n'ayant pas bénéficié de ce type de formation.

Notre hypothèse portant sur le sentiment d'auto-efficacité est la suivante : le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des démarches antalgiques non médicamenteuses est identique chez les personnels infirmiers ayant bénéficié d'une formation continue concernant la douleur de l'enfant et chez des personnels infirmiers n'ayant pas bénéficié de ce type de formation.

## 9 Population considérée

Pour notre recherche nous avons choisi de travailler exclusivement sur la population des IDE<sup>20</sup> et des puéricultrices plutôt que d'inclure dans la démarche l'ensemble plus vaste des professionnels concernés par la formation continue dans le domaine de la prise en charge de la douleur de l'enfant.

### 9.1 Motivations du choix de la population

Ce choix a été motivé par plusieurs facteurs. Tout d'abord ces professionnels de santé sont directement impliqués dans la dispensation de soins potentiellement douloureux<sup>21</sup> et il relève de leurs devoirs et de leurs compétences de participer à l'évaluation et à la lutte contre la douleur lors de ces soins.

Par ailleurs ces professionnels disposent par décret de compétences d'un « rôle propre » dans l'exercice duquel ils sont libres de mettre en place toutes les démarches de soins, ne relevant pas du domaine prescrit, qu'ils jugent pertinentes ; et ils ont accès à la fois aux techniques antalgiques médicamenteuses et aux techniques antalgiques non médicamenteuses. Notons que les démarches non médicamenteuses ne relèvent pas du domaine prescrit.

La notion d'intentionnalité des comportements développée par Bandura a participé à ce choix, en effet à l'intérieur de leur rôle propre les IDE et les puéricultrices peuvent tout à fait faire preuve d'une grande agentivité (dont l'auto-efficacité est le déterminant principal), en particulier dans la mise en place des démarches antalgiques non médicamenteuses. Elles sont en effet libres du choix de mettre en place ces démarches (même si cette liberté devient limitée par les recommandations de bonnes pratiques). On peut en revanche difficilement imaginer qu'un comportement relevant du rôle prescrit puisse être qualifié de complètement intentionnel (ne pas réaliser un soin prescrit est une faute professionnelle).

Enfin concernant notre terrain d'étude, ces professionnels sont ceux qui ont bénéficié, ces 10 dernières années, du plus grand nombre de formations continues concernant la douleur.

---

<sup>20</sup> IDE : infirmier diplômé d'Etat

<sup>21</sup> En référence aux soins listés par le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur : <http://cnrd.fr/-Douleur-provoquee-par-les-gestes-.html>

Ce choix avait l'avantage de permettre une grande homogénéité dans la population considérée. En effet les membres de la population étudiée partageaient à la fois une identité professionnelle et ils exerçaient aussi cette profession dans un contexte strictement identique (les IDE et les puéricultrices pouvant intervenir dans les différentes unités de soins de l'établissement).

Par ailleurs ce choix nous permettait une bonne connaissance de la nature des formations dispensées et du contexte d'exercice. Il permettait enfin une diffusion facilitée des questionnaires, une explication « en direct » de la nature de l'étude menée et éventuellement des éclaircissements sur les questionnaires distribués (ces questions furent rares).

En revanche ce choix de restreindre le terrain et la population d'étude présentait l'inconvénient de réduire fortement la taille potentielle des échantillons considérés. Ceci a participé (de façon non prioritaire) au choix des méthodes d'investigation comme nous le verrons ultérieurement.

## **9.2 Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion étaient donc d'être salarié à l'HEM pendant la période du mois d'avril 2014 (période de diffusion et de recueil des questionnaires) et d'être titulaire du diplôme d'état d'infirmier ou du diplôme de puéricultrice. Les étudiants dans ces 2 disciplines et toutes les autres professions de santé ont été exclus de l'étude.

L'ancienneté dans l'établissement et l'ancienneté du diplôme ne constituaient pas des critères d'exclusion.

## **10 Méthodes d'investigation**

### **10.1 Considérations sur le choix des méthodes d'investigation en lien avec les caractéristiques de la question de travail et de la population**

Comme nous venons de l'énoncer nous pouvions raisonnablement prévoir d'être confronté à une population, certes homogène, mais de faible effectif. Les méthodes d'investigation et de traitement des données devaient donc répondre à plusieurs impératifs.

En tout premier lieu elles devaient permettre de répondre à la question de travail et donc d'infirmier ou de confirmer les hypothèses posées et secondairement elles devaient être compatibles avec des échantillons de faible effectif.

## 10.2 Les Schèmes Cognitifs de Base pour l'hypothèse concernant les représentations sociales

Pour ce versant de notre travail nous sommes donc situé dans une démarche d'étude structurale de la représentation de la douleur de l'enfant et particulièrement d'étude de la place des démarches non médicamenteuses à l'intérieur de celle-ci. Plusieurs méthodes d'investigation permettent de répondre à cette question et il convient de les présenter brièvement avant de développer et d'argumenter notre choix pour la méthode des « Schèmes Cognitifs de Base<sup>22</sup> » (Flament & Rouquette, 2003; Guimelli, 2007; Moliner et al., 2002; Rouquette & Rateau, 1998; Rouquette, 1994).

### 10.2.1 Principes d'investigation de l'aspect structural des représentations

Le repérage de l'organisation interne d'une représentation intervient après une phase préliminaire de définition du contenu de la représentation par des entretiens, des questionnaires d'associations libres, mais aussi par l'analyse de la littérature et de l'information inhérentes au sujet d'étude (analyse de la presse (éventuellement professionnelle)). Il peut s'effectuer de manière globale ou n'avoir pour objectif que d'identifier la nature d'un seul ou de quelques éléments constitutifs de la représentation (ce qui était notre cas).

Ce type d'étude repose essentiellement sur le repérage des liens entre les éléments constituant la représentation et sur l'identification de la nature de ces liens (hiérarchie, quantité, etc.) (Abric, 2003b; Flament & Rouquette, 2003; Moliner et al., 2002; Rouquette & Rateau, 1998).

Ce repérage s'opère usuellement en utilisant des techniques d'association puis de caractérisation et d'analyse de similitude (Moliner et al., 2002). Les sujets doivent donc émettre des éléments en lien avec un terme inducteur (souvent l'objet de l'étude) puis effectuer un tri de cette production. Ce tri peut prendre la forme d'un choix par blocs successifs, de cartes associatives ou de tris hiérarchisés successifs (Abric, 2003b).

Ces méthodes présentent cependant plusieurs inconvénients. Tout d'abord elles nécessitent souvent un traitement de la part du chercheur qui se heurte alors au biais de sa propre interprétation de la production lexicale du sujet. Par ailleurs elles renseignent peu sur la nature qualitative des liens existant entre l'inducteur et le terme induit. Ainsi 2 éléments peuvent être associés pour diverses raisons par un sujet. Pour prendre un exemple tout à fait fictif un sujet peut associer « chien » et « chat » pour de multiples raisons : parce que ce sont tous les 2 des quadrupèdes, parce

---

<sup>22</sup> SCB

que ce sont 2 animaux que l'on oppose traditionnellement dans le langage courant (« s'entendre comme chien et chat »), parce qu'ils ont des fonctions différentes dans le monde rural, etc. La nature de ce lien entre un terme induit et son inducteur est donc plurielle mais aussi tout à fait propre au sujet qui a produit ce couple d'association. L'interprétation par un tiers est donc fortement sujette à caution.

La méthode des Schèmes Cognitifs de Base propose de répondre à cette double lacune et de permettre à la fois la mise à jour des liens existant entre un inducteur et un induit tout en éliminant, ou tout au moins en diminuant, le biais d'interprétation.

Voyons maintenant plus en détails cette méthode que nous avons utilisée pour le versant de notre travail concernant les représentations professionnelles.

## **10.2.2 La méthode des Schèmes Cognitifs de Base**

### **10.2.2.1 Fondements de la méthode**

Cette méthode d'étude initiée essentiellement par Rouquette (Rouquette, 1994) propose d'étudier la position d'un cognème<sup>23</sup> à l'intérieur de la représentation et la nature des liens qu'il entretient avec d'autres éléments associés. Potentiellement, plus un cognème entretient de liens avec d'autres cognèmes du champ représentationnel plus il est central ou saillant. La méthode est très intéressante pour étudier la nature des liens existant entre un cognème inducteur et les cognèmes induits.

Soit un cognème inducteur que l'on désignera par A et le cognème induit que l'on désignera par B, on admet qu'il existe logiquement un lien cognitif entre A et B chez le sujet qui va produire cette association A-B. Ces liens ou « connecteurs » existant entre A et B peuvent être de plusieurs types. Un sujet peut donc activer plusieurs connecteurs simultanément lors d'une association : opposition, inclusion, similitude, etc. Et seul le sujet est à même de clarifier ce qui l'a amené à associer A et B.

Rouquette pose que le nombre des liens possibles est un nombre fini et que ces liens peuvent être opérationnalisés par des définitions simples selon la modalité relationnelle qu'ils caractérisent. Ces liens sont désignés dans la méthode par un triplé prononçable de lettres (Rouquette, 1994).

---

<sup>23</sup> Cognème : « *structure cognitive élémentaire constituant une représentation* » selon la définition posée par Codol et usuellement reprise par les auteurs cités dans ce chapitre concernant les Schèmes Cognitifs de Base.



Ces liens sont au nombre de 28 et peuvent être regroupés en 5 ensembles, en fonction de la nature des connecteurs. Ces ensembles sont appelés « Schèmes Cognitifs de Base » (usuellement abrégés en SCB).

#### 10.2.2.2 Les 5 Schèmes Cognitifs de Base

Le « SCB lexique » regroupe les connecteurs d'équivalence/synonymie (SYN), d'opposition (ANT) et de définition (DEF).

Le « SCB voisinage » regroupe les connecteurs caractéristiques d'une relation incluante (A inclut B)(TES), d'une relation d'inclusion (A est inclus dans B) (TEG) ou de co-inclusion (A et B sont inclus dans le même ensemble) (COL).

Le « SCB composition » regroupe des connecteurs désignant des relations « du tout à la partie » (A est constitué par B) (DEC), « de la partie au tout » (A est un des constituants de B) (COM) et enfin « de la partie à la partie » (A et B sont des constituants communs d'un autre élément) (ART).

Rouquette et Rateau (Rouquette & Rateau, 1998) précisent que ces 3 premiers SCB sont fortement liés et peuvent être regroupés en un seul « *méta-schème* ». Ce méta-schème a essentiellement une fonction descriptive et il est donc logiquement qualifié de « *méta-schème descriptif* » ou de « *méta-schème de description* ».

Plus un sujet activera de connecteurs dans ce méta-schème, plus sa capacité de description de l'inducteur sera élevée et plus sa connaissance théorique de l'inducteur sera élevée (Guimelli, 2007).

Le « SCB praxie » regroupe les connecteurs relatifs à la fonction et à l'action. Il comprend les connecteurs relatifs à l'action, à l'acteur, aux « *outils nécessaires à l'action* » et à l'objet de l'action, ainsi que les symétriques de ces connecteurs. Il est composé d'un total de 12 connecteurs. Le « SCB praxie » n'est regroupable avec aucun autre. Rouquette et Rateau considèrent donc qu'il constitue un méta-schème à lui seul (Rouquette & Rateau, 1998). Par simplification et afin d'éviter les confusions pour le reste de ce travail nous continuerons à désigner cet ensemble sous le terme « SCB praxie ».

Un sujet activant un nombre important de connecteurs dans le « SCB praxie » témoignerait d'une activité cognitive relative à l'action en lien avec le cognème inducteur (Guimelli, 2007). Il s'agit donc d'un SCB relatif à la valeur prescriptive et fonctionnelle de l'élément considéré dans la représentation.

Le « SCB attribution » est relatif aux jugements de valeur et à l'évaluation. Il comporte les connecteurs CAR (B est une caractéristique permanente de A), FRE (B est une caractéristique fréquente de A), SPE (B est une caractéristique occasionnelle de A), NOR (B est une caractéristique normale de A), EVA (B est une caractéristique évaluative de A), COS (B est une cause de A) et enfin EFF (B est un effet de A).

Ce SCB renvoie à une activité cognitive judicative du sujet face à l'objet inducteur à l'intérieur du champ représentationnel.

### ***10.2.2.3 Mode opératoire de l'investigation par les Schèmes Cognitifs de Base***

Le protocole d'enquête dans la méthode des SCB est maintenant clairement codifié, il a été confirmé à travers de nombreux travaux étudiant des situations expérimentales ou réelles (Guimelli, 1994, 2007; Lo Monaco & Guimelli, 2008; Moliner et al., 2002; Rouquette & Rateau, 1998; Rouquette, 1994).

La première phase consiste à demander au sujet de produire 3 mots ou expressions que lui évoque un inducteur. Cet inducteur devra être précisément défini lors de travaux préalables afin d'être le plus univoque possible. Il est placé dans le contexte que l'on cherche à étudier à travers un court texte (ce qui nous paraissait d'autant plus important dans le cadre de l'étude d'un objet au sein d'une représentation de type professionnel).

L'étude de seulement 3 mots peut paraître restrictive mais elle présente l'avantage de limiter l'investigation aux mots les plus immédiatement disponibles face à l'inducteur dans le champ représentationnel et donc potentiellement les plus significatifs en termes de relations.

Ensuite le sujet est invité à expliquer son choix en quelques lignes pour chacun des mots convoqués face à l'inducteur. Ce court exercice a pour objet d'amener le sujet à clarifier les raisons des associations qu'il a produites ; la nature des liens devient donc consciente.

Aucune de ces 2 phases ne sera utilisée dans le traitement effectif des données. En effet l'objet du protocole n'est pas de s'intéresser au matériel produit mais à ce qui amène le sujet à produire ce matériel et donc aux liens qu'il effectue entre l'inducteur et l'induit et à la nature même de ces liens.

La dernière phase du protocole consiste à demander au sujet de répondre par « oui », « non » ou « ? » à une série de questions standardisées correspondant aux définitions des différents connecteurs. Le sujet répète cet exercice pour chacun des mots qu'il a produits. Il est donc le propre expert de sa production et ce point constitue un avantage important de la méthode. En effet, comme

nous l'avons souligné, seul le sujet est à même de savoir et de préciser les raisons (donc les connecteurs) qui l'ont amené à associer un inducteur et un induit. Le biais d'interprétation de la production par le chercheur est donc annulé par cette caractéristique de la méthode.

C'est cette partie du questionnaire qui sera exploitée. Une réponse « oui » correspond à un connecteur activé alors qu'une réponse « non » ou « ? » est équivalente à un connecteur inactif. Selon la théorie des systèmes central et périphérique des représentations (Abric, 1994, 2003a; Flament, 1994) un inducteur activant un nombre élevé de connecteurs sera soit central soit saillant dans le système périphérique (la méthode des SCB à ce stade ne permet pas à elle seule de déterminer la centralité d'un élément) et un élément activant peu de connecteurs sera plutôt un élément du système périphérique.

L'interprétation des résultats consiste à tenir compte du nombre des réponses « oui » dans une population et donc à calculer un indice de valence pour un inducteur. Cet indice est donné par le quotient du « nombre de réponses oui » divisé par le « nombre total des réponses exprimées » (Rouquette & Rateau, 1998).

On peut considérer la valence globale de l'inducteur, la valence par SCB (on ne considère alors que les réponses concernant les connecteurs constitutifs du SCB) ou dans le niveau d'analyse le plus poussé on peut considérer les valences de chaque connecteur pris individuellement. La comparaison statistique des échantillons de population peut s'effectuer soit par un test de  $\chi^2$  sur la fréquence des « réponses oui » et des « réponses non ou ? », soit par une comparaison de la variance des valences. Ces 2 méthodes sont équivalentes selon Rouquette et Rateau (Rouquette & Rateau, 1998).

Un SCB sera plus ou moins activé pour un inducteur selon la valeur de celui-ci dans la représentation (descriptive, fonctionnelle ou évaluative). Moliner, Rateau et Cohen-Scali soulignent que « *outre sa pertinence pour la détermination des éléments centraux et périphériques, le modèle des SCB permet une analyse fine du rôle qualitatif de ces éléments dans le champ représentationnel* » (Moliner et al., 2002, p. 134).

Ces considérations nous ont conduit à attacher une attention particulière à l'influence de la formation continue sur la valence du « SCB praxéologie » dans le cadre de notre travail.

Enfin cette méthode présentait l'avantage d'être applicable à des échantillons réduits de population comme le montrent par exemple les travaux de Guimelli à propos de l'exercice du rôle propre et du rôle prescrit chez les IDE (Guimelli, 2003).

## 10.3 Le questionnaire d'évaluation de l'auto-efficacité

### 10.3.1 Considérations théoriques pour l'élaboration d'outils d'évaluation de l'auto-efficacité perçue

Bandura (Bandura, 2006, 2007) énonce plusieurs principes et conseils afin d'élaborer un questionnaire d'auto-efficacité.

#### 10.3.1.1 Elaboration de l'outil

En premier lieu, l'action concernée par l'évaluation doit être clairement définie. En effet, comme nous l'avons spécifié précédemment, l'auto-efficacité globale est une notion difficile à appréhender et selon Bandura les tentatives d'évaluation de l'auto-efficacité globale sont au moins sujettes à caution (Bandura, 2007).

En second lieu, le contexte de l'action doit être lui aussi précisé afin de rendre l'évaluation la plus précise et la plus informative possible. Bandura écrit : *« l'efficacité personnelle n'est pas une disposition globale décontextualisée, évaluée par un test général, mais est plutôt un phénomène multiforme. Un sentiment élevé d'efficacité personnelle dans un domaine d'activité n'est pas nécessairement accompagné d'un haut sentiment d'efficacité dans d'autres secteurs [...]. Pour avoir un pouvoir explicatif et prédictif, les mesures d'efficacité personnelle doivent donc être adaptées aux domaines de fonctionnement concernés et représenter les gradations d'exigence de la tâche à l'intérieur de ces domaines. Ceci impose de définir clairement le domaine d'activité étudié et de bien analyser conceptuellement ces différentes facettes [...] »* (Bandura, 2007, p. 71).

Dans cette citation on retrouve une autre préconisation importante dans la conception de questionnaires d'évaluation du sentiment d'auto-efficacité : celle d'associer à la tâche considérée des niveaux de difficultés variés. En effet les échelles n'introduisant pas cette notion seront peu discriminatives : *« s'il n'y a pas d'obstacle à surmonter, l'activité est facile à réaliser et chacun fait preuve d'une haute efficacité personnelle perçue »* (Bandura, 2007, p. 71).

#### 10.3.1.2 Protocole d'évaluation

Dans la pratique il s'agira donc de proposer au sujet une tâche à réaliser en la situant dans un contexte précis (ceci constituant la situation de départ) puis de demander au sujet d'auto-évaluer sa capacité à effectuer la tâche proposée en fonction de paramètres surajoutés : Bandura parle de *« niveaux d'exigence »* (Bandura, 2007, p. 72) ou *« d'impératif de performances »* (Bandura, 2007, p. 71), venant compliquer ou rendre plus ardue la réalisation de la tâche (Bandura, 2006, 2007).

Les paramètres compliquant la tâche doivent être proposés dans un ordre aléatoire afin de limiter des effets d'ordre. Le sujet risquant de référencer ses réponses ultérieures par rapport à ses

premières réponses une fois l'ordre identifié. Pour chacun des paramètres le sujet cote de 0 (« je suis sûr de ne pas être capable de le faire ») à 100 (« je suis sûr d'être capable de le faire ») sa capacité à réaliser la tâche dans le contexte donné. Le sujet doit coter sa capacité à faire (« je suis capable de ») et non son intention de faire (« je ferais »).

Les circonstances compliquant la tâche et le texte inducteur expliquant les consignes et la tâche doivent aller dans ce sens (Bandura, 2006, 2007).

Les données peuvent être consignées sous forme de moyenne globale par échantillon ou être comparées circonstance par circonstance.

## **10.4 Démarches d'élaboration, de validation et diffusion du questionnaire**

### **10.4.1 Elaboration du questionnaire**

#### ***10.4.1.1 Partie relative à l'auto-efficacité***

En ce qui concerne la partie « auto-efficacité perçue » du questionnaire, nous avons identifié les situations et les circonstances compliquant la mise en œuvre de « démarches antalgiques non médicamenteuses » lors des soins douloureux, à travers une série d'entretiens exploratoires, de participations à des groupes de travail et à des groupes de parole sur la douleur de l'enfant, des recherches bibliographiques (Carbajal, 2003) et d'enquêtes préliminaires. Plusieurs facteurs ont été identifiés : des facteurs logistiques (manque de matériel comme par exemple les « kits de distraction ») (circonstance n°1), des facteurs liés au manque d'effectifs (circonstance n°5), des facteurs relatifs à la présence de spectateurs (circonstance n°9) ou des parents (circonstance n°8), des facteurs liés à l'opinion négative des collègues face à ces techniques (circonstances n°3 et n°4), des facteurs liés au stress (circonstance n°6) ou à l'état du soignant au moment du soin (circonstance n°7), des facteurs liés à l'urgence (circonstance n°11), des facteurs liés au stress du patient (circonstance n°2) et enfin des facteurs techniques à proprement parler (circonstances n°10 et n°12).

A l'exception du dernier point (circonstance n°12) aucun consensus clair n'apparaissait dans une hiérarchisation des facteurs de complication auprès des personnes interrogées. Selon la préconisation de Bandura (Bandura, 2007) nous avons proposé ces facteurs de manière non ordonnée (en termes de difficulté pressentie) dans le questionnaire.

#### ***10.4.1.2 Partie relative aux Schèmes Cognitifs de Base***

Le questionnaire relatif aux Schèmes Cognitifs de Base est, comme nous l'avons vu, standardisé, il n'était donc pas pertinent de le modifier. Le groupe de mots inducteurs a été choisi

après discussion avec plusieurs IDE et cadres de santé infirmiers ; ceci sans forcément préciser que cette discussion mènerait à la constitution d'un questionnaire. Le but était pour nous de trouver l'expression la plus consensuelle et la plus représentative des techniques antalgiques considérées.

Le terme « démarches antalgiques non médicamenteuses » a été choisi, en effet le mot « démarche » était perçu comme plus ouvert et selon les personnes consultées il incluait à la fois des techniques à proprement parler, comme le massage ou l'hypno-analgésie ; mais il incluait aussi d'autres moyens comme la distraction, le chant, le fait de souffler sur des bulles de savon, etc. Nous avons donc préféré cette alternative à « techniques antalgiques non médicamenteuses » ou « soins antalgiques non médicamenteux ».

Le texte introductif était le suivant :

« Concernant votre exercice professionnel, vous êtes parfois amené à produire des soins potentiellement douloureux pour les enfants hospitalisés. En pensant à ces situations de soins potentiellement douloureux donnez rapidement 3 mots qui vous viennent à l'esprit face à l'expression : « démarches antalgiques non médicamenteuses » ».

Il s'agissait à travers ce texte de placer le sujet et l'objet de l'étude dans le contexte professionnel.

#### **10.4.1.3 Finalisation du document**

Le questionnaire (Annexe I) comportait une courte introduction présentant notre travail, le questionnaire lui-même (avec une partie « auto-efficacité perçue » et une partie SCB) et enfin une dernière partie relative aux renseignements propres aux répondants et aux formations continues. Cette partie précisait : la profession, l'ancienneté dans la structure et l'ancienneté par rapport à la date d'obtention du diplôme professionnel. Il comportait aussi une série de questions relatives aux formations reçues.

Nous avons retenu comme formations significatives : une formation à l'hypno-analgésie dispensée au sein de l'HEM<sup>24</sup>, une formation à la douleur de l'enfant, à son évaluation et à sa prise en charge (médicamenteuse et non médicamenteuse)<sup>25</sup> et les « DU douleur ». Nous avons ajouté un champ « autres formations » en demandant aux personnes de préciser la nature des formations

---

<sup>24</sup> Formation inscrite au plan de formation annuel et dispensée par un organisme de formation reconnu comme expert dans ce domaine.

<sup>25</sup> Idem.

reçues (ce champ était destiné à dépister d'éventuelles lacunes dans notre démarche d'identification et de sélection des formations pouvant entrer dans le champ de cette recherche).

Le choix dans la sélection des formations à inclure dans cette recherche était motivé par plusieurs éléments. Ce sont les formations concernant la douleur les plus dispensées à l'HEM depuis 2002 (date du premier « DU douleur » dans l'établissement). Ces formations sont toutes chaque année l'objet d'un nombre important de demandes de la part de la population considérée (on peut donc considérer qu'elles font l'objet de la part de cette population d'une certaine motivation pour y assister). Ce sont des formations de plusieurs jours et enfin elles sont toutes dispensées sur des modalités pédagogiques identiques : large part de théorie et illustration par des situations pratiques non directement connectées au terrain d'exercice (travail sur des vidéos, travail sur des « jeux de rôles » entre adultes, exercices pratiques entre adultes).

Nous avons enfin laissé un champ de réponses où les personnes devaient auto-évaluer leur fréquence de pratiques non médicamenteuses par un score de 0 à 100.

#### **10.4.2 Test et validation du questionnaire**

Le questionnaire a été testé et validé par 3 cadres infirmiers de l'établissement, les termes peu clairs ou ambigus ont été discutés puis modifiés. Ces cadres ont souligné les inconvénients connus de la partie du questionnaire spécifique aux SCB : son caractère rébarbatif lié à la répétitivité des questions et parfois sa complexité qui le réserve à des populations capables d'un bon niveau de compréhension et d'abstraction (Moliner et al., 2002).

Le dernier point ne nous semblait pas rédhibitoire en regard de la population étudiée et nous avons choisi de limiter l'impact de l'aspect rébarbatif du questionnaire en nous impliquant directement dans sa diffusion et dans les explications inhérentes à notre démarche de recherche.

#### **10.4.3 Diffusion du questionnaire**

Dans le but de limiter les abandons en cours de réponses et d'obtenir une forte implication des personnes acceptant de répondre aux questionnaires, nous avons choisi de procéder personnellement à la distribution, en passant plusieurs fois par jour dans les différentes unités de soins à des moments choisis (en fonction de la charge de travail moins importante à ces moments précis), ceci afin de proposer nos questionnaires et d'expliquer notre démarche de recherche. Dans nos explications nous présentions toujours notre travail comme une démarche de recherche portant sur les représentations professionnelles des IDE et des puéricultrices sur la douleur de l'enfant, nous n'abordions volontairement pas l'aspect formation continue. Seules des personnes volontaires ont répondu au questionnaire.

Nous avons toujours reçu un très bon accueil dans les unités de soins et au final le taux de questionnaires écartés a été faible.

Nous avons choisi de demander aux personnes de remplir le questionnaire sur leur lieu de travail, mais de façon individuelle. En effet Blin (Blin, 1997) souligne que les représentations professionnelles sont fortement contextualisées et doivent être étudiées dans leur contexte. Il nous paraissait donc important d'interroger les sujets sur leur lieu de travail afin de favoriser la contextualisation des réponses à notre recherche.

## **11 Traitement statistique des données et critères de validation**

### **11.1 Saisies et traitement des données, tests statistiques et seuil de confiance**

Les données recueillies ont été saisies sous Excel 2010®, le traitement statistique des données a été réalisé en utilisant les tests fournis par Excel, chaque série de données a ensuite été contrôlée grâce au site de calcul statistique en ligne Biosta TGV<sup>26</sup> (notons immédiatement qu'aucune différence notable de calcul n'a été enregistrée entre les 2 outils). Le seuil de confiance pour déclarer une différence significative a été classiquement fixé à 5% ( $p < 0,05$ ).

Les tests utilisés étaient le T-test de Student pour la comparaison de variables quantitatives et le  $\text{Khi}^2$  pour les variables qualitatives.

### **11.2 Validation du cadre théorique**

#### **11.2.1 Variables considérées**

Afin de valider la pertinence du cadre théorique, et donc de confirmer que dans notre population il existait bien une corrélation d'une part entre les pratiques et d'autre part entre le niveau d'auto-efficacité perçue et le « Schème Cognitif de Base praxéologie », nous avons séparé l'ensemble de la population en 2 échantillons en fonction de la médiane du niveau annoncé de pratique.

Les variables considérées étaient donc d'une part la fréquence déclarée de pratiques antalgiques non médicamenteuses et d'autre part le score moyen d'auto-efficacité perçue ou le nombre de réponses « oui » dans les différents Schèmes Cognitifs de Base (ce qui revient à transformer la valence de chaque Schème Cognitif de Base en une variable qualitative).

---

<sup>26</sup> <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>



### **11.2.2 Conditions de validation**

Nous avons décidé de considérer que le cadre théorique était validé si les différences étaient significatives entre les échantillons de population en termes d'auto-efficacité perçue et en termes de valence du « SCB praxie ».

### **11.3 Validations des hypothèses**

Pour valider les hypothèses nous avons séparé la population en 2 échantillons selon que la personne avait bénéficié d'une formation (groupe « avec formation continue ») ou n'avait pas bénéficié d'une formation (groupe « sans formation continue »).

#### **11.3.1 Validation de l'hypothèse relative aux représentations**

Nous avons étudié pour cette hypothèse la valence de chaque SCB pour chacun des échantillons.

Nous avons décidé de considérer l'hypothèse validée si aucune différence significative ne s'exprimait entre les 2 échantillons en ce qui concerne la valence du « SCB praxie » (condition nécessaire et suffisante de validation). L'hypothèse était intégralement validée si aucune différence significative n'apparaissait quel que soit le SCB considéré. L'hypothèse était considérée comme partiellement validée si une différence significative apparaissait dans un SCB autre que praxie.

Le test utilisé était le  $\chi^2$ . Rouquette et Rateau (Rouquette & Rateau, 1998) soulignent que la comparaison des valences des SCB revient à comparer le nombre de réponses « oui » pour chaque mot induit dans chaque échantillon.

#### **11.3.2 Validation de l'hypothèse relative à l'auto-efficacité**

Nous avons étudié pour cette hypothèse les scores « d'auto-efficacité perçue » de chacun des sujets des 2 échantillons.

Nous avons décidé de considérer l'hypothèse comme validée si aucune différence significative n'apparaissait entre les échantillons pour le score moyen « d'auto-efficacité perçue » (condition suffisante et nécessaire de validation). La comparaison a été étendue à chaque circonstance de complication en les comparant deux à deux ; ceci afin de déterminer l'impact de la formation continue sur « l'auto-efficacité perçue » en fonction de chaque circonstance de complication. L'hypothèse était considérée comme partiellement validée si des différences significatives apparaissaient entre les groupes en fonction des circonstances de complication.

Le test statistique choisi était le T-test de Student, ce test étant adapté aux petits échantillons.

# Résultats

---

## 12 Résultats généraux

### 12.1 Questionnaires

Nous avons distribué un total de 40 questionnaires dans les 6 unités de soins de l'établissement. Nous avons collecté 28 questionnaires complétés.

Après examen, 24 questionnaires étaient exploitables (N=24). En effet 1 questionnaire avait été rempli par un médecin, 1 questionnaire avait été rempli par une aide-soignante, 1 questionnaire était inexploitable en raison de renseignements absents (la profession du répondant et s'il avait ou non bénéficié d'une formation) et enfin un questionnaire était rempli de façon incohérente (tous les champs d'auto-efficacité étaient à 100% et toutes les réponses relatives aux SCB étaient positives).

### 12.2 Caractéristiques de la population

La moyenne du recul après l'obtention du diplôme (IDE ou puéricultrice) était de 7,1 ans (min : 0 ; max : 30), la moyenne de l'ancienneté dans l'établissement était de 3,5 ans (min : 0 ; max : 27). La population étudiée était composée de 20 IDE et 4 puéricultrices.

L'échantillon « sans formation continue » était composé de 15 IDE et 2 puéricultrices ( $n_{sf}=17$ ). La moyenne du recul après l'obtention du diplôme et la moyenne de l'ancienneté dans l'établissement étaient respectivement pour cet échantillon de 3,3 ans et de 3,8 ans. Aucun des sujets n'avait bénéficié à l'HEM ou chez un autre employeur d'une des formations considérées dans notre recherche. Cependant 3 sujets ont souhaité préciser qu'ils avaient bénéficié de formation « autres » (2 avaient assisté à des conférences de la SFETD et 1 avait bénéficié d'une formation sur le polyhandicap où le sujet de la douleur était abordé). Nous avons considéré que ces formations n'étaient pas significatives (de par leur contenu ou leurs modalités) en regard de notre recherche.

L'échantillon « avec formation continue » était composé de 5 IDE et 2 puéricultrices ( $n_{af}=7$ ). La moyenne du recul après l'obtention du diplôme et la moyenne de l'ancienneté dans l'établissement étaient respectivement pour cet échantillon de 16,4 ans et de 14,7 ans. Il convient de souligner la différence existant pour ces valeurs entre les 2 échantillons de population.

En ce qui concerne les formations reçues par les sujets constituant cet échantillon : 2 sujets étaient titulaires d'un « DU douleur », 3 sujets avaient bénéficié de la formation hypno-analgésie courte dispensée à l'HEM, et enfin les 7 sujets avaient bénéficié de la formation douleur dispensée à

l'HEM. Certains sujets cumulaient plusieurs cursus de formation (2 IDE avaient bénéficié des 3 formations considérées et 1 puéricultrice cumulait les formations douleur et hypno-analgésie).

### **13 Résultats concernant les pratiques déclarées**

La fréquence moyenne des pratiques déclarées<sup>27</sup> pour l'ensemble de la population était de 79,75 (min : 25 ; max : 100), cette valeur était de 86,43 pour le groupe «avec formation continue» (min : 60 ; max : 100) et elle était de 77 pour le groupe «sans formation continue» (min : 25 ; max : 100). Cette différence n'est pas significative entre les 2 groupes (T-test ;  $p = 0,2$ ), le fait d'avoir ou non bénéficié d'une formation serait donc sans influence sur le niveau de pratique.

La valeur médiane pour les pratiques déclarées était de 82,5. Afin de valider le cadre théorique nous avons déterminé, en nous référant à cette valeur, un échantillon «pratiques > 82,5» ( $n_{>82,5} = 12$ ) et un échantillon «pratiques < 82,5» ( $n_{<82,5} = 12$ ).

### **14 Résultats relatifs aux représentations**

#### **14.1 Pratiques déclarées et Schèmes Cognitifs de Base : validation du cadre théorique**

La valence globale de l'inducteur «démarches antalgiques non médicamenteuses » était de 0,52 pour l'échantillon « pratiques > 82,5 » et de 0,46 pour l'échantillon « pratiques < 82,5 ». Cette différence entre les 2 groupes était clairement significative ( $p = 0,02$ ). Les résultats comparatifs détaillés pour cette partie sont consignés dans le tableau I, à la fois pour la comparaison des valences globales et pour une comparaison SCB par SCB.

L'analyse de la valence de chaque SCB pour les 2 échantillons montre que cette différence s'établit de façon très nettement significative dans le « SCB praxie » ( $p=0,03$ ) alors qu'elle n'est significative pour aucun autre SCB. La valence est supérieure dans tous les SCB pour le groupe « pratiques > 82,5 », à l'exception du « SCB lexique ».

---

<sup>27</sup> Question : « Dans le cadre de votre exercice quotidien cotez ici de 0 (jamais) à 100 (toujours) la fréquence selon laquelle vous mettez en place des « démarches antalgiques non médicamenteuses » lors des soins douloureux ».

Tableau I : Résultats comparatifs des échantillons en fonction des pratiques déclarées et des SCB

Méta-schéma DESCRIPTION	SCB lexique					
		oui	non	valence	Khi <sup>2</sup>	p
	"pratiques<82,5"	22	86	0,20	2,302	0,13
	"pratiques>82,5"	30	72	0,29		
	SCB voisinage					
		oui	non	valence	Khi <sup>2</sup>	p
	"pratiques<82,5"	69	39	0,64	0,101	0,75
	"pratiques>82,5"	63	39	0,62		
	SCB composition					
	oui	non	valence	Khi <sup>2</sup>	p	
"pratiques<82,5"	71	37	0,66	3,053	0,08	
"pratiques>82,5"	55	47	0,54			
Méta-schéma PRAXELOGIE	SCB praxie					
		oui	non	valence	Khi <sup>2</sup>	p
	"pratiques<82,5"	248	184	0,57	4,942	<b>0,03</b>
"pratiques>82,5"	203	205	0,50			
Méta-schéma EVALUATION	SCB attribution					
		oui	non	valence	Khi <sup>2</sup>	p
	"pratiques<82,5"	115	137	0,46	1,886	0,17
"pratiques>82,5"	94	144	0,39			
total						
	oui	non	valence	Khi <sup>2</sup>	p	
"pratiques<82,5"	525	483	0,52	5,584	<b>0,02</b>	
"pratiques>82,5"	445	507	0,47			

Compte-tenu de la différence existant entre les 2 groupes au niveau de la valence globale, nous pouvons affirmer, comme nous l'avons posé dans le cadre théorique, que dans notre population, les représentations socio-professionnelles d'un objet et les pratiques liées à cet objet sont liées. Cette liaison s'exprime de façon nette dans le « SCB praxie » correspondant aux pratiques liées à l'objet et à son utilisation dans le contexte professionnel.

Ces 2 points nous permettent de valider le cadre théorique relatif aux liens existant entre représentations professionnelles, SCB et pratiques professionnelles dans notre population.

## 14.2 Formation et représentation : validation de l'hypothèse

Nous présenterons ici les résultats comparatifs des 2 échantillons « avec formation continue » ( $n_{af}=7$ ) et « sans formation continue » ( $n_{sf}=17$ ).

Pour l'ensemble de cette section, les résultats comparatifs sont consignés dans le tableau II.

Tableau II : Résultats comparatifs des différents SCB en fonction de l'appartenance au groupe "avec formation continue" ou au groupe "sans formation continue"

		SCB lexique				
		oui	non	valence	Khi <sup>2</sup>	p
Méta-schème DESCRIPTION	Avec formation continue	19	44	0,30	1,407	0,23
	Sans formation continue	33	114	0,22		
	SCB voisinage					
	Avec formation continue	46	17	0,73	3,978	<b>0,04</b>
	Sans formation continue	86	61	0,59		
	SCB composition					
	Avec formation continue	46	17	0,73	6,353	<b>0,01</b>
	Sans formation continue	80	67	0,54		
	Méta-schème PRAXÉOLOGIE	SCB praxie				
Avec formation continue		139	113	0,55	0,312	0,57
Sans formation continue		312	276	0,53		
Méta-schème EVALUATION	SCB attribution					
	Avec formation continue	58	89	0,39	0,878	0,35
	Sans formation continue	151	192	0,44		
	total					
	Avec formation continue	308	280	0,52	2,809	0,09
	Sans formation continue	662	710	0,48		

Les valences globales étaient respectivement de 0,52 pour le groupe « avec formation continue » et de 0,48 pour le groupe « sans formation continue », cette différence entre les 2 groupes n'était pas statistiquement significative ( $p = 0,09$ ).

On peut souligner que les valences du groupe « avec formation continue » étaient supérieures à celles du groupe « sans formation continue » à l'exception de celles du « SCB attribution ».

La valence du « SCB praxéologie » était de 0,55 pour le groupe « avec formation continue » et elle était de 0,53 pour le groupe « sans formation continue ». Les 2 valeurs étaient donc très proches l'une de l'autre et la différence n'était pas statistiquement significative ( $p=0,57$ ).

La valeur prescriptive fonctionnelle des démarches antalgiques non médicamenteuses est inchangée dans la représentation socio-professionnelle de la douleur des IDE et des puéricultrices ayant bénéficié ou non de formation continue de type théorique.

L'examen comparatif des valences des autres SCB des 2 groupes montre cependant des différences significatives dans la position des démarches antalgiques non médicamenteuses au sein de la représentation socio-professionnelle de la douleur dans la population considérée. En effet si les SCB lexique et évaluation ne montrent eux non plus pas de différence significative entre les 2 échantillons (valeurs respectives de  $p$  pour ces 2 SCB : 0,2 et 0,3), il n'en est pas de même pour les SCB voisinage et composition.

Pour le « SCB voisinage », la valence du groupe « avec formation continue » est de 0,73 alors qu'elle est de 0,59 pour le groupe « sans formation continue » ( $p=0,04$ ). Les sujets formés ont donc une représentation de l'objet à l'intérieur d'un système d'inclusion et d'analogie avec d'autres éléments constitutifs de la représentation. Notons que la valeur de la valence du groupe « avec formation continue » est très proche de 1 (sa valeur maximum possible) pour ce SCB. Ce qui dénote soit une centralité de l'élément (ce que notre recherche ne permet pas de tester avec certitude) soit un effet de saillance pour ce SCB dans ce contexte et pour cet échantillon.

Pour le « SCB composition », le constat est presque similaire. En effet la valence est de 0,73 pour le groupe « avec formation continue » et elle est de 0,54 pour le groupe « sans formation continue » ( $p = 0,01$ ). Ici ce sont les dimensions de composition qui apparaissent clairement modifiées par la formation continue. Encore une fois la valence est proche de 1 ce qui nous amène aux mêmes suppositions que pour le « SCB voisinage ».

Dans notre recherche le groupe « avec formation continue » présente une valence du méta-schéma de description de 0,58 alors que celle du groupe « sans formation continue » a une valeur de 0,45 ( $p = 0,002$ ). Ce méta-schéma est fortement relié aux savoirs théoriques (Flament & Rouquette, 2003; Guimelli, 2007; Moliner et al., 2002; Rouquette & Rateau, 1998).

La formation continue théorique modifie donc effectivement la représentation sociale de l'objet, mais cette transformation s'inscrit sur le versant théorique de la représentation et non sur son versant pratique. La modification reste isolée : ni le « SCB praxéologie » (relatif aux pratiques),

ni le « SCB attribution » (relatif aux jugements de valeur) ne sont affectés de façon significative par ce type de formation continue.

Selon les conditions que nous avons posées, l'hypothèse relative aux représentations professionnelles est partiellement validée. Le fait de recevoir une formation professionnelle concernant les « démarches antalgiques non médicamenteuses » n'affecte pas la valeur fonctionnelle et prescriptive de cet élément dans l'organisation de la représentation mais les dimensions descriptives de l'élément sont modifiées par la formation.

## 15 Résultats relatifs à l'auto-efficacité

### 15.1 Pratiques déclarées et auto-efficacité : validation du cadre théorique

Les résultats détaillés pour cette section sont consignés dans le tableau III.

Tableau III : Résultats comparatifs des scores d'auto-efficacité perçue en fonction de la fréquence des pratiques rapportées

	"pratiques<85"	"pratiques>85"	p (T-test)
moyenne globale	47,27	66,25	<b>0,001</b>
moyenne circonstance 1	56,25	70,00	0,207
moyenne circonstance 2	50,42	53,75	0,720
moyenne circonstance 3	41,25	69,17	<b>0,041</b>
moyenne circonstance 4	47,25	72,92	<b>0,026</b>
moyenne circonstance 5	36,25	59,17	<b>0,041</b>
moyenne circonstance 6	48,75	71,67	<b>0,002</b>
moyenne circonstance 7	56,25	79,58	<b>0,006</b>
moyenne circonstance 8	67,08	79,58	0,120
moyenne circonstance 9	62,50	82,50	<b>0,040</b>
moyenne circonstance 10	50,09	55,83	0,163
moyenne circonstance 11	31,25	55,83	<b>0,023</b>
moyenne circonstance 12	30,42	45,00	0,093

Les scores d'auto-efficacité étaient respectivement de 66,25 pour le groupe « pratiques >82,5 » (min : 44,1 ; max : 81,2) et de 47,27 pour le groupe « pratiques < 82,5 » (min : 28,7 ; max : 67,1) (p=0,001).

Il apparaît donc que pour notre population les pratiques rapportées sont corrélées au score d'auto-efficacité perçue. Cette différence est significative dans les questions n°3 (p=0,041), n°4 (p=0,026), n°5 (p=0,041), n°6 (p=0,002), n°7 (p= 0,006), n°9 (p=0,040) et enfin n°11 (p=0,023).

Ces résultats confirment expérimentalement le cadre théorique que nous avons posé pour ce travail en ce qui concerne l'auto-efficacité perçue et le niveau de pratiques rapportées.

## 15.2 Formation et auto-efficacité : validation de l'hypothèse

Les résultats comparatifs concernant les moyennes des scores d'auto-efficacité sont consignés au tableau IV.

Tableau IV : Résultats comparatifs des scores moyens d'auto-efficacité perçue pour les deux échantillons "avec formation continue" et "sans formation continue"

	"avec formation continue"	"sans formation continue"	p (T-test)
moyenne globale	60,18	55,35	0,573
moyenne circonstance 1	78,57	56,76	<b>0,037</b>
moyenne circonstance 2	47,86	53,82	0,474
moyenne circonstance 3	70,00	49,12	0,110
moyenne circonstance 4	72,14	55,12	0,110
moyenne circonstance 5	55,71	44,41	0,459
moyenne circonstance 6	52,86	63,24	0,457
moyenne circonstance 7	56,43	72,65	0,345
moyenne circonstance 8	73,57	73,24	0,781
moyenne circonstance 9	76,43	70,88	0,788
moyenne circonstance 10	49,29	47,06	0,582
moyenne circonstance 11	51,43	40,29	0,334
moyenne circonstance 12	37,86	37,65	0,630

Les moyennes des scores d'auto-efficacité pour les 2 échantillons étaient respectivement de 60,18 pour le groupe « avec formation continue » et de 55,35 pour le groupe « sans formation continue ». Cette différence n'est pas significative ( $p=0,573$ ).

Dans l'étude « circonstance par circonstance », seule la circonstance n°1 permet l'apparition d'une différence significative entre les scores d'auto-efficacité des 2 échantillons ( $p = 0,037$ ). Cette question était relative à une difficulté logistique liée à l'absence de matériel dans le service. Cette difficulté était souvent rapportée dans les groupes de travail à propos de la douleur et de la mise en place de démarches antalgiques non médicamenteuses. Il apparaît que la formation continue rendrait les personnes formées plus indépendantes par rapport au matériel dans leur capacité (supposée) à mettre en œuvre des démarches antalgiques non médicamenteuses.

Considérant ces résultats, on peut considérer que notre hypothèse concernant l'auto-efficacité est partiellement validée. En effet le score global d'auto-efficacité n'est pas significativement différent entre les 2 échantillons de population, cependant pour la « circonstance matérielle » la population formée montre un score d'auto-efficacité significativement meilleur que la population n'ayant pas bénéficié de formation continue.



Malgré l'absence d'autre différence significative entre les 2 échantillons, certains résultats nous semblent remarquables si on procède à un classement des circonstances compliquant la tâche en fonction de la moyenne du score d'auto-efficacité perçue. Les tableaux V et VI consignent ces résultats.

**Tableau V : Classement par rang décroissant des scores d'auto-efficacité perçue pour les différentes circonstances de l'échantillon "avec formation continue"**

	"avec formation continue"	nature de la circonstance	rang de classement
circonstance 1	78,57	matériel	1
circonstance 9	76,43	spectateurs	2
circonstance 8	73,57	parents	3
circonstance 4	72,14	collègues	4
circonstance 3	70	collègues	5
circonstance 7	56,43	stress extérieur au soin	6
circonstance 5	55,71	effectifs	7
circonstance 6	52,86	état du soignant	8
circonstance 11	51,43	urgence	9
circonstance 10	49,29	technique	10
circonstance 2	47,86	stress/patient	11
circonstance 12	37,86	technique	12

**Tableau VI : Classement par rang décroissant des scores d'auto-efficacité perçue pour les différentes circonstances de l'échantillon "avec formation continue"**

	"sans formation continue"	nature de la circonstance	rang de classement
circonstance 8	73,24	parents	1
circonstance 7	72,65	stress extérieur au soin	2
circonstance 9	70,88	spectateurs	3
circonstance 6	63,24	état du soignant	4
circonstance 1	56,76	matériel	5
circonstance 4	55,12	collègues	6
circonstance 2	53,82	stress/patient	7
circonstance 3	49,12	collègues	8
circonstance 10	47,06	technique	9
circonstance 5	44,41	effectifs	10
circonstance 11	40,29	urgence	11
circonstance 12	37,65	technique	12

La circonstance n°12 (relative à des difficultés techniques) apparaît comme étant la plus « difficile » pour les 2 échantillons et ceci avec des moyennes de scores très proches. Il apparaît donc que dans une situation de difficultés techniques ressenties dans la tâche principale, le soignant

mobilise toute sa concentration dans la réalisation de celle-ci et ne peut donc pas mettre en place des démarches importantes mais complémentaires comme les démarches antalgiques non médicamenteuses.

D'une manière générale les difficultés d'ordre technique ou liées à des contingences d'urgence semblent être les facteurs de complications les plus influents sur la capacité des IDE et des puéricultrices dans la mise en place de démarches non médicamenteuses lors des soins douloureux comme le montrent les rangs de classement des circonstances n°12, 11 et 10.

L'influence de collègues peu favorables à la mise en place de démarches antalgiques non médicamenteuses semble avoir moins d'impact sur le sentiment d'auto-efficacité des personnes ayant bénéficié d'une formation que sur les personnes n'ayant pas bénéficié de formation. D'ailleurs si on effectue un regroupement des circonstances n° 3 et 4 (circonstances liées à la présence de collègues hostiles ou peu favorables) et qu'on effectue une moyenne des scores pour chacun des échantillons, la différence devient significative, en effet l'échantillon « avec formation continue » obtient une moyenne de 71,07 contre 52,12 pour l'échantillon « sans formation continue » ( $p = 0,034$ ). La formation continue permettrait donc potentiellement un sentiment de légitimité à mettre en place des démarches antalgiques non médicamenteuses ou au moins elle limiterait chez les personnes formées le stress lié à la présence de collègues peu favorables à celles-ci.

La présence des parents ne semble pas être un facteur déterminant dans le score d'auto-efficacité des 2 échantillons et ce score est presque similaire pour les 2 échantillons considérés.

## Discussion

---

### 15.3 Positionnement par rapport à la question initiale

Les résultats de notre recherche nous permettent de valider partiellement nos 2 hypothèses. Ils font apparaître des résultats attendus allant dans le sens d'une modification des dispositifs de formation mais ils font aussi apparaître des éléments en faveur du maintien du dispositif. Ainsi les modifications que nous proposerons iront dans le sens de la mise en place de dispositifs complémentaires aux systèmes actuels afin d'augmenter leur efficacité.

#### 15.3.1 Un effet limité sur l'organisation structurale des représentations

La formation continue des professionnels de santé, si elle est similaire à celles que nous avons étudiées (et donc essentiellement théorique et éloignée du contexte de travail de la personne), ne change pas la valeur prescriptive fonctionnelle des éléments étudiés. Ceci est une explication possible de l'insuffisance des transferts vers la clinique des éléments appris en formation. On observe cependant que la formation continue change de manière importante le méta-schéma de description. La formation continue permet donc au sujet d'acquérir une richesse théorique par rapport aux éléments étudiés.

Certains travaux concernant les représentations sociales, la formation et les pratiques, montrent des résultats comparables aux nôtres. Nous nous référerons principalement aux travaux de Sales-Wuillemin et Morlot sur l'hygiène hospitalière et en particulier sur la comparaison entre des professionnels en fonction et des étudiants en soins infirmiers (Morlot & Sales-Wuillemin, 2009) et sur les travaux de Guimelli et Lo Monaco sur les pratiques et les représentations sociales autour de la consommation du vin chez des étudiants en formation hôtelière (Lo Monaco & Guimelli, 2008).

Dans leur travail sur la représentation de l'hygiène hospitalière, Morlot et Sales-Wuillemin (Morlot & Sales-Wuillemin, 2009) comparent 3 échantillons de sujets. Le premier échantillon est constitué de professionnels de santé en poste dans des hôpitaux, un autre échantillon est constitué d'étudiants en soins infirmiers et enfin le troisième échantillon est constitué d'étudiants en psychologie. Elles montrent qu'il existe une base représentationnelle commune aux 3 groupes et ceci malgré des niveaux de connaissances et de pratiques différents. Cependant ces groupes montrent des variations dans leur représentation et ces variations sont liées à des niveaux de connaissances ou à des niveaux de pratiques différents. Ainsi la comparaison des 2 groupes d'étudiants (« soins infirmiers » vs « psychologie ») montre une spécialisation de la représentation des étudiants en soins infirmiers par l'apport de connaissances spécifiques à l'objet. Cependant elles soulignent que : «[ ...] l'exposition à des informations spécialisées à propos de l'objet et un faible

*nombre de pratiques, si elle crée de la connaissance partagée, ne crée pas forcément du consensus en ce qui concerne les éléments activés au sein de la représentation [...] » (Morlot & Sales-Wuillemin, 2009, p. 101), elles considèrent donc que les étudiants spécialisés se situent (logiquement) entre les professionnels experts et les étudiants non spécialisés, leurs représentations se transforment vers une représentation professionnelle de l'objet. En comparant la représentation des étudiants spécialisés avec celle des professionnels en poste, elles démontrent que chez ces derniers la représentation est essentiellement constituée d'éléments fortement contextualisés, spécifiques et relatifs à des pratiques concrètes. La formation spécialisée, si elle n'est pas accompagnée de pratiques concrètes, ne transforme pas la représentation dans ses dimensions fonctionnelles. Notre recherche va tout à fait dans le sens de celle de Morlot et Sales-Wuillemin.*

En 2008 Guimelli et Lo Monaco publient un travail relatif à la représentation du vin en fonction du niveau de connaissances et des pratiques de consommation (Lo Monaco & Guimelli, 2008), nous nous intéresserons à la seconde partie de ce travail qui concerne 98 étudiants en fin de parcours de formation dans une école hôtelière. Les auteurs comparent cette population avec celle de la première partie de l'étude constituée d'étudiants d'une Université du Sud de la France. Leur travail montre des résultats similaires à celui de Morlot et Sales-Wuillemin. En effet les sujets formés présentent eux aussi une représentation de l'objet très spécialisée. Les sujets formés et consommateurs de vin sont selon eux ceux qui ont la représentation la plus structurée et la plus positive de l'objet. Notre travail montrait que le fait de bénéficier d'une formation affecte essentiellement l'aspect descriptif (et donc théorique) de la représentation, il va donc tout à fait dans le sens de celui de Guimelli et Lo Monaco : il y a acquisition, par la formation, d'un vocabulaire spécialisé et d'une capacité importante à mettre l'objet dans son contexte (inclusion, co-inclusion, similitude avec d'autres éléments de la représentation).

Les personnes formées sont par ailleurs moins sensibles que les personnes non formées aux polémiques ou aux « lieux communs » par rapport à l'objet. L'étude de Guimelli et Lo Monaco montre que les personnes formées associent peu des facteurs liés à l'alcoolisme au vin alors que cette association est prégnante chez les non formés. Ceci pourrait expliquer le meilleur score d'auto-efficacité des sujets formés lorsque l'on regroupe les circonstances n°3 et 4 du questionnaire d'auto-efficacité. Les sujets formés mettraient plus facilement en œuvre des démarches antalgiques non médicamenteuses en présence de collègues peu favorables car leur représentation de l'objet serait plus positive que celle des sujets non formés. Cette différence aurait cependant dû s'exprimer aussi par une différence significative dans le « SCB attribution ».

### 15.3.2 Un effet limité sur le sentiment d'auto-efficacité

En ce qui concerne notre hypothèse sur l'auto-efficacité, il apparaît assez clairement que les formations telles qu'elles étaient dispensées n'ont eu qu'un effet limité sur le sentiment d'auto-efficacité des bénéficiaires. Elles réduisent cependant la dépendance du professionnel vis-à-vis du matériel disponible. Un autre de leurs effets possibles est une légitimation de l'acteur à produire l'acte.

Ce point nous semble très intéressant puisqu'elles réduisent le stress lié à la présence de collègues hostiles ou peu favorables (cependant sans que des différences significatives apparaissent avant regroupement des circonstances n° 3 et 4), on peut donc penser que les formations reçues augmentent le sentiment de légitimité des personnes formées à mettre en place des démarches antalgiques non médicamenteuses. Comme nous l'avons dit, nous étions régulièrement présent lors de la distribution et du remplissage des questionnaires. Certains répondants ont souhaité commenter leurs réponses et certaines réflexions émises nous semblent particulièrement intéressantes sur ce point. En effet ces commentaires allaient souvent dans le sens d'une stimulation supplémentaire à mettre en place les techniques apprises pour « convaincre par l'exemple » les personnes peu favorables au « bien-fondé » et à la pertinence de ces techniques. Ceci est probablement, comme nous l'avons noté précédemment, à mettre en lien avec l'amélioration des connaissances théoriques sur le sujet qui se traduit par une différence apparaissant dans le méta-schéma de description.

Carbajal avait montré dans ses travaux sur la présence des parents lors des soins douloureux que celle-ci était un facteur de stress pour les soignants qui avaient alors tendance à les éloigner, ce qui était contraire aux préconisations de l'auteur et à la « Charte de l'enfant hospitalisé »<sup>28</sup> (articles 2 et 3) (Carbajal, 2003). D'une manière générale le stress lié à la présence de spectateurs et en particulier des parents semble avoir peu d'influence sur le sentiment d'auto-efficacité que les personnes aient été ou non bénéficiaires d'une formation dans notre population. Ceci peut être lié à plusieurs facteurs : soit à la présence habituelle des parents sur le terrain d'étude (établissement complètement ouvert aux parents), soit à un changement progressif des mentalités lié à l'intégration des recommandations de bonnes pratiques dans les représentations du soin par les soignants, soit enfin à une différence de terrains d'étude (services d'urgence pour l'un et service de soins de suites pour l'autre).

---

<sup>28</sup> <http://www.ghicl.fr/documents/charte-enfant-hospitalise.pdf>

## 16 Limites de l'étude et analyse des biais

### 16.1 Un taux important de pratiques déclarées

Un premier élément surprenant de nos résultats est le taux très élevé de pratiques antalgiques non médicamenteuses déclarées par notre population (79,75/100).

Ceci est surprenant puisque notre questionnement initial était justement issu d'un constat portant sur des pratiques de ce type assez peu nombreuses. Ce constat était fondé sur des observations émanant du CLUD ou des personnels eux-mêmes. Nous donnerons 2 explications possibles à ce décalage, sans pouvoir cependant trancher en faveur de l'une ou de l'autre.

La première explication possible serait un niveau d'exigence trop élevé dans les pratiques et (ou) une mauvaise estimation de leur niveau effectif. En l'absence d'objectif clairement posé et en l'absence d'évaluation objective de ces pratiques, nous ne pouvons confirmer ou infirmer cette supposition.

La seconde explication possible est une surestimation par la population de son niveau de pratique. Cette surestimation peut être liée à la volonté de fournir (consciemment ou inconsciemment) une réponse dont on sait qu'elle ira dans le sens d'une valorisation de l'équipe ou de soi-même (les questionnaires étant pourtant anonymes vis-à-vis des personnes et des unités de soins) et dans le sens d'une réponse potentiellement attendue. En l'absence d'une démarche d'hétéro-évaluation des pratiques effectives nous ne pouvons ici encore infirmer ou confirmer cette supposition.

### 16.2 Une population homogène mais un effectif limité

Notre choix initial de limiter notre étude, à la fois au niveau géographique (en la cantonnant à un aspect local) et au niveau des professions ciblées (en la limitant aux IDE et aux puéricultrices) constituait à notre avis un avantage du point de vue de l'homogénéité de notre population. Cependant le revers de ce parti pris est de limiter la taille des échantillons.

La portée de nos conclusions s'en trouve donc limitée bien que nous ayons pris soin de contrôler le plus possible ce biais par le choix des méthodes d'investigation et de traitement statistique des données.

Le temps limité de dépôt et de recueil des questionnaires a lui aussi limité le nombre possible de répondants. Notre population est représentative des IDE et des puéricultrices présents

dans les unités de soins au moment de l'enquête (le taux de réponses étant assez bon), il mériterait cependant d'être étendu à une période plus longue afin de recueillir plus de données.

Il ne nous semble pas pertinent de mélanger les catégories professionnelles dans la population. Le traitement de réponses émanant de catégories professionnelles multiples nous semble en effet introduire un biais majeur du fait de la multiplicité des situations associées à la fois à la notion de soins douloureux et à la notion de « démarches antalgiques non médicamenteuses ».

L'étude pourrait être étendue à d'autres catégories professionnelles sur le même modèle mais dans ce cas les réponses devraient être traitées par catégorie.

### **16.3 Un biais lié à l'ancienneté dans l'établissement ?**

Nous avons souligné précédemment qu'il existait une différence entre nos 2 échantillons (« avec formation continue » et « sans formation continue ») en termes d'ancienneté dans l'établissement et en termes de recul par rapport à la date d'obtention du diplôme.

Ceci pouvait potentiellement constituer un biais si on s'en réfère aux notions de « *distance à l'objet* » et de son influence sur les pratiques (Dany & Apostolidis, 2002; Lo Monaco & Guimelli, 2008). Cette notion de « *distance à l'objet* » peut être résumée par le fait que plus un groupe de sujets est en contact fréquent avec un objet de représentation plus sa représentation de l'objet se modifie dans le sens d'une prépondérance des aspects fonctionnels inhérents à cet objet.

Cependant si on effectue une série de tests en séparant la population soit par la médiane de son ancienneté, soit par la médiane de son recul par rapport au diplôme, aucune différence significative n'apparaît (au niveau des pratiques rapportées, du score d'auto-efficacité ou des représentations professionnelles) entre les échantillons constitués (comparaison par ancienneté ou par recul par rapport à la date du diplôme).

## **17 Perspectives d'amélioration du système de formation relatif à la douleur - Préconisations**

Les formations que nous avons choisi d'étudier sont des formations courtes (leur durée est inférieure à 160h) et ce sont des formations essentiellement théoriques. Nous avons vu que leurs effets étaient limités en termes de transformation représentationnelle et en termes d'amélioration du sentiment d'auto-efficacité. Ceci pouvant potentiellement expliquer une difficulté dans les transferts de la situation de formation vers la situation clinique.

Il se pose donc la question de savoir quelles démarches, complémentaires à la formation théorique, pourraient favoriser la valorisation fonctionnelle de l'objet et le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis de celui-ci ?

Deux constats volontairement synthétiques vont nous permettre de justifier le sens de nos préconisations.

Comme nous l'avons vu précédemment à travers les travaux présentés, il existe un lien étroit entre représentations sociales et pratiques. Ce lien est réciproque, les représentations contribuent à la mise en place des pratiques, en particulier par leurs dimensions judicatives et fonctionnelles, mais ce sont aussi les pratiques effectives qui modifient le plus profondément l'aspect fonctionnel de la représentation.

Le sentiment d'auto-efficacité est nourri par 4 sources principales d'information : les expériences actives de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et enfin les états physiologiques et émotionnels.

Les améliorations possibles devront donc s'appuyer sur des dispositifs favorisant la mise en œuvre de pratiques et la valorisation de celles-ci ainsi que sur des démarches visant à nourrir le sentiment d'auto-efficacité.

Si l'on considère que le sentiment d'auto-efficacité est un élément primordial de l'agentivité alors cet axe doit être priorisé. Il est d'ailleurs tout à fait complémentaire du premier.

### **17.1 Accompagnement des professionnels par un tuteur-expert**

L'accompagnement par un tuteur-expert des professionnels formés dans leurs pratiques quotidiennes à l'issue de leur formation aurait plusieurs effets potentiellement bénéfiques, en particulier sur le sentiment d'auto-efficacité.

Il permettrait aussi une mise en œuvre sécurisée et graduée en termes de difficultés des techniques apprises et donc une facilitation des pratiques qui influencerait positivement sur la dimension fonctionnelle de la technique dans la représentation.

Les expériences actives de maîtrise seraient améliorées. Le tuteur interviendrait dans l'aide à l'apprenant-novice pour mettre en œuvre les techniques apprises et pour éventuellement reprendre en main une démarche si la situation devenait trop compliquée pour le novice. Dans un premier temps ce tuteur-expert diminuerait ainsi l'enjeu d'un échec possible. Il contribuerait aussi au renforcement par la persuasion verbale et par sa contribution externe à la démarche auto-réflexive.



Progressivement le tuteur-expert devrait s'effacer, jusqu'à ne plus être qu'un référent éloigné, une fois que la personne est autonome dans les situations les plus courantes et donc une fois qu'elle est potentiellement sortie de sa situation de novice.

Cet accompagnement permettrait par ailleurs une mise en œuvre progressive dans le contexte de travail des connaissances et capacités acquises en formations et donc leur transformation progressive en compétences.

Certaines limites ou précautions face à cette préconisation sont évidentes. Il est essentiel que le tuteur-expert soit volontaire pour accompagner un novice, sa posture doit être bienveillante et doit contribuer à l'autonomie du sujet. Ce dernier point constitue à notre avis le danger le plus notable. Le novice, s'il devenait dépendant du tuteur pour mettre en œuvre les comportements souhaités, verrait son sentiment d'auto-efficacité diminué en l'absence de celui-ci.

Les contraintes budgétaires d'un tel dispositif sont à prendre en considération, en effet au-delà de la valorisation éventuelle de la mission de tutorat, il faut prendre en compte dans cette démarche le temps passé à l'encadrement du novice et éventuellement, compte-tenu de l'enjeu de la mission, la nécessité de formations spécifiques du tuteur lui-même aux missions de tutorat.

## **17.2 Mise en place de groupes de parole et de retours d'expérience**

Des groupes de parole et de retours sur expérience pourraient être constitués avec les personnes ayant bénéficié d'une même formation.

L'objet de ces groupes serait de permettre aux personnes formées d'exprimer leurs difficultés mais aussi leurs expériences et leurs réussites dans la mise en place des techniques apprises. De tels groupes présenteraient des avantages multiples. D'une part ils contribueraient à l'expérience vicariante des sujets qui, comme nous l'avons vu, est un vecteur possible d'amélioration de l'auto-efficacité. D'autre part en tant que lieux d'échanges d'informations et de communication ils constitueraient un vecteur notable de modifications des représentations. En regard des représentations ils constitueraient aussi une démarche engageante dont on sait qu'elle a une forte influence sur les dimensions fonctionnelles des représentations (Eyssartier, Guimelli, & Joule, 2009).

Enfin et c'est un avantage indirect, ils pourraient contribuer à l'évaluation à long terme des formations dispensées.

Cette démarche nécessite des moyens limités mais il est essentiel que ces groupes soient régulés par des professionnels experts dans le domaine technique et formés à l'animation de groupes.

La mise en place, en parallèle de ces groupes, de portfolios ou de carnets de bord constituerait un support intéressant à la discussion et à l'amélioration des expériences actives de maîtrise.

## **18 Perspectives de recherches ultérieures**

Il convient maintenant, avant de conclure, de dégager de notre recherche quelques perspectives ultérieures.

La validation du cadre théorique dans notre population montre la pertinence du mode d'investigation pour l'évaluation de l'impact de la formation sur les pratiques.

Les questionnaires relatifs au sentiment d'auto-efficacité sont simples à mettre en œuvre et peuvent tout à fait constituer une démarche d'évaluation routinière des formations dispensées, y compris sur le long terme. Cependant comme le note Bandura, leur conception n'est pas simple et doit faire appel à une solide démarche préliminaire, en particulier dans l'identification des circonstances compliquant la tâche.

La démarche relative aux SCB est trop lourde pour être mise en place de manière régulière et elle doit être réservée à des démarches ponctuelles d'évaluation.

Le faible effectif de notre travail nous incite d'une part à être prudent quant à nos conclusions et d'autre part à étendre notre démarche.

Nous souhaiterions en particulier mener ce type d'investigation de façon prospective dans le cadre d'évaluations des formations dispensées (évaluations de type diachronique : « avant formation » « après formation »). La démarche de validation du cadre théorique a montré que celui-ci était pertinent et qu'il existait une relation forte entre les pratiques cliniques d'une part et d'autre part le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis de la technique considérée et la transformation de la valeur fonctionnelle de cette technique dans la représentation professionnelle des sujets. Ce type d'évaluation peut être étendu à d'autres types de formations à condition de modifier le questionnaire pour l'adapter à chaque objet étudié.

Il serait intéressant de mettre en place une évaluation formelle de la mise en œuvre de pratiques, par exemple par une observation systématisée, ceci afin de déterminer si le niveau observé de pratiques est identique au niveau rapporté de pratiques.

Enfin après la mise en place éventuelle de nos préconisations, nous trouverions intéressant, d'ici quelques mois ou années, de réaliser une étude diachronique sur le même modèle afin d'évaluer la pertinence de nos préconisations et leur impact sur le sentiment d'auto-efficacité et sur l'organisation des représentations des personnels soignants ayant bénéficié d'une formation.

## Conclusion

---

L'objet de ce travail était l'étude de l'impact d'une formation professionnelle continue sur la position des démarches antalgiques non médicamenteuses dans la représentation professionnelle de la douleur de l'enfant et sur le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des démarches non médicamenteuses.

Il apparaît clairement que des formations essentiellement théoriques ont un impact limité sur ces éléments et en particulier sur leur dimension fonctionnelle.

Les modifications induites par ces formations dans l'organisation des représentations professionnelles des sujets s'expriment essentiellement dans le méta-schéma de description qui est relatif à des dimensions théoriques de l'objet étudié. Les modifications sur le sentiment d'auto-efficacité montrent une potentielle indépendance vis-à-vis des contingences matérielles pour le personnel formé et aussi un possible sentiment de légitimité à mettre en place les techniques apprises en particulier quand des collègues non favorables à ces techniques sont présents.

La comparaison des 2 groupes n'a pas montré de différence significative dans le niveau rapporté de pratiques, ce niveau étant par ailleurs supérieur à ce que nous avons prévu d'observer.

Nous préconisons de mettre en place des dispositifs complémentaires à ces formations théoriques afin essentiellement d'accompagner les professionnels novices dans leur pratique initiale, ceci afin de développer le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis de ces techniques et afin de mettre en place une dynamique fonctionnelle positive au sein de la représentation.

Nous souhaitons développer ces démarches d'investigation en particulier dans le cadre de démarches d'évaluations de formations (évaluations à court et long termes).

## Références bibliographiques

---

- Abric, J.-C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique. In *Structures et transformations des représentations sociales* (Guimelli C., pp. 73–84). Neuchatel- Paris: Delachaux et Niestlé.
- Abric, J.-C. (2003a). Les représentations sociales : aspects théoriques. In *Pratiques sociales et représentations (4e ed)* (Abric JC.). Paris: PUF.
- Abric, J.-C. (2003b). Méthodologie de recueil des représentations sociales. In *Pratiques sociales et représentations (4e ed)* (Abric JC., pp. 59–82). Paris: PUF.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, (50), 179–211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, (32), 665–83.
- Anand, K. J. S., Sippell, W. G., & Aynsley-Green, A. (1987). Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *The Lancet*, 329(8524), 62–66.
- Annequin, D. (2013). PÉDIADOL 20 ans — Faut-il être triomphaliste ? - Extrait des actes des journées PEDIADOL 2013 “la douleur de l'enfant, quelles réponses ?”, UNESCO, Paris. Retrieved from <http://pediadol.org/PEDIADOL-20-ans-Faut-il-etre.html>
- Baldwin, T., & Ford, J. (1988). Transfer of training : a review and direction for future research. *Personnel Psychology*, (41), 63–103.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive theory : an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, (52), 1–26.
- Bandura, A. (2006). Guide for construction self-efficacy scales. In *Self efficacy beliefs of adolescents* (Urdan Tim , Pajares Frank.). IAP. Retrieved from <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanduraGuide2006.pdf>
- Bandura, A. (2007). *L'auto-efficacité ~ le sentiment d'efficacité personnelle (2e ed.)* (De Boeck.). Bruxelles.
- Bandura, A. (2009). La théorie sociale cognitive : une perspective agentic. In *Traité de psychologie de la motivation* (Carré P ; Fenouillet F.). Paris: Dunod.
- Baszanger, I. (1995). *Douleur et médecine, la fin d'un oubli.* (Seuil.). Paris.
- Baszanger, I. (2008). Douleur : une visibilité paradoxale. In *Repenser la douleur* (Pierre Beaulieu., pp. 171–185). Montréal: Les Presses Universitaires de Montréal.
- Beecher, H. (1956). Relationship of significance of wound to the pain experience. *J Am Med Assoc*, (161), 1609–13.
- Bélaïr, S., Laroche, R., Laurin, J.-C., & Haccoun, R. R. (1999). Maximiser le transfert des apprentissages en formation : perspectives professionnelles. *Interactions*, 3(1&2), 105–17.
- Bertrand, X. (2006). Préface du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. Retrieved from [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)
- Blin, J.-F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles* (L'Harmattan.). Paris.
- Botvinick, M., Jha, A. P., Bylsma, L. M., Fabian, S. A., Solomon, P. E., & Prkachin, K. M. (2005). Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *NeuroImage*, 25(1), 312–319.
- Brasseur, L. (1997). *Traitement de la douleur* (Wolters Kluwer France.). Paris.

- Carbajal, R. (2003). Présence des parents lors des soins douloureux. *Soins. Pédiatrie, puériculture*, (212), 36–39.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI<sup>e</sup> siècle ? *Savoirs, Hors série*(5), 9–50.  
doi:10.3917/savo.hs01.0009
- Daudet, A. (2010). *La douleur - édition posthume* (Herme.). Paris.
- Delobbe, N. (2007). Facteurs de motivation et de transfert d'apprentissage en formation : une étude séquentielle dans le contexte d'une formation au leadership. *Psychologie Du Travail et Des Organisations*, 13(3), 71–88.
- Devos, C., & Dumay, X. (2006). Les facteurs qui influencent le transfert : une revue de la littérature. *Savoirs*, n° 12(3), 9–46. doi:10.3917/savo.012.0009
- Doise, W. (1996). Les représentations sociales : définition d'un concept. In *Les représentations sociales : un nouveau champ d'étude* (Doise W, Palmonari A.). Genève: Delachaux et Nietslé.
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, VI. Retrieved from  
[http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim\\_emile/Socio\\_et\\_philo/ch\\_1\\_representations/representations.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/Socio_et_philo/ch_1_representations/representations.pdf)
- Elejabarrieta, F. (1996). Le concept de représentation sociale. In *La psychologie sociale, 2. Des attitudes aux attributions*. (Deschamps J.-C., Beauvois J.-L.). Grenoble: PUG.
- Eyssartier, C., Guimelli, C., & Joule, R.-V. (2009). Représentations sociales et engagement. In *Représentations sociales et processus sociocognitifs* (Rateau P ; Moliner P., pp. 151–163). Rennes: PUR.
- Flament, C. (1994). Aspects périphériques des représentations sociales. In *Structures et transformations des représentations sociales* (Guimelli C., pp. 85–119). Neuchatel- Paris: Delachaux et Nietslé.
- Flament, C. (2003a). Structure et dynamique des représentations sociales. In *Les représentations sociales (7e édition)* (Jodelet D., pp. 224–39). Paris: PUF.
- Flament, C. (2003b). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In *Pratiques sociales et représentations (4e édition)* (Abric JC., pp. 37–58). Paris: PUF.
- Flament, C., & Rouquette, M.-L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires ~ Comment étudier les représentations sociales ?* Paris: Armand Colin.
- Gauvain-Piquard, A., & Pichard-Leandri, E. (1989). *La douleur chez l'enfant*. Paris-New-York: Medsi-MCGrawHill.
- Gilibert, D., & Gillet, I. (2010). Revue des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales. *Pratiques Psychologiques*, (16), 217–38.
- Guimelli, C. (1994). Transformations des représentations sociales, pratiques nouvelles et schèmes cognitifs de bases. In *Structures et transformations des représentations sociales* (Guimelli C., pp. 171–198). Neuchatel- Paris: Delachaux et Nietslé.
- Guimelli, C. (2003). La fonction d'infirmière - Pratiques et représentations sociales. In *Pratiques sociales et représentations (4e édition)* (Abric JC., pp. 83–108). Paris: PUF.
- Guimelli, C. (2007). Le modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB) : méthodes et applications. In *Méthodes d'étude des représentations sociales* (Abric JC., pp. 119–143). Paris: Eres. Retrieved from  
[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=ERES\\_ABRIC\\_2003\\_01\\_0119](http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=ERES_ABRIC_2003_01_0119)
- Jackson, P. L., Brunet, E., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2006). Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia*, 44(5), 752–761.  
doi:10.1016/j.neuropsychologia.2005.07.015

- Jackson, P. L., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *NeuroImage*, 24(3), 771–779. doi:10.1016/j.neuroimage.2004.09.006
- Jodelet, D. (2012). Représentations sociales un domaine en expansion. In *Les représentations sociales (7e édition)* (Jodelet D., pp. 47–78). Paris: PUF.
- Kirkpatrick, D. (1998). *Evaluating training programs : the four levels (2e ed)* (Berret-Koehler Publishers.). San-Francisco.
- Kouchner, B. (2001). Ouverture de la 9ème journée de “ la douleur de l’enfant ; Quelles réponses ? et mécanismes de la chronicisation douloureuse ” Lundi 17décembre 2001, UNESCO Paris. Retrieved from [www.cnr.fr/IMG/doc/Discours\\_de\\_B.\\_Kouchner\\_2001.doc](http://www.cnr.fr/IMG/doc/Discours_de_B._Kouchner_2001.doc)
- Laplantine, F. (2003). Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d’une expérience brésilienne. In *Les représentations sociales (7e édition)* (Jodelet D., pp. 297–318). Paris: PUF.
- Le Boterf, G. (2002). *Ingénierie et évaluations des compétences (4eme ed.)*. Paris: éditions d’organisation.
- Le Boterf, G. (2013). *Construire les compétences individuelles et collectives - 6e édition*. Paris: Eyrolles.
- Lelièvre, N. (2008). Un hôpital condamnée pour non prise en charge de la douleur. Retrieved from <http://pediadol.org/Un-hopital-condamne-pour-non-prise.html>
- Lo Monaco, G., & Guimelli, C. (2008). Représentations sociales, pratique de consommation et niveau de connaissance : le cas du vin. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, Numéro 78(2)*, 35–50.
- Lombart, B. (2013). PÉDIADOL, 20 ans déjà ! Récit infirmier - Extrait des actes des journées PEDIADOL 2013 “la douleur de l’enfant, quelles réponses ?”, UNESCO, Paris. Retrieved from <http://pediadol.org/PEDIADOL-20-ans-deja-Recit.html>
- Lothon-Demerliac, C., Laurent-Beq, A., & Marec, P. (2001). Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Société Française de Santé Publique. Retrieved from [http://www.cnr.fr/IMG/pdf/evaluation\\_plan\\_triennal.pdf](http://www.cnr.fr/IMG/pdf/evaluation_plan_triennal.pdf)
- Lozada, M. (2000). Représentation professionnelle et engagement en situation d’urgence : la question psychosociale. In *Représentations et engagements : des repères pour l’action*. (Bataille M., pp. 111–17). Toulouse: PUM.
- Moliner, P. (2001). Formation et stabilisation des représentations sociales. In *La dynamique des représentations sociales*. (Moliner P., pp. 15–41). Grenoble: PUG.
- Moliner, P., Rateau, P., & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales ~ Pratiques des études de terrain*. Rennes: PUR.
- Morlot, R., & Sales-Wuillemin, E. (2009). Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d’un objet : application à l’hygiène hospitalière. *Revue internationale de psychologie sociale, Tome 21(4)*, 89–89.
- Moscovici, S. (2004). *La psychanalyse son image et son public (3e édition)*. (PUF.). Paris.
- Mouline, V. (2000). Amygdalectomie, approche ethnologique - Extrait des actes des journées PEDIADOL 2000 “la douleur de l’enfant, quelles réponses ?”, UNESCO, Paris. Retrieved from <http://pediadol.org/Amygdalectomie-approche,262.html>
- Pianelli, C., Abric, J.-C., & Saad, F. (2010). Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d’ancrage et de structuration d’une nouvelle représentation. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, Numéro 86(2)*, 241–274.
- Rey, R. (2011). *Histoire de la douleur (3e ed.)*. Paris: La découverte.

Rouquette, M.-L. (1994). Une classe de modèles pour l'analyse des relations entre cognèmes. In *Structures et transformations des représentations sociales* (Guimelli C., pp. 153–170). Lausanne: Delachaux & Niestlé.

Rouquette, M.-L. (2000). Paradoxes de la représentation et de l'action : des conjonctions sans coordination. *Les Dossiers Des Sciences de L'éducation*, pp. 17–22. toulouse.

Rouquette, M.-L., & Rateau, P. (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble: PUG.

Salesses, L. (2005). Rôle du niveau de connaissance dans le processus de structuration d'une représentation sociale. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, Numéro 66(2)*, 25–42.

Taddio, A., Goldbach, M., Ipp, M., Stevens, B., & Koren, G. (1995). Effect of neonatal circumcision on pain responses during vaccination in boys. *The Lancet*, 345(8945), 291–292. doi:10.1016/S0140-6736(95)90278-3

Wexley, K. ., & Latham, G. . (1981). *Developing and training Human ressources in Organizations*. Glenview Illinois: Scott Foresman.



# Table des matières

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LA DOULEUR : UN OBJET SOCIAL ET PROFESSIONNEL COMPLEXE.....</b>	<b>1</b>
1.1 UN PHENOMENE AUX COMPOSANTES MULTIPLES ET DONT L'EVALUATION EST DIFFICILE .....	1
1.1.1 <i>Définition.....</i>	1
1.1.2 <i>Les composantes de la douleur.....</i>	2
1.1.3 <i>Une sémiologie riche et changeante .....</i>	3
1.1.4 <i>Une agression pour le témoin de la douleur de l'Autre .....</i>	4
<b>2 EVOLUTION DES REPRESENTATIONS DE LA DOULEUR EN OCCIDENT .....</b>	<b>5</b>
2.1 LA FATALITE DE LA DOULEUR : DE L'ANTIQUITE A LA SECONDE MOITIE DU XX <sup>E</sup> SIECLE .....	5
2.1.1 <i>L'Antiquité .....</i>	5
2.1.2 <i>Le Moyen-Âge.....</i>	8
2.1.3 <i>De la Renaissance au début du XX<sup>e</sup> siècle.....</i>	8
2.2 UNE PRIORITE DECLAREE : DE LA FIN DU XX <sup>E</sup> SIECLE A NOS JOURS .....	11
2.3 LES ACTIONS ENGAGEES DANS LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET LEUR BILAN.....	12
2.3.1 <i>Les plans successifs et leurs orientations principales.....</i>	12
2.3.2 <i>Fin 2013 : un bilan national contrasté.....</i>	14
<b>3 LE CONTEXTE DE L'ETUDE ET NOTRE POSITION .....</b>	<b>14</b>
3.1 UN CONTEXTE HOSPITALIER SPECIFIQUE .....	14
3.2 DIMENSION LOCALE DU TERRAIN D'ETUDE : LES ACTIONS ENGAGEES ET LEUR BILAN .....	16
3.2.1 <i>Actions mises en œuvre dans le cadre de la prise en charge de la douleur .....</i>	16
3.2.2 <i>Bilan local .....</i>	18
<b>4 PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>19</b>
4.1 QUESTIONNEMENT .....	19
4.2 LA MOTIVATION DU CHOIX DE CE THEME DE TRAVAIL .....	20
<b>CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>22</b>
<b>5 LES REPRESENTATIONS SOCIALES ET PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>22</b>
5.1 DEFINITIONS ET FONCTIONS DES REPRESENTATIONS SOCIALES.....	22
5.2 STRUCTURE D'UNE REPRESENTATION.....	25
5.2.1 <i>Système central et système périphérique.....</i>	25
5.3 DYNAMIQUE REPRESENTATIONNELLE : GENESE, STABILISATION ET MODIFICATION D'UNE REPRESENTATION SOCIALE .....	27
5.3.1 <i>Genèse d'une représentation.....</i>	27
5.3.2 <i>Stabilisation de la représentation.....</i>	29
5.3.3 <i>Modifications d'une représentation existante.....</i>	29
5.4 LIENS ENTRE REPRESENTATIONS SOCIALES ET PRATIQUES .....	30
<b>6 AGENTIVITE ET AUTO-EFFICACITE .....</b>	<b>32</b>
6.1 AGENTIVITE.....	32
6.1.1 <i>Définition.....</i>	32

6.1.2	<i>Caractéristiques de l'agentivité</i> .....	34
6.2	L'AUTO-EFFICACITE : UNE COMPOSANTE MAJEURE DE L'AGENTIVITE .....	35
6.2.1	<i>Définition</i> .....	35
6.2.2	<i>Vecteurs et déterminants de l'auto-efficacité</i> .....	36
6.2.3	<i>Liens entre auto-efficacité et comportements volontaires</i> .....	38
<b>7</b>	<b>LA FORMATION PROFESSIONNELLE COMME VECTEUR POTENTIEL DE MODIFICATIONS DES REPRESENTATIONS ET DE L'AUTO-EFFICACITE</b> .....	<b>38</b>
<b>8</b>	<b>FORMALISATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESES</b> .....	<b>40</b>
8.1	LA QUESTION DE RECHERCHE .....	40
8.2	LES HYPOTHESES .....	40
	<b>POPULATION ET METHODES</b> .....	<b>41</b>
<b>9</b>	<b>POPULATION CONSIDEREE</b> .....	<b>41</b>
9.1	MOTIVATIONS DU CHOIX DE LA POPULATION .....	41
9.2	CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION .....	42
<b>10</b>	<b>METHODES D'INVESTIGATION</b> .....	<b>42</b>
10.1	CONSIDERATIONS SUR LE CHOIX DES METHODES D'INVESTIGATION EN LIEN AVEC LES CARACTERISTIQUES DE LA QUESTION DE TRAVAIL ET DE LA POPULATION .....	42
10.2	LES SCHEMES COGNITIFS DE BASE POUR L'HYPOTHESE CONCERNANT LES REPRESENTATIONS SOCIALES .....	43
10.2.1	<i>Principes d'investigation de l'aspect structural des représentations</i> .....	43
10.2.2	<i>La méthode des Schèmes Cognitifs de Base</i> .....	44
10.3	LE QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'AUTO-EFFICACITE .....	48
10.3.1	<i>Considérations théoriques pour l'élaboration d'outils d'évaluation de l'auto-efficacité perçue</i> .....	48
10.4	DEMARCHE D'ELABORATION, DE VALIDATION ET DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE .....	49
10.4.1	<i>Elaboration du questionnaire</i> .....	49
10.4.2	<i>Test et validation du questionnaire</i> .....	51
10.4.3	<i>Diffusion du questionnaire</i> .....	51
<b>11</b>	<b>TRAITEMENT STATISTIQUE DES DONNEES ET CRITERES DE VALIDATION</b> .....	<b>52</b>
11.1	SAISIES ET TRAITEMENT DES DONNEES, TESTS STATISTIQUES ET SEUIL DE CONFIANCE .....	52
11.2	VALIDATION DU CADRE THEORIQUE .....	52
11.2.1	<i>Variables considérées</i> .....	52
11.2.2	<i>Conditions de validation</i> .....	53
11.3	VALIDATIONS DES HYPOTHESES .....	53
11.3.1	<i>Validation de l'hypothèse relative aux représentations</i> .....	53
11.3.2	<i>Validation de l'hypothèse relative à l'auto-efficacité</i> .....	53
	<b>RESULTATS</b> .....	<b>54</b>
<b>12</b>	<b>RESULTATS GENERAUX</b> .....	<b>54</b>
12.1	QUESTIONNAIRES .....	54
12.2	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	54
<b>13</b>	<b>RESULTATS CONCERNANT LES PRATIQUES DECLAREES</b> .....	<b>55</b>

<b>14</b>	<b>RESULTATS RELATIFS AUX REPRESENTATIONS .....</b>	<b>55</b>
14.1	PRATIQUES DECLAREES ET SCHEMES COGNITIFS DE BASE : VALIDATION DU CADRE THEORIQUE .....	55
14.2	FORMATION ET REPRESENTATION : VALIDATION DE L'HYPOTHESE .....	56
<b>15</b>	<b>RESULTATS RELATIFS A L'AUTO-EFFICACITE .....</b>	<b>59</b>
15.1	PRATIQUES DECLAREES ET AUTO-EFFICACITE : VALIDATION DU CADRE THEORIQUE .....	59
15.2	FORMATION ET AUTO-EFFICACITE : VALIDATION DE L'HYPOTHESE .....	60
	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>63</b>
15.3	POSITIONNEMENT PAR RAPPORT A LA QUESTION INITIALE.....	63
15.3.1	<i>Un effet limité sur l'organisation structurale des représentations .....</i>	<i>63</i>
15.3.2	<i>Un effet limité sur le sentiment d'auto-efficacité .....</i>	<i>65</i>
<b>16</b>	<b>LIMITES DE L'ETUDE ET ANALYSE DES BIAIS .....</b>	<b>66</b>
16.1	UN TAUX IMPORTANT DE PRATIQUES DECLAREES .....	66
16.2	UNE POPULATION HOMOGENE MAIS UN EFFECTIF LIMITE .....	66
16.3	UN BIAIS LIE A L'ANCIENNETE DANS L'ETABLISSEMENT ?.....	67
<b>17</b>	<b>PERSPECTIVES D'AMELIORATION DU SYSTEME DE FORMATION RELATIF A LA DOULEUR – PRECONISATIONS .....</b>	<b>67</b>
17.1	ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS PAR UN TUTEUR-EXPERT .....	68
17.2	MISE EN PLACE DE GROUPES DE PAROLE ET DE RETOURS D'EXPERIENCE.....	69
<b>18</b>	<b>PERSPECTIVES DE RECHERCHES ULTERIEURES .....</b>	<b>70</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>72</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	
	<b>TABLE DES MATIERES</b>	
	<b>ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE</b>	

## Annexe I : questionnaire distribué

---

# Préambule

---

Ce questionnaire est relatif à certaines de vos pratiques et représentations dans le cadre des soins douloureux. Il contribue à la validation de mon travail pour la formation universitaire que je poursuis actuellement.

Il sera traité de façon complètement anonyme et les réponses ne seront pas traitées par unité de soins.

Il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse. Il suffit de répondre simplement et le plus souvent très intuitivement (donc rapidement).

## Question 1

---

Lors de votre exercice quotidien vous devez mener un soin que vous identifiez comme douloureux. Des circonstances pouvant compliquer les démarches antalgiques non médicamenteuses (distraction, hypno-analgésie, autre...) lors de ce soin sont décrites dans le tableau ci-après.

Sur une échelle allant de 0 à 100, évaluez votre capacité à mener une démarche antalgique non médicamenteuse en fonction des circonstances ou du contexte décrit(es).

Répondez bien en fonction de ce que vous pensez être votre capacité **actuelle** à mener la démarche antalgique non médicamenteuse et à obtenir les effets escomptés.

0 → je suis certain de ne pas pouvoir le faire dans cette circonstance

100 → je suis certain de pouvoir le faire dans cette circonstance

NB : tous les intermédiaires sont possibles entre 0 et 100

Répondez intuitivement et assez rapidement dans le tableau ci-dessous.

Dans le tableau on désigne par soin le geste technique potentiellement douloureux et par démarche antalgique l'action non médicamenteuse antalgique.

Circonstances	Dans la circonstance décrite mon niveau de certitude de pouvoir produire une démarche antalgique <b>non médicamenteuse</b> est de (écrire un score de 0 à 100) :
1/Du matériel est manquant ou difficile à trouver dans le service.	
2/L'enfant est très douloureux. Il pleure et crie beaucoup, sa détresse est visible et stressante pour moi.	
3/Je travaille aujourd'hui avec des collègues dont je sais qu'ils considèrent les démarches antalgiques non médicamenteuses comme une perte de temps.	
4/Je travaille aujourd'hui avec des collègues dont je sais qu'ils considèrent les démarches antalgiques non médicamenteuses comme inefficaces et (ou) inutiles.	
5/Je suis seul à réaliser le soin, aucune aide n'est disponible.	
6/Je suis fatigué ou d'une façon plus générale « pas en forme ».	
7/Je suis stressé par un problème extérieur au soin (personnel ou professionnel non lié à ce soin).	
8/Les parents sont présents et assistent au soin, je ne sais pas s'ils sont ou non favorables à ce type de démarche.	
9/Des personnes extérieures au soin sont présentes et y assistent (élèves, autres collègues, autres professionnels, etc.).	
10/Je sais que ce soin est techniquement difficile à réaliser pour l'enfant concerné (enfant difficile à piquer par exemple) et je suis seul pour ce soin.	
11/Je suis pressé ou le soin doit être réalisé dans l'urgence.	
12/C'est un soin que je ne maîtrise pas bien ou que je n'aime pas faire et je suis seul pour ce soin.	

## Question 2

---

Concernant votre exercice professionnel, vous êtes parfois amené à produire des soins potentiellement douloureux pour les enfants hospitalisés. En pensant à ces situations de soins potentiellement douloureux donnez rapidement 3 mots qui vous viennent à l'esprit face à l'expression : « démarches antalgiques non médicamenteuses ».

Votre réponse 1 : \_\_\_\_\_

Votre réponse 2 : \_\_\_\_\_

Votre réponse 3 : \_\_\_\_\_

Vous allez maintenant justifier (en 1 ou 2 phrases courtes) vos réponses :

J'ai répondu \_\_\_\_\_ (réponse 1) parce que :

---

---

---

---

J'ai répondu \_\_\_\_\_ (réponse 2) parce que :

---

---

---

---

J'ai répondu \_\_\_\_\_ (réponse 3) parce que :

---

---

---

---

Inscrivez à nouveau ici votre réponse 1 : \_\_\_\_\_ et complétez le tableau ci-dessous, faites une croix dans la colonne correspondante, « ? » correspond à « je ne sais pas ». L'idéal est de répondre très intuitivement et rapidement.

	Expressions des relations	oui	non	?
Syn	« démarches antalgiques non médicamenteuses » signifie la même chose ou a le même sens que votre réponse 1			
Def	« démarches antalgiques non médicamenteuses » peut être défini comme votre réponse 1			
Ant	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est le contraire de votre réponse 1			
Teg	« démarches antalgiques non médicamenteuses » fait partie ou est un exemple de votre réponse 1			
Tes	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour exemple, pour cas particulier, comprend ou inclut votre réponse 1			
Col	« démarches antalgiques non médicamenteuses » appartient à la même classe (catégorie) générale que votre réponse 1			
Com	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est une composante ou un constituant de votre réponse 1			
Dec	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour composante ou constituant votre réponse 1			
Art	« démarches antalgiques non médicamenteuses » et votre réponse 1 sont tous les deux des constituants de la même chose			
Ope	« démarches antalgiques non médicamenteuses » fait votre réponse 1			
Tra	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a une action sur votre réponse 1			
Uti	« démarches antalgiques non médicamenteuses » utilise votre réponse 1			
Act	C'est votre réponse 1 qui fait « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Obj	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est une action qui a pour objet, porte ou s'applique sur (à) votre réponse 1			
Ust	Pour faire « démarches antalgiques non médicamenteuses » on utilise votre réponse 1			
Fac	Votre réponse 1 est quelqu'un (personne ou institution) qui agit sur « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Mod	Votre réponse 1 désigne une action que l'on peut faire sur (à propos de, en cas de...) « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Aob	Votre réponse 1 est un outil (ou un produit) que l'on utilise en cas de « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Til	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est utilisé par votre réponse 1			
Out	On utilise « démarches antalgiques non médicamenteuses » pour faire votre réponse 1			
Aou	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est un outil que l'on peut utiliser pour votre réponse 1			
Car	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est toujours caractérisé par votre réponse 1			
Fre	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est souvent caractérisé par votre réponse 1			
Spe	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est parfois caractérisé par votre réponse 1			
Nor	« démarches antalgiques non médicamenteuses » doit avoir la qualité de votre réponse 1			
Eva	Votre réponse 1 évalue « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Eff	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour effet (conséquence ou but), entraîne votre réponse 1			
Cos	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour cause, dépend de, est entraîné par votre réponse 1			



Inscrivez à nouveau ici votre réponse 2 : \_\_\_\_\_ et complétez le tableau ci-dessous, faites une croix dans la colonne correspondante, « ? » correspond à « je ne sais pas ». L'idéal est de répondre très intuitivement et rapidement.

	Expressions des relations	oui	non	?
Syn	« démarches antalgiques non médicamenteuses » signifie la même chose ou a le même sens que votre réponse 2			
Def	« démarches antalgiques non médicamenteuses » peut être défini comme votre réponse 2			
Ant	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est le contraire de votre réponse 2			
Teg	« démarches antalgiques non médicamenteuses » fait partie ou est un exemple de votre réponse 2			
Tes	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour exemple, pour cas particulier, comprend ou inclut votre réponse 2			
Col	« démarches antalgiques non médicamenteuses » appartient à la même classe (catégorie) générale que votre réponse 2			
Com	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est une composante ou un constituant de votre réponse 2			
Dec	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour composante ou constituant votre réponse 2			
Art	« démarches antalgiques non médicamenteuses » et votre réponse 2 sont tous les deux des constituants de la même chose			
Ope	« démarches antalgiques non médicamenteuses » fait votre réponse 2			
Tra	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a une action sur votre réponse 2			
Uti	« démarches antalgiques non médicamenteuses » utilise votre réponse 2			
Act	C'est votre réponse 2 qui fait « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Obj	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est une action qui a pour objet, porte ou s'applique sur (à) votre réponse 2			
Ust	Pour faire « démarches antalgiques non médicamenteuses » on utilise votre réponse 2			
Fac	Votre réponse 2 est quelqu'un (personne ou institution) qui agit sur « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Mod	Votre réponse 2 désigne une action que l'on peut faire sur (à propos de, en cas de...) « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Aob	Votre réponse 2 est un outil (ou un produit) que l'on utilise en cas de « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Til	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est utilisé par votre réponse 2			
Out	On utilise « démarches antalgiques non médicamenteuses » pour faire votre réponse 2			
Aou	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est un outil que l'on peut utiliser pour votre réponse 2			
Car	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est toujours caractérisé par votre réponse 2			
Fre	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est souvent caractérisé par votre réponse 2			
Spe	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est parfois caractérisé par votre réponse 2			
Nor	« démarches antalgiques non médicamenteuses » doit avoir la qualité de votre réponse 2			
Eva	Votre réponse 2 évalue « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Eff	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour effet (conséquence ou but), entraîne votre réponse 2			
Cos	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour cause, dépend de, est entraîné par votre réponse 2			

Inscrivez à nouveau ici votre réponse 3 : \_\_\_\_\_ et complétez le tableau ci-dessous, faites une croix dans la colonne correspondante, « ? » correspond à « je ne sais pas ». L'idéal est de répondre très intuitivement et rapidement.

	Expressions des relations	oui	non	?
Syn	« démarches antalgiques non médicamenteuses » signifie la même chose ou a le même sens que votre réponse 3			
Def	« démarches antalgiques non médicamenteuses » peut être défini comme votre réponse 3			
Ant	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est le contraire de votre réponse 3			
Teg	« démarches antalgiques non médicamenteuses » fait partie ou est un exemple de votre réponse 3			
Tes	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour exemple, pour cas particulier, comprend ou inclut votre réponse 3			
Col	« démarches antalgiques non médicamenteuses » appartient à la même classe (catégorie) générale que votre réponse 3			
Com	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est une composante ou un constituant de votre réponse 3			
Dec	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour composante ou constituant votre réponse 3			
Art	« démarches antalgiques non médicamenteuses » et votre réponse 3 sont tous les deux des constituants de la même chose			
Ope	« démarches antalgiques non médicamenteuses » fait votre réponse 3			
Tra	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a une action sur votre réponse 3			
Uti	« démarches antalgiques non médicamenteuses » utilise votre réponse 3			
Act	C'est votre réponse 3 qui fait « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Obj	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est une action qui a pour objet, porte ou s'applique sur (à) votre réponse 3			
Ust	Pour faire « démarches antalgiques non médicamenteuses » on utilise votre réponse 3			
Fac	Votre réponse 3 est quelqu'un (personne ou institution) qui agit sur « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Mod	Votre réponse 3 désigne une action que l'on peut faire sur (à propos de, en cas de...) « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Aob	Votre réponse 3 est un outil (ou un produit) que l'on utilise en cas de « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Til	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est utilisé par votre réponse 3			
Out	On utilise « démarches antalgiques non médicamenteuses » pour faire votre réponse 3			
Aou	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est un outil que l'on peut utiliser pour votre réponse 3			
Car	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est toujours caractérisé par votre réponse 3			
Fre	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est souvent caractérisé par votre réponse 3			
Spe	« démarches antalgiques non médicamenteuses » est parfois caractérisé par votre réponse 3			
Nor	« démarches antalgiques non médicamenteuses » doit avoir la qualité de votre réponse 3			
Eva	Votre réponse 3 évalue « démarches antalgiques non médicamenteuses »			
Eff	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour effet (conséquence ou but), entraîne votre réponse 3			
Cos	« démarches antalgiques non médicamenteuses » a pour cause, dépend de, est entraîné par votre réponse 3			

# Merci de compléter ces quelques renseignements à votre propos.

---

NB : les questionnaires sont anonymes et ne seront pas traités par unité de soins.

**Votre profession (entourez la bonne mention) :**

IDE

Puéricultrice

**Votre année de diplôme :**

**Votre date d'entrée à l'HEM (année) :**

**Avez-vous bénéficié d'une des formations suivantes :**

- DU douleur OUI NON
- Hypno-analgésie à l'HEM OUI NON
- Formation douleur à l'HEM (par organisme de formation extérieur) OUI NON

**Avez-vous bénéficié d'une autre formation concernant la douleur :** OUI NON

Si oui pouvez-vous préciser le type de formation: \_\_\_\_\_

**Dans le cadre de votre exercice quotidien cotez ici de 0 (jamais) à 100 (toujours) la fréquence selon laquelle vous mettez en place des « démarches antalgiques non médicamenteuses » lors des soins douloureux :**



Merci de votre participation.

# Université de Rouen

UFR Sciences de l'Homme et de la Société

Département des Sciences de l'Éducation

Mémoire de Master 2 Professionnel

**Métiers de la formation, parcours Ingénierie et Conseil en Formation**

Nom et prénom : **Bové Bertrand**

Titre du mémoire : Influences des « formations douleur » sur les représentations professionnelles et l'auto-efficacité des personnels infirmiers exerçant en pédiatrie ~ Une explication d'un faible transfert vers les pratiques ?

Directeur de Mémoire : **Monsieur Nicolas Guirimand**

Mots-clés : Formation continue, Pratiques cliniques, Représentations professionnelles, Auto-efficacité, Douleur, Personnel infirmier

## Résumé

Depuis le dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle, la lutte contre la douleur est devenue une priorité. Des moyens considérables ont été dégagés pour la formation des professionnels soignants depuis 1998. Pourtant le bilan national de ces formations reste contrasté. C'est le constat qui a été formé pour les démarches antalgiques non médicamenteuses, à l'Hôpital d'Enfants de Margency. La question posée était d'identifier les déterminants possibles d'un faible transfert entre les formations et les pratiques cliniques des personnels infirmiers. Les hypothèses étaient une absence de différence dans les représentations sociales et dans le sentiment d'auto-efficacité vis-à-vis des démarches antalgiques non médicamenteuses chez les personnels formés et non formés. Nous avons choisi de traiter ces hypothèses par une évaluation de l'auto-efficacité et par une analyse structurale portant sur la position de l'élément « démarches antalgiques non médicamenteuses » dans la représentation de la douleur. Nous nous sommes appuyé sur la méthode des Schèmes Cognitifs de Base (cette démarche est appropriée à l'étude de petits effectifs) et sur un questionnaire d'auto-efficacité. Les tests statistiques étaient le Khi<sup>2</sup> et le T-test. Vingt-quatre questionnaires étaient exploitables. Les résultats confirment la pertinence du cadre théorique posé et la corrélation existant entre pratiques, auto-efficacité et représentations professionnelles. Les résultats montrent une absence de différence significative entre les 2 échantillons pour l'aspect fonctionnel de l'objet et permettent de valider partiellement les 2 hypothèses. Ces résultats vont dans le sens d'autres travaux publiés précédemment sur des objets différents. Nous préconisons la mise en place de dispositifs complémentaires à la formation pour accompagner les « novices » dans la mise en place de leurs pratiques. Nous souhaiterions étendre notre recherche à une évaluation de nos préconisations. Les outils utilisés dans ce travail nous semblent tout à fait adaptés à l'évaluation de formations.