



**HAL**  
open science

# Modification des représentations sociales des métiers d'infirmier et d'animateur socioculturel chez des étudiants grâce à une action de santé publique menée en interdisciplinarité

L. Gandon, S. Hardy-Massard

## ► To cite this version:

L. Gandon, S. Hardy-Massard. Modification des représentations sociales des métiers d'infirmier et d'animateur socioculturel chez des étudiants grâce à une action de santé publique menée en interdisciplinarité. *Pratiques Psychologiques*, 2019, 25, pp.79 - 100. 10.1016/j.prps.2018.06.002 . hal-03486464

**HAL Id: hal-03486464**

**<https://hal.science/hal-03486464v1>**

Submitted on 20 Dec 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Modification des représentations sociales des métiers d’infirmier et d’animateur socioculturel chez des étudiants grâce à une action de santé publique menée en interdisciplinarité**

### Résumé

De plus en plus de professionnels de la santé et de l’action sociale sont amenés à échanger leurs points de vue et à définir des actions de prévention pour répondre aux besoins des usagers de manière ciblée et personnalisée. L’objectif de cette étude est d’analyser l’impact d’un travail mené en interdisciplinarité entre un groupe d’étudiants en soins infirmiers (ESI) et un groupe d’étudiants en licence professionnelle intervention sociale, sur leurs représentations respectives concernant leur futur métier. 129 ESI et 41 étudiants en licence professionnelle ont répondu à deux reprises à un questionnaire spécifique, construit à partir des compétences inscrites dans le référentiel de compétences respectif des deux groupes d’étudiants. Les résultats indiquent qu’après avoir conçu et réalisé une action de santé publique auprès de publics spécifiques (enfants, adolescents, étudiants, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap) les deux groupes d’étudiants voient leurs représentations du métier de l’autre évoluer de manière significative : on passe d’un rôle de technicien des soins ou de l’animation à une vision plus complexe des deux professions, davantage en lien avec les référentiels de compétences. Il incombe donc à la formation initiale de les préparer en amont au travail en interdisciplinarité afin qu’ils deviennent des professionnels capables de répondre de manière appropriée aux besoins spécifiques des usagers.

Mots-clé : représentations sociales ; interdisciplinarité ; étudiants en soins infirmiers ;  
étudiants en licence professionnelle intervention sociale

**Modification of the social representations of the professions of nurse and socio-cultural coordinator among students thanks to a public health action carried out in interdisciplinarity**

Abstract

Health care and social care professionals are increasingly encouraged to exchange views and to define prevention actions, in order to respond to the needs of the users in a targeted and personalized way. The objective of this study is to analyze the impact of interdisciplinary work between a group of nursing students and a group of third-year degree students in social intervention, on their respective representations concerning their future profession. 129 nursing students and 41 third-year degree students in social intervention responded twice to a specific questionnaire, built up from the skills listed in the respective competency framework of the two groups of students. The results indicate that after designing and carrying out a public health action with specific audiences (children, teenagers, students, people in precarious situations, people with disabilities), the two groups of students experience a meaningful change in the social representation of each other's profession: it moves from a role of care or animation technician to a more complex vision of the two professions, more in connection with the competency frameworks. It is therefore for the initial training to prepare them early for interdisciplinary work, so that they become professionals capable of responding appropriately to the specific needs of users.

Keywords: Social representations; Interdisciplinary; Nurse students; Third-year degree students in social intervention.

## 1. Introduction

La promotion de la santé est un enjeu majeur dans le monde, car elle permet d'amener les personnes à modifier leurs comportements, pour leur permettre d'acquérir de bonnes habitudes de vie, et utiliser à bon escient les services sanitaires mis à leur disposition. Cela est d'autant plus important en France, où l'on constate une augmentation globale du nombre de médecins moins importante que l'augmentation des besoins de la population, ainsi qu'une répartition inégale de l'accès aux soins (Barlet & Marbot, 2016). De plus en plus de personnes se trouvent confrontées à un état de santé jugé précaire, auquel s'ajoutent des difficultés d'accès aux soins pour les plus vulnérables d'entre eux (Cambois, 2004). Il en est ainsi par exemple des personnes sans abris, des migrants, de certaines familles monoparentales, des personnes isolées, malades ou handicapées. En effet, ils sont préoccupés au quotidien par d'autres problématiques, comme celles relatives au logement, à l'emploi et aux finances, et l'accès aux soins est difficile pour eux (Parizot, 1998).

Les centres de santé associatifs, qui représentent un mode d'exercice regroupé des professionnels de santé, proposent à ces publics des soins préventifs et éducatifs. Cependant, ils représentent une institution, et de ce fait les campagnes de prévention qu'ils assurent, comme le dépistage du cancer du sein ou du côlon et les campagnes de vaccination, sont dictées par le Ministère de la Santé. Si elles sont importantes, ces problématiques ne sont pas toujours directement corrélées avec les besoins et les attentes des usagers, en particulier pour ceux qui se trouvent en situation de vulnérabilité. De même, les soins thérapeutiques sont mis en place dans des établissements de soins, qui représentent là encore des institutions qui peuvent effrayer les personnes en situation de vulnérabilité. Si les soins prodigués s'avèrent efficaces, comme le démontre par exemple l'expérimentation ASALEE pour les patients souffrant de diabète de type 2, (Bourgueil & al. 2008), ils s'adressent à des patients qui ne

sont pas à la marge du système de soins. De plus, les institutions sanitaires sont souvent objet de méfiance pour des personnes en situation de vulnérabilité qui peuvent avoir peur d'être jugées.

Au contraire, les associations socioculturelles représentent des lieux d'apprentissage informels, des interstices (Teissier, 2013), où les usagers de soins peuvent, à la marge des institutions, accéder à l'*empowerment*, c'est-à-dire au processus qui leur permet d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision sur leur environnement et sur leurs conditions de vie (Bacqué & Biewener, 2013). En effet, les missions d'accueil, d'échanges et de partage à vocation familiale et pluri générationnelle des associations socioculturelles favorisent la mise en confiance d'un public souvent méfiant vis-à-vis des institutions, et permet la mise en place d'actions généralistes et innovantes. Ainsi, les travaux d'Hirsch-Vanhoenacker (2016) ont démontré que le fait de déplacer les professionnels de la santé dans des lieux extérieurs aux institutions médicales peut contribuer à créer une relation de confiance et aider les usagers à mieux prendre soin d'eux-mêmes.

Par ailleurs, une approche holistique de la santé ne peut s'affranchir d'une analyse précise de la situation singulière du public-cible, pour pouvoir tenir compte de tous les aspects mis en jeu : économiques, culturels, sociaux, territoriaux. Un partenariat est donc indispensable entre les intervenants médicaux et socioculturels. Sans nier qu'une collaboration en pluridisciplinarité permet de créer un collectif professionnel, qui permet de développer des ressources pour chaque membre du groupe (Caroly & Clot, 2004), et sans tomber dans la doxa qui assimile la pluridisciplinarité à une « juxtaposition de points de vue » de professionnels d'horizons différents et l'interdisciplinarité à une « communauté de points de vue », (Resweber, 2011), cette dernière permet de développer une capacité d'analyse et de synthèse collective à partir des perspectives de plusieurs disciplines (Strauss, 1992).

Les infirmiers et les animateurs socioculturels ont un rôle essentiel à jouer dans une telle approche auprès de ces publics spécifiques. En effet, les animateurs socioculturels connaissent bien les publics, et peuvent servir de médiateurs entre eux et les infirmiers, qui possèdent quant à eux les connaissances nécessaires en matière de prévention. Leur collaboration doit permettre de créer une relation de confiance entre les intervenants et les publics en situation de vulnérabilité, afin de proposer des projets innovants et personnalisés, correspondants aux besoins des publics (Hirsch-Vanhoenacker, 2016).

### *1.1. L'interdisciplinarité entre les infirmiers et les animateurs socioculturels dans la prévention en santé*

L'évolution actuelle des besoins et de l'offre en santé invite à repenser la place des soins préventifs et éducatifs, en complément des soins curatifs et palliatifs, dans le travail quotidien des infirmiers. En effet, le nombre de décès dus aux maladies cardio-vasculaires et infectieuses décroît fortement, mais les maladies liées à l'alcool, au tabac, aux comportements à risque, à une mauvaise hygiène de vie en général touchent davantage la population (Coudray & Gay, 2009). Le coût de ces pathologies « évitables » amène les pouvoirs publics à mettre en place des politiques de promotion de la santé ambitieuses, où les soins préventifs et éducatifs ont une place privilégiée. De plus, la prise en soins doit davantage être axée sur les polyopathologies et les maladies chroniques (Coudray & Gay, 2009 ; Flageolet, 2008 ; Prost & Rey, 2015). Afin de mieux répondre à ce type de prise en charge, la formation initiale des infirmiers a évolué depuis 2009. Le programme d'études se déroule sur six semestres, et permet d'acquérir dix compétences, dont une intitulée « *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* ». Elle permet de repérer les besoins et demandes des populations, de concevoir et de mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation, de les évaluer pour

ainsi les accompagner dans une prise en charge personnalisée de leur santé. Les ESI s'appuient sur la méthodologie de la démarche éducative préconisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour réaliser des actions de santé publique.

De leur côté, les animateurs socioculturels, quels que soient leurs lieux d'exercice (collectivités territoriales, maisons de jeunes, établissements d'hébergement pour personnes âgées, accueil périscolaire) sont amenés à intervenir à partir de logiques d'actions multiples, comme l'émancipation de la personne, la coopération entre groupes sociaux, la solidarité, la justice, la cohésion sociale ou le développement de la citoyenneté. Les modes d'intervention qu'ils développent s'inscrivent dans une logique de travail collective et partenariale pour réaliser une analyse stratégique d'une situation professionnelle d'intervention sociale, concevoir et mettre en œuvre un projet d'animation, conduire des démarches pédagogiques dans une perspective socio-éducative. Pour ce faire, ils s'appuient dans leur travail quotidien sur un savoir-faire (entretiens, animation de groupe) et un savoir-être (rôle de médiateur) pour trouver la juste distance avec les partenaires (Lebon, 2013). Pour développer ces éléments de compétences, la méthodologie de projets enseignée dans la plupart des formations professionnelles du secteur de l'animation est axée sur quatre groupes d'activités, prévus dans les référentiels de formation, conformément aux fiches métiers propres au Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) : analyser une situation professionnelle d'intervention sociale, concevoir et mettre en œuvre un projet d'animation dans le cadre des objectifs de l'organisation, coordonner la mise en œuvre du projet et son évaluation, concevoir et mettre en œuvre un dispositif de communication adapté.

*Insérer ici le tableau I*

Le tableau I montre des similitudes entre la méthodologie dont se servent les ESI et celle utilisée en intervention sociale : identification des besoins du public, élaboration d'objectifs, planification et réalisation d'actions, évaluation et réajustements. Il existe toutefois des éléments spécifiques aux ESI concernant l'élaboration d'un diagnostic éducatif correspondant aux besoins en santé des personnes. Les futurs animateurs socioculturels, quant à eux, se préoccupent également d'une recherche de partenaires, de l'aspect financier et de la communication autour du projet. Ainsi, les points communs entre les deux méthodologies sont suffisamment nombreux pour envisager la possibilité d'un véritable partenariat entre les deux groupes d'étudiants autour d'une problématique de santé publique pour un public-cible choisi. En effet, l'interdisciplinarité n'est pas un processus naturel : chacun devra faire l'effort de pouvoir effectivement comprendre et parler, les langages disciplinaires de leurs autres coéquipiers (Ardoino & De Peretti, 1998). Les points inhérents aux deux méthodologies qui ne se recoupent pas permettent de construire des éléments communs à partir des spécificités de chacune des professions concernées par les échanges, afin d'enrichir la construction et la



mise en œuvre du projet. Mais pour mener à bien ce travail, il faut partager la même vision du rôle de chacun, et accepter de ce fait de faire évoluer ses représentations du métier de l'autre.

### *1.2. Les représentations sociales du métier de l'autre*

C'est Moscovici (1961) qui, le premier, a théorisé le champ d'étude des représentations sociales. Selon lui, les représentations sociales sont des phénomènes à la fois individuels et collectifs, prenant en compte des groupes plus ou moins définis. Il s'agit d'une vision fonctionnelle du monde, qui permet aux individus et aux groupes de donner sens à des conduites, de comprendre la réalité à travers ses propres références (Abric, 1994a). Elles influencent les manières de faire et le champ des connaissances. Leur caractère social provient du fait qu'elles sont élaborées et partagées par un ensemble d'individus. Elles permettent de construire une réalité, un savoir élaboré à travers les valeurs et les croyances concernant un même objet (personne, situation, profession...). Les représentations possèdent des caractéristiques partagées par la plupart des personnes issues d'une même culture, d'une part parce qu'elles portent sur des phénomènes sociaux, d'autre part parce qu'elles sont issues et héritées de la société (Jodelet, 1989).

Dans la pensée sociale, certaines croyances collectives peuvent difficilement être remises en question car elles contribuent à organiser l'identité collective et la pérennité du groupe social (Abric, 2001). La représentation sociale est donc structurée autour d'un noyau central et d'un système périphérique (Abric, 1994b, 2008). Les deux éléments possèdent des caractéristiques spécifiques mais complémentaires. Le *noyau central* est composé d'éléments qui caractérisent l'objet, partagés par l'ensemble des individus issus d'un même milieu culturel. Il constitue ainsi une composante fondamentale de la représentation, sa fonction étant de générer le sens global du champ représentationnel et d'en organiser le contenu. Le *système*

*périphérique*, quant à lui, complète le noyau central : les éléments périphériques sont marqués par l'expérience des individus et constituent une interface entre le noyau central et la réalité quotidienne.

Mais, comme toute construction sociale, la représentation sociale a une histoire. On peut résumer sa vie autour de trois phases : une phase d'émergence, de stabilité et de transformation (Moliner, 2001). La première phase est visible lorsque l'objet de la représentation est peu connu de la population interrogée. Les opinions des personnes sont très variées, et souvent divergentes. En échangeant entre elles, elles vont parvenir à établir des liens par analogie avec des objets plus familiers, de manière à ancrer peu à peu le nouveau venu dans la réalité sociale. La deuxième phase, dite de stabilité, est le signe d'une représentation sociale bien constituée, car l'objet de la représentation est ancré de manière relativement ancienne et subit peu de modifications. Enfin, la phase de transformation, qui peut être plus ou moins profonde, correspond à un moment de crise qui entraîne une remise en questions des représentations ancrées au sein de la population interrogée. La perturbation qui prend corps va entraîner un processus de montée des désordres et de développement d'incertitudes, dont les effets sont des manifestations de blocages ou de déblocages entre diverses composantes du groupe social (Vulbeau, 2013). La communication et les échanges vont parfois amener une modification de la représentation sociale de l'autre.

Cette dernière phase est particulièrement importante dans le processus de professionnalisation des apprenants. Ce processus implique la transformation d'une représentation naïve du métier et des pratiques qui s'y rattachent à une représentation professionnelle (Lac & Ratinaud, 2005). Celle-ci porte sur des objets plus concrets, spécifiques à l'environnement de travail, qui nécessitent la mobilisation de savoirs

conceptuels et procéduraux qui s'acquièrent en formation et dans l'exercice de la profession (Mias, & Piasser, 2016).

Les représentations professionnelles sont le reflet des pratiques sociales, des normes et des positions des acteurs au sein des organisations, ainsi que des idéologies qui prévalent dans la société à laquelle ils se réfèrent (Auzoult, Abdellaoui & Lheureux, 2012). Globalement, les représentations professionnelles sont considérées comme des conditions nécessaires aux pratiques et ces dernières sont des éléments, parmi d'autres, qui structurent les représentations. Ainsi, les travaux de Guimelli et Jacobi (1990) ont démontré qu'en acquérant un rôle « propre » de manière légale en 1978, les infirmiers ont développé une autonomie par rapport au rôle d'auxiliaire médical que leur conférait leur rôle « prescrit ». Cette pratique nouvelle a grandement contribué à modifier leur représentation sociale de métier.

## **2. OBJECTIF / PROBLEMATIQUE**

L'objectif de cette étude est de sensibiliser de futurs professionnels de la santé et du socioculturel à l'intérêt du travail en interdisciplinarité, dans le cadre de la mise en œuvre de projets de prévention en santé publique. Notre problématique est la suivante : en quoi la réalisation d'actions communes de prévention en santé publique auprès de publics spécifiques (enfants, adolescents, étudiants, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap) permet-il à des étudiants en intervention sociale et en soins infirmiers de modifier leurs représentations respectives du métier de l'autre ? Pour tenter d'y répondre, nous avons mesuré les représentations sociales respectives de deux groupes d'étudiants concernant leur vision du métier de l'autre, avant et après la réalisation de différentes actions de prévention en santé publique. Nous supposons qu'au temps 1, les représentations respectives des deux groupes d'étudiants seront similaires à celles des sujets tout-venants, et mettront surtout en

évidence le rôle de « technicien de l'animation » de l'animateur socioculturel et le rôle d'« assistant médical » de l'infirmier. Nous supposons également qu'après la réalisation d'un travail en interdisciplinarité, ces représentations respectives évolueront. Ainsi, nous posons l'hypothèse opérationnelle suivante : les représentations initiales des deux groupes d'étudiants, semblables à celles de sujets tout-venants au temps 1, seront plus en adéquation avec ce qui est préconisé dans les référentiels de compétences des programmes de formations officiels élaborés par les instances<sup>1</sup> de chaque filière (infirmière et licence professionnelle Intervention Sociale) au temps 2 (après un travail en interdisciplinarité).

### **3. METHODE**

#### *3.1. Participants*

129 ESI, 106 femmes et 23 hommes, et 41 étudiants en licence professionnelle, mention intervention sociale, parcours animation sociale et socioculturelle (ASSC), 29 femmes et 12 hommes, ont participé à l'étude. Ils étaient respectivement âgés en moyenne de 26 et 23 ans. Ces étudiants sont en troisième année de formation professionnelle et ont eu l'opportunité d'effectuer plusieurs stages au cours de leur cursus. Les pratiques réelles découvertes lors des stages modifient les représentations initiales « profanes » qu'ils possèdent de leur propre métier (Auzoult & Hardy-Massard, 2015), mais pas nécessairement celles qu'ils possèdent à l'égard des autres professionnels qu'ils sont amenés à côtoyer au quotidien. Pour s'en assurer, nous avons cherché à identifier les représentations d'un panel de 41 personnes adultes (18 femmes et 22 hommes) n'exerçant ni la profession d'infirmier, ni d'animateur socioculturel, qui a servi de « groupe témoin ».

---

<sup>1</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé pour la formation infirmière et Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois pour la licence en Intervention Sociale

### *3.2.Mesures et procédure*

Les responsables d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et ceux d'un Institut Universitaire de Technologie (IUT) ont contacté 6 types de structures : un centre socioculturel, un centre de formation des apprentis (CFA), une université, un foyer d'hébergement pour les travailleurs migrants, une association militant pour les droits des personnes en situation de handicap moteur, une structure d'hébergement pour adolescents en situation de handicap moteur avec parfois des troubles mentaux associés, afin de les faire participer à notre recherche. Puis, dans le cadre d'une unité d'enseignement<sup>2</sup>, les étudiants se sont répartis en 6 groupes mixtes (composés d'ESI et d'étudiants ASSC), qui ont chacun élaboré puis réalisé un projet de santé publique à destination d'un public concerné par chacune des structures : enfants, adolescents, étudiants, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap (ANNEXE 1). Chaque groupe mixte a contacté ces structures pour recueillir les besoins des publics accueillis, puis ont réfléchi avec les responsables des structures au type d'action la plus appropriée : durée, techniques d'animation, supports. Dans un second temps, les étudiants se sont répartis les tâches à effectuer, toujours en groupes mixtes, ont réalisé et évalué l'action.

Ils ont répondu de manière anonyme à un Q-sort (Stephenson, 1935) à deux reprises, avant leur première rencontre (temps 1) et après avoir finalisé ensemble les projets de santé publique (temps 2). Le principe de cet outil consiste à proposer aux étudiants le classement d'une série de propositions relatives à l'ensemble des compétences requises pour exercer la profession d'infirmier ou d'animateur socioculturel. La distribution des choix s'effectue selon une échelle de classement imposée ; celle-ci permet de ranger les propositions de la plus forte

---

<sup>2</sup> Unité d'enseignement 5.7.S5 « unité optionnelle » pour les ESI et unité d'enseignement 3 « problématique d'intervention sociale et méthodes d'investigation » pour les ASSC.

adhésion (« très important ») au plus fort rejet (« pas important »). L'utilisation de cet outil a permis de proposer des items en lien avec tous les aspects des deux professions interrogées, et oblige de plus la personne interrogée à les hiérarchiser. La technique du Q-sort permet non seulement d'interroger l'ensemble des compétences développées dans deux programmes d'études (et donc requises pour exercer la profession d'infirmier ou d'animateur socioculturel), mais oblige également les personnes interrogées à hiérarchiser les items. L'analyse des données permet donc d'observer les distorsions entre les représentations idéales (toutes les compétences développées durant les études devraient théoriquement être importantes) et les conceptions pratiquées (De Peretti, Boniface & Legrand, 1998).

Deux Q-sort ont été construits à partir des compétences développées dans le programme scolaire respectif des ESI et des étudiants ASSC et comprenaient chacun 20 items. Les ESI ont ainsi donné leur vision de la profession d'animateur socioculturel (ANNEXE 2), les étudiants ASSC ont donné leur vision du métier d'infirmier (ANNEXE 3).

Le panel de témoins a renseigné une seule fois les deux Q-sort, également de manière anonyme, avec les mêmes consignes que celles données aux étudiants.

#### **4. RESULTATS**

L'analyse des résultats a été effectuée en trois temps. Tout d'abord, nous avons réalisé une analyse comparative des réponses données par le groupe témoin au temps 1 de l'enquête et celles des deux groupes d'étudiants, en mettant en évidence les éléments centraux de la représentation de chacun des groupes, à l'aide du calcul du Dmax de Kolmogorov-Smirnov (Kanji, 1999). Ce test de comparaison de distribution permet de déterminer le seuil de centralité en fonction de la taille de l'échantillon<sup>3</sup>. Ainsi, cette méthode de mise en évidence

---

<sup>3</sup> Selon la formule suivante :  $D_{max} = 1 - (1.36/\sqrt{n}) \times 100$

du noyau central de la représentation sociale, utilisée notamment dans les travaux de Vidaller, (2006) nous a semblé judicieuse dans la mesure où la taille de l'échantillon d'ESI (129 personnes) était nettement supérieure à celle des deux autres groupes (41 personnes). Nous avons créé pour chaque item une catégorie « forte adhésion » (où nous avons additionné le nombre de personnes qui avaient classé l'item dans la catégorie « très important » et « important » du Q-sort), une catégorie « adhésion moyenne » (où nous avons répertorié le nombre de personnes qui avaient classé l'item dans la catégorie « moyennement important » du Q-sort) et une catégorie « faible adhésion » (où nous avons additionné le nombre de personnes qui avaient classé l'item dans les catégories « peu important » ou « pas important » du Q-sort). Cette méthode nous permet de garder un effectif constant pour chaque item.

Nous avons ensuite mesuré, pour les deux groupes d'étudiants (ESI et ASSC) l'évolution des représentations qu'ils avaient du métier d'infirmier ou d'animateur socioculturel, en comparant les résultats de chaque item entre le temps un et le temps deux.

Enfin, nous avons recherché les éléments de représentation issus du noyau central et du système périphérique ayant évolué de manière significative pour les deux groupes d'étudiants entre les temps 1 et 2 grâce au test du khi-deux. Nous avons gardé les effectifs des trois catégories (« faible adhésion », « adhésion moyenne » et forte adhésion) utilisées pour calculer le taux de centralité de chaque item à partir des réponses de chaque Q-sort. Les effectifs au temps 1 ont été utilisés comme effectifs de référence.

#### *4.1.Représentation du métier d'animateur socioculturel*

La représentation du métier d'animateur socioculturel recueillie grâce au panel de témoins (ANNEXE 4) ne peut être qualifiée de représentation sociale. En effet, aucun item

n'a été classé suffisamment de fois dans une des trois catégories (« faible adhésion », « adhésion moyenne » ou « forte adhésion ») pour voir émerger un élément central. Les avis des personnes interrogées sont très divergents, les représentations sont individuelles et peu partagées.

Il en est de même pour la représentation du métier d'animateur socioculturel que se font les ESI au temps un de l'enquête (ANNEXE 5) : il n'y a pas de noyau central. On remarque cependant que les avis sont un peu moins disparates que pour le panel de témoins concernant certains items. Ainsi l'item « *identifier le public-cible* » (item 3 de la compétence 1) est notamment doté d'une forte adhésion pour 105 personnes, tandis que les items, « *se positionner en tant que médiateur dans le projet* » (item 5 de la compétence 3) et « *maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action* » (item 4 de la compétence 4) sont jugés avec une faible adhésion pour respectivement 93 et 105 personnes. Beaucoup d'étudiants ont eu l'occasion de rencontrer des animateurs socioculturels lors de leurs stages, et de ce fait en ont certainement une vision un peu plus partagée que les personnes tout-venants.

On remarque cependant qu'un item est jugé avec une forte adhésion par au moins la moitié de notre échantillon (soient 20 personnes pour les témoins et 65 personnes pour les ESI) : « *choisir les techniques d'animation les plus pertinentes pour le public, en fonction de la problématique d'intervention* » (cité par 27 témoins et 69 ESI). Cet item renvoie au rôle de technicien de l'animateur, à sa capacité à construire et à animer une activité.

De plus, trois items sont jugés avec une faible adhésion par au moins la moitié de notre échantillon : « *évaluer le projet à l'aide d'outils méthodologiques (entretiens, questionnaires ...)* » (cité par 22 témoins et 65 ESI), « *se positionner en tant que médiateur dans le projet* » (cité par 25 témoins et 93 ESI) et « *maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action* » (cité par 25 témoins et 105 ESI). Ces items renvoient



d'avantage aux compétences méthodologiques, pédagogiques et relationnelles de l'animateur socioculturel, qui de ce fait sont mises en retrait, par rapport à la construction et à la réalisation de l'activité d'animation. La fonction première de l'animateur mise en évidence est surtout occupationnelle, centrée sur le « *faire* ».

Au temps deux de l'enquête (ANNEXE 5), un item permet de faire émerger un noyau central dans la représentation que les ESI se font de la profession d'animateur socioculturel (score de 114 pour une « forte adhésion » sur les 113 requis pour faire partie du noyau central). Il s'agit de l'item 3 de la compétence 1 : « *Identifier les besoins du public-cible* ». Une représentation sociale du métier d'animateur socioculturel émerge donc chez les ESI grâce au travail mené en interdisciplinarité avec les étudiants en licence professionnelle ASSC.

*Insérer ici le tableau II*

Le test du chi-deux permet de mesurer plus finement les éléments relatifs au noyau central et au système périphérique de la représentation qui ont évolué de manière significative. Nous remarquons qu'un item relatif au rôle purement « technique » de l'animateur bénéficie d'une adhésion moins forte au temps 2 de l'enquête : « *définir et mobiliser les ressources* » ( $p < .01$ ). En revanche, 3 items en lien avec le rôle pédagogique de l'animateur bénéficient d'une plus forte adhésion : « *identifier les besoins du public-cible* » ( $p < .01$ ), « *maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action* » ( $p < .01$ ), « *concevoir des démarches d'éducation à la santé pour un public-cible* » ( $p < .01$ ). De plus, certains items relatifs au rôle de coordinateur de l'animateur bénéficient également d'une plus forte adhésion : « *évaluer le projet à l'aide d'outils méthodologiques* » ( $p < .01$ ), « *définir les axes du projet* » ( $p = .02$ ), « *se positionner en tant que médiateur dans le projet* » ( $p < .01$ ). Il faut toutefois souligner que 4 items en lien avec ce rôle de coordination obtiennent cependant une plus faible adhésion de manière significative : « *coordonner une équipe bénévole et/ou professionnelle au sein du projet d'animation* » ( $p < .01$ ), « *mobiliser les partenaires et les publics* » ( $p < .01$ ), « *accompagner, être l'interface entre les différents acteurs impliqués* » ( $p < .01$ ), « *construire l'ingénierie financière* » ( $p < .01$ ). Cela s'explique par le fait que les responsables de formation, compte tenu des contraintes de calendrier des deux groupes d'étudiants impliqués dans le projet, se sont chargés de certaines étapes du projet, notamment de contacter les structures partenaires, de mobiliser les professionnels de terrain au début de l'action. En ce qui concerne l'aspect financier, il a été pris en charge par les instituts de formation.

#### 4.2.Représentation du métier d'infirmier

La représentation du métier d'infirmier recueillie grâce au panel de témoins (ANNEXE 4) présente un noyau central, il s'agit donc d'une représentation que l'on peut

qualifier de sociale. Ainsi, l'item « *administrer les traitements prescrits par le médecin* » (item 2 de la compétence 4) obtient une forte adhésion pour 33 personnes, tandis que les items « *réaliser des actions de promotion de la santé pour un public cible* » (item 2 de la compétence 5) et « *rédigier et publier des articles scientifiques dans des revues professionnelles infirmières* » (item 2 de la compétence 8) obtiennent au contraire une faible adhésion pour respectivement 32 et 39 personnes.

Pour les étudiants en licence professionnelle intervention sociale, 2 items font partie de noyau central de la représentation qu'ils se font du métier d'infirmier (ANNEXE 6): « *participer à des travaux de recherche scientifiques en équipe pluri disciplinaire* » (item 1 de la compétence 8 et « *rédigier et publier des articles scientifiques dans des revues professionnelles infirmières* » (item 2 de la compétence 8). Ces 2 items obtiennent une faible adhésion pour respectivement 37 et 39 personnes.

Nous remarquons également que certains items issus du système périphérique sont néanmoins partagés par au moins la moitié de notre échantillon (soient 20 témoins et 20 étudiants en licence professionnelle intervention sociale). Ceux qui bénéficient de la plus forte adhésion sont ceux liés au rôle technique de l'infirmier : « *mesurer les paramètres vitaux des patients* » (cité par 25 témoins et 29 étudiants), « *mettre en œuvre des mesures spécifiques quand une situation d'urgence est repérée* » (cité par 25 témoins et 21 étudiants), « *effectuer des prélèvements biologiques (prises de sang, recueil d'urines...) pour aider le médecin à établir un diagnostic* » (cité par 29 témoins et 28 étudiants), « *administrer les traitements prescrits par le médecin* » cité par 29 étudiants et faisant partie du noyau central chez les témoins), « *réaliser des transmissions orales et écrites de sa matinée de travail à l'équipe d'après-midi* » (cité par 25 témoins et 26 étudiants). Hormis le dernier item cité, il s'agit là d'items qui renvoient surtout à une vision d'auxiliaire médical, dont les tâches les plus importantes consistent à mettre en œuvre des soins prescrits par le médecin.

Deux items obtiennent, à contrario, une faible adhésion par au moins la moitié de notre échantillon : « *réaliser des actions de promotion de la santé pour un public cible* » (faisant partie du noyau central pour les témoins et cité par 30 étudiants) et « *effectuer des enquêtes (audits cliniques par exemple) pour évaluer les pratiques infirmières dans les services de soins* » (cité par 26 témoins et 27 étudiants). Ces items renvoient au rôle propre de l'infirmier et à sa capacité d'analyse.

Au temps 2 de l'enquête (ANNEXE 6), le calcul du taux de centralité montre qu'un troisième item rejoint le noyau central de la représentation sociale que les étudiants en licence professionnelle intervention sociale se font du métier d'infirmier : « *effectuer des enquêtes (audits cliniques par exemple) pour évaluer les pratiques infirmières dans les services de soins* » (item 2 de la compétence 7). Cela vient renforcer l'image d'un professionnel de la santé peu concerné par l'activité de recherche inhérente à son métier et peu impliqué directement dans l'amélioration de ses pratiques professionnelles. La représentation du métier d'infirmier, a subi une transformation grâce au travail mené en interdisciplinarité avec les ESI : le noyau central s'est étoffé d'un nouvel élément.

*Insérer ici le tableau III*

Le test du chi-deux permet de mesurer plus finement les éléments relatifs au noyau central et au système périphérique de la représentation qui ont évolué de manière significative. 2 items relatifs au rôle de technicien médical de l'infirmier obtiennent de manière significative une moins forte adhésion au temps 2 de l'enquête : « *mesurer les paramètres vitaux* » ( $p=.02$ ), « *effectuer des prélèvements biologiques (prises de sang, recueil d'urines...)* pour aider le médecin à établir un diagnostic » ( $p<.01$ ), alors qu'un item relevant du rôle propre de l'infirmier obtient une plus forte adhésion au temps 2 de l'enquête « *aider le patient à effectuer ses soins d'hygiène* » ( $p=.02$ ). De même, les items relevant de la compétence 5 « *initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* » obtiennent une plus forte adhésion ( $.02$  pour l'item « *éduquer un patient atteint d'une pathologie chronique* » et  $<.01$  pour l'item « *réaliser des actions de promotion de la santé pour un public cible* »). Enfin, le rôle de superviseur de l'infirmier face aux soins de nursing réalisés par l'aide-soignant est davantage mis en exergue ( $p=.02$ ).

Cependant, 3 items relatifs au rôle propre de l'infirmier sont jugés moins importants au temps 2 de l'enquête de manière significative : « *communiquer de manière verbale et non verbale avec les patients* » ( $p=.01$ ), « *identifier les besoins spécifiques de communication des patients et de leur entourage en situation de détresse* » ( $p<.01$ ), « *participer à des réunions en équipe pluri disciplinaire pour analyser des situations de patients posant un problème éthique* » ( $p<.01$ ). Les étudiants qui ont répondu au Q-sort se sont peut-être focalisés sur le terme « patient », qui renvoie davantage aux personnes nécessitant des soins curatifs, et de fait

ne sont pas parvenus à réinterpréter ces items en faisant le lien avec les publics ciblés par les différentes actions de prévention réalisées.

## 5. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de mesurer l'évolution des représentations du métier de l'autre que possèdent de futurs animateurs socioculturels et infirmiers, grâce à un travail mené en interdisciplinarité auprès de six publics-cibles, concernant des actions de prévention à la santé.

Notre hypothèse générale stipulait que les représentations initiales des étudiants étaient similaires à celles des sujets tout-venants, et mettaient surtout en évidence le rôle de « technicien » de l'animateur socioculturel et le rôle d'« assistant médical » de l'infirmier. Elle n'est que partiellement vérifiée. En effet, concernant la profession d'animateur socioculturel, on constate que les ESI ont une vision moins disparate que les sujets tout-venants, même s'il n'existe pas de représentation sociale à proprement parler. Lors de leurs stages, les ESI ont été amenés à rencontrer, même brièvement, des professionnels de l'intervention sociale. Ainsi, nous pouvons supposer que cette expérience, cette pratique, au regard des travaux de Fraïssé (1999), a conduit à structurer partiellement leurs représentations. Cependant, les items cités par au moins la moitié de notre échantillon reflètent des représentations individuelles centrées sur le rôle de technicien de l'animation, plus que sur les dimensions organisationnelles ou pédagogiques de la fonction d'animateur socioculturel. De même, concernant la profession d'infirmier, notre hypothèse se trouve partiellement vérifiée. La représentation sociale du panel de témoins et celle des étudiants ASSC ne sont pas complètement identiques, les noyaux centraux des deux groupes de personnes ne contiennent qu'un item commun. Cependant, là encore, nous remarquons que les

items cités par au moins la moitié de notre échantillon plébiscitent surtout le rôle sur prescription de l'infirmier.

En outre, les résultats indiquent que le niveau de construction de la représentation des deux professions n'était pas identique au début de l'enquête. En effet, la représentation que les ESI avaient de l'animateur socioculturel au temps 1 de l'enquête, ainsi que celle de notre panel de témoins ne possédait aucun élément présent dans le noyau central et ne pouvait donc être qualifiée de représentation sociale. Cette profession est peu médiatisée, et très polymorphe : sont appelés animateurs des personnes exerçant dans des lieux très divers, et dont le niveau de qualification va du brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur (BAFA) au master. A contrario, la représentation que les étudiants en licence professionnelle mention intervention sociale avaient de l'infirmier était par contre en phase de stabilité (Moliner, 2001), avec un noyau central construit. En effet, le métier d'infirmier est plus connu du grand public, et l'image d'une profession intra-hospitalière, en étroite collaboration avec le corps médical, est largement véhiculée dans les médias.

Le travail mené en interdisciplinarité permet par contre de transformer les représentations des deux métiers de manière significative : les noyaux centraux se construisent (la représentation devient sociale) ou s'enrichissent, des éléments périphériques permettent de passer d'une vision de technicien de l'animation ou des soins à une vision plus complexe des deux professions. Ils constituent une interface entre le noyau central et la « réalité quotidienne » appréhendée lors de la réalisation des actions de prévention (Flament, 1987). Ainsi, le métier d'animateur socioculturel est vu comme un travail de médiation qui demande également des compétences pédagogiques, même si certains aspects (notamment organisationnels) ne sont pas mis en exergue. La profession infirmière est constituée d'une dimension préventive et curative, où les soins d'entretien de la vie sont tout autant de la

responsabilité du soignant que ceux relevant du rôle sur prescription médicale. Ainsi, ce travail de recherche confirme que les pratiques professionnelles jouent un rôle déterminant dans la dynamique des représentations (Flament, 2001 ; Guimelli, 1998).

## **6. CONCLUSION**

Cette étude montre l'importance de faire se rencontrer en formation initiale de futurs professionnels des soins et de l'animation, afin de travailler d'ors et déjà ensemble sur des projets de santé publique. Il incombe de ce fait aux responsables des formations initiales de promouvoir auprès des étudiants cette interdisciplinarité en favorisant la co-construction de projets communs. Bien sûr, l'ingénierie de tels projets s'avère chronophage. Cependant, les bénéfices pédagogiques pour les étudiants sont évidents. En effet, cette interdisciplinarité, si elle est bien comprise, permet une meilleure connaissance du travail spécifique de chaque professionnel et une plus grande compréhension des différents modes d'intervention disciplinaire. Elle suscite en conséquence le respect des capacités de chacun et une plus grande possibilité de poursuivre des objectifs communs. Le principal problème tient au fait que, durant leurs études, les futurs professionnels bénéficient d'une formation isolée, spécifique à leur champ de compétences, et n'ont que très peu de contacts avec leurs partenaires de travail issus d'une autre filière : ils méconnaissent leurs programmes de formation respectifs, et de ce fait le champ de compétences de leurs futurs collègues.

En leur permettant de travailler en formation initiale autour de projets interdisciplinaires, les formateurs les accompagnent à développer une manière optimale de collaborer sur le terrain, dans l'intérêt des usagers de soins. En effet, la découverte des pratiques de l'autre lors de mises en situations de travail, qu'elles soient réelles sur le terrain ou réalisées lors d'ateliers de simulation, permettent de susciter des débats professionnels



constructifs pouvant conduire à l'élaboration de compétences nouvelles individuelles et collectives.

Ce travail en interdisciplinarité au cours de leur formation, leur permet également de mieux cerner les diverses problématiques de santé auxquelles peuvent être confrontés les usagers de soin et de mieux en comprendre les différentes dimensions. Ainsi, le problème de l'utilisateur, par une action concertée et complémentaire, est analysé de manière plus large et donne lieu à des solutions alternatives plus diversifiées et plus adaptées. Autrement dit, l'approche interdisciplinaire en cours de formation a pour effet de valoriser l'efficacité de l'expertise croisée des professionnels, pour répondre de manière optimale aux enjeux sociétaux en matière de santé publique, et ce dans l'intérêt des usagers.

#### **Déclaration de liens d'intérêt**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

## Références bibliographiques

Abric, J.-C. (1994a). Les représentations sociales : aspects théoriques. In J.-C. Abric (Dir.), *Pratiques sociales et représentations* (pp.11-35). Paris : PUF.

Abric, J.-C. (1994b). L'organisation interne des représentations sociales : Système central et système périphérique. In C. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 73-84). Lausanne : Delachaux et Niestlé.

Abric, J.-C. (2001). L'approche structurale des représentations sociales : développements récents. *Psychologie et société*, 4(2), 81-103.

Abric, J.-C. (2008). *Psychologie de la communication. Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin, 3<sup>ème</sup> édition.

Ardoino, J., & De Peretti, A. (1998). *Penser l'hétérogène*, Paris : Desclée de Brouwer.

Auzoult, L. Abdellaoui, S., & Lheureux, F. (2012). Représentation de l'autonomie dans le champ de l'orientation scolaire et professionnelle. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 41, 547-570.

Auzoult, L. & Hardy-Massard, S. (2015). Système de pensée associé aux violations de règles d'hygiène auprès d'étudiants en soins infirmiers. *Le Travail Humain*, 78(4), 335-379.

Bacqué, M-H., & Biewener, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte.

Barlet, M, & Marbot, C. (2016). *Portrait des professionnels de santé- édition 2016*. Inventaire réalisé par la DREES (direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>.

Bourgueil, Y., Le Fur, P., Mousquès, J., & Yilmaz, E. (2008). La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. *Questions d'économie de la santé*, 136, 1-8.

Cambois, E. (2004). Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. In ONPES (ed.), *Les Travaux de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale* (p.101-126). Paris : La Documentation française.

Caroly, S. & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience . *Formation Emploi*, 88, 43-55.

Coudray, M-A., & Gay, C. (2009). *Le défi des compétences. Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Paris : Masson.

De Peretti, A., Boniface, J. & Legrand, J-A. (1998). *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation : guide pratique*. Paris : ESF.

Flajolet, A. (2008). *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*. Rapport présenté au Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative.

Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule & J.-M. Monteil (Dir.), *Perspectives cognitives et conduites sociales, Vol. 1* (pp. 143-150). Cousset : DelVal.

Flament, C. (2001). Pratiques sociales et dynamique des représentations. In P. Moliner (Dir.), *La dynamique des représentations sociales* (pp. 43-58). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Fraïssé, C. (1999). *La représentation sociale de la médecine naturelle. Etude des liens entre structure de représentation et pratiques sociales*. Thèse de Doctorat. Université de Provence, Aix-en-Provence.

Guimelli C. (1998). *Chasse et nature en Languedoc. Étude de la dynamique d'une représentation sociale chez les chasseurs languedociens*. Paris : L'Harmattan.

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

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presse universitaire de France.

Hirsch-Vanhoenacker, A-F. (2016). Proximité de soin ou soin de proximité... territoriale ? Le point de vue du clinicien. In E. Glon & B. Pecqueur (Dir.), *Au cœur des territoires créatifs – proximité et ressources territoriales* (pp.119-128). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Kanji, G. (1999). *100 statistical tests*. Londres : Sage Publications.

Lac, M., & Ratinaud, P. (2005). La professionnalisation : approche d'un processus représentationnel. *Journal International sur les Représentations Sociales*, 2, [http://geirso.uqam.ca/jirso/05\\_08.php](http://geirso.uqam.ca/jirso/05_08.php).

Lebon, F. (2013). Les animateurs, entre précarité, militantisme et gestion politique des quartiers. *Pensées plurielles*, 32(1), 61-71.

Mias, C. & Piasser, A. (2016). Les représentations professionnelles. In G. Lo Monaco, Delouée S. et P. Rateau (Eds), *Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications* (pp. 319-322). Louvain-la-neuve : DeBoeck.

Moliner, P. (2001). Formation et stabilisation des représentations sociales. In P. Moliner (Dir.), *La dynamique des représentations sociales* (pp.15-41). Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

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

Parizot, I.(1998). Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires. In J. Lebas & P. Chauvin (Dir.), *Précarité et santé* (pp. 33-43). Paris : Flammarion.

Prost, T., & Rey, S. (2015). *L'état de santé de la population en France*. Rapport coordonné par la DREES (direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), <http://www.drees.sante.gouv.fr/indicateurs-de-suivi-de-l-etat-de-sante-de-la-population,11299.html>

Resweber, J-P. (2011). Les enjeux de l'interdisciplinarité. *Questions de communication*, 19, 171-200.

Stephenson, W. (1935). Technique of factor analysis. *Nature*, 136, 297.

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.

Teissier, S. (2013). *Educatons, santé et précarités. La pédagogie de l'interstice*. Paris : L'Harmattan.

Vidaller, V. (2006). *De la dynamique à la prédiction des représentations sociales : le cas des OGM et du travail* : Thèse de Doctorat en psychologie sociale. Université de Montpellier 3.

Vulbeau, A. (2013). Contrepoint. La crise du concept de crise, *Informations sociales*, 180(6), 71-71.

## ANNEXE 1 : Tableau récapitulatif des 6 projets de santé public réalisés

STRUCTURES	PUBLICS	OBJECTIFS	TECHNIQUES D'INTERVENTION
Centre socioculturel	Enfants de 6 à 12 ans et leurs parents	Sensibiliser les enfants et les parents aux effets des images violentes sur les écrans sur la santé	Théâtre-forum
Centre de formation des apprentis (CFA)	Adolescents apprentis des métiers de bouche	Sensibiliser les apprentis à l'impact de la qualité du sommeil sur la santé	Jeu « night-pong » : questions-réponses alliées à un jeu d'adresse en équipe
Université	Etudiants	Aider les étudiants à gérer leur stress inhérent à leur vie universitaire	Ateliers relaxation, sophrologie, réflexologie, respiration
Foyer d'hébergement pour les travailleurs migrants	Personnes primo arrivantes ou réfugiées politiques	Sensibiliser les personnes du foyer à l'importance du dépistage des principaux cancers (poumon, sein, prostate, colon)	Café-citoyens, avec l'aide d'un interprète et d'affiches imagées
Association militant pour les droits des personnes en situation de handicap moteur	Futurs professionnels de la santé (infirmiers, kinésithérapeutes, aide-soignant) et du social	Informar les futurs professionnels sur les bienfaits du handisport et du sport adapté	Conférence-débat avec le témoignage des membres de l'association et des sportifs pratiquant le sport adapté
Structure d'hébergement pour adolescents en situation de handicap moteur avec parfois des troubles mentaux associés	Adolescents en situation de handicap moteur et/ou mental	Sensibiliser les adolescents à l'hygiène des mains pour éviter la transmission des germes manu portés dans leur lieu de vie	Démonstration puis mise en pratique des gestes à adopter pour se laver les mains, à l'aide d'un caisson à lumière ultra-violette

## ANNEXE 2 : Q-sort concernant la profession d'animateur socioculturel

Le but de ce questionnaire est de mieux comprendre comment vous percevez le travail des professionnels de l'animation socioculturelle. **Les réponses ne seront lues que par les deux chercheurs responsables de l'étude, seul un retour global et anonyme étant prévu au sein de votre institut.**

Vous devez classer les 20 propositions ci-dessous en fonction du degré d'importance que vous pensez qu'elles ont dans le travail quotidien des professionnels de l'animation socioculturelle. Ce travail est individuel. Lorsque vous êtes parvenu(e) à un classement définitif, vous reportez le numéro des propositions dans le tableau de votre feuille de réponses. *Un seul numéro d'item doit apparaître dans chaque case, toutes les cases doivent être remplies, vous ne devez pas ajouter de cases.* Votre choix est donc contraint, mais cette épreuve tend à classer les propositions, non à porter sur elles un jugement dans l'absolu.

### Propositions :

- 1. Favoriser la démarche participative du public
- 2. S'appuyer sur les expériences antérieures pour envisager de nouveaux projets d'animation
- 3. Coordonner une équipe bénévole et/ou professionnelle au sein du projet d'animation
- 4. Construire l'ingénierie financière lors de la mise en œuvre d'un projet (gestion du budget, recherche de subventions, emprunts, analyse de coût...)
- 5. Recueillir les demandes des structures et les attentes du public en matière d'animation
- 6. Analyser les écarts entre les objectifs fixés et les résultats constatés
- 7. Mobiliser les partenaires et les publics pour créer une dynamique en vue de faciliter la mise en œuvre des actions sur le terrain
- 8. Identifier les besoins du public-cible
- 9. Accompagner, être l'interface entre les différents acteurs impliqués
- 10. Définir et mobiliser les ressources matérielles et humaines nécessaires à l'élaboration du projet
- 11. Choisir les techniques d'animation les plus pertinentes pour le public, en fonction de la problématique d'intervention
- 12. Définir les objectifs du projet d'animation
- 13. Maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action
- 14. Communiquer sur le projet avec les partenaires, les financeurs et le public
- 15. Recenser les données sur le territoire (spécificités culturelles, sociales, etc.) et déterminer les axes de l'intervention socioculturelle
- 16. Evaluer le projet à l'aide d'outils méthodologiques (entretiens, questionnaires, etc.)
- 17. Mettre en œuvre des projets visant l'intégration du public et le développement des liens sociaux
- 18. Concevoir des démarches d'éducation à la santé pour un public-cible
- 19. Se positionner en tant que médiateur dans le projet
- 20. Définir les axes du projet



## Grille de réponses

**Très important**

--	--

**Important**

--	--	--	--

**Moyennement important**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Peu important**

--	--	--	--

**Pas important**

--	--

**Code : — / —**

## **Liens entre les items du Q-sort et les quatre compétences développées dans le programme d'études de la licence professionnelle intervention sociale parcours ASSC**

### **Compétence 1 : Analyser stratégiquement une situation professionnelle d'intervention sociale**

- *Item 1* : S'appuyer sur les expériences antérieures pour envisager de nouveaux projets d'animation (proposition 2 du Q-sort)
- *Item 2* : Recueillir les demandes des structures et les attentes du public en matière d'animation (proposition 5 du Q-sort)
- *Item 3* : Identifier les besoins du public-cible (proposition 8 du Q-sort)
- *Item 4* : Définir et mobiliser les ressources matérielles et humaines nécessaires à l'élaboration du projet (proposition 10 du Q-sort)
- *Item 5* : Recenser les données sur le territoire (spécificités culturelles, sociales, etc.) et déterminer les axes de l'intervention socioculturelle (proposition 15 du Q-sort)

### **Compétence 2 : Concevoir et mettre en œuvre un projet d'animation**

- *Item 1* : Construire l'ingénierie financière lors de la mise en œuvre d'un projet (gestion du budget, recherche de subventions, emprunts, analyse de coût...) (proposition 4 du Q-sort)
- *Item 2* : Définir les objectifs du projet d'animation (proposition 12 du Q-sort)
- *Item 3* : Evaluer le projet à l'aide d'outils méthodologiques (entretiens, questionnaires...) (proposition 16 du Q-sort)
- *Item 4* : Mettre en œuvre des projets visant l'intégration du public et le développement des liens sociaux (proposition 17 du Q-sort)
- *Item 5* : Définir les axes du projet (proposition 20 du Q-sort)

### **Compétence 3 : Coordonner la mise en œuvre d'un projet d'action**

- *Item 1* : Coordonner une équipe bénévole et/ou professionnelle au sein du projet d'animation (proposition 3 du Q-sort)
- *Item 2* : Mobiliser les partenaires et les publics pour créer une dynamique en vue de faciliter la mise en œuvre des actions sur le terrain (proposition 7 du Q-sort)
- *Item 3* : Accompagner, être l'interface entre les différents acteurs impliqués (proposition 9 du Q-sort)
- *Item 4* : Communiquer sur le projet avec les partenaires, les financeurs et le public (proposition 14 du Q-sort)
- *Item 5* : Se positionner en tant que médiateur dans le projet (proposition 19 du Q-sort)

### **Compétence 4 : Conduire des démarches pédagogiques dans une perspective socio-éducative**

- *Item 1* : Favoriser la démarche participative du public (proposition 1 du Q-sort)
- *Item 2* : Analyser les écarts entre les objectifs fixés et les résultats constatés (proposition 6 du Q-sort)
- *Item 3* : Choisir les techniques d'animation les plus pertinentes pour le public, en fonction de la problématique d'intervention (proposition 11 du Q-sort)
- *Item 4* : Maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action (proposition 18 du Q-sort)
- *Item 5* : Concevoir des démarches d'éducation à la santé pour un public-cible (proposition 2 du Q-sort)

### ANNEXE 3 : Q sort concernant la profession d'infirmier

Le but de ce questionnaire est de mieux comprendre comment vous percevez le travail des infirmier(e)s. **Les réponses ne seront lues que par les deux chercheurs responsables de l'étude, seul un retour global et anonyme étant prévu au sein de votre institut.**

Vous devez classer les 20 propositions ci-dessous en fonction du degré d'importance que vous pensez qu'elles ont dans le travail quotidien des infirmier(e)s. Ce travail est individuel. Lorsque vous êtes parvenu(e) à un classement définitif, vous portez le numéro des propositions dans le tableau de votre feuille de réponses. *Un seul numéro d'item doit apparaître dans chaque case, toutes les cases doivent être remplies, vous ne devez pas ajouter de cases.* Votre choix est donc contraint, mais cette épreuve tend à classer les propositions, non à porter sur elles un jugement dans l'absolu.

#### Propositions :

1. Aider le patient à effectuer ses soins d'hygiène
2. Eduquer un patient atteint d'une pathologie chronique pour mieux gérer les soins quotidiens
3. Superviser les soins réalisés par les aide-soignant(e)s
4. Effectuer des prélèvements biologiques (prises de sang, recueil d'urines...) pour aider le médecin à établir un diagnostic
5. Réaliser des transmissions orales et écrites de sa matinée de travail à l'équipe d'après-midi
6. Mesurer les paramètres vitaux des patients (tension artérielle, pouls, température...) à leur admission à l'hôpital
7. Participer à des réunions pour analyser des situations de patients posant un problème éthique (par exemple, une demande d'arrêt des soins pour une personne en fin de vie)
8. Organiser sa journée de travail en tenant compte de l'état de santé du patient et des imprévus
9. Participer à des travaux de recherche scientifiques
10. Questionner le patient pour connaître ses habitudes de vie
11. Communiquer de manière verbale et non verbale avec les patients, en tenant compte des altérations éventuelles (démences, aphasies, ...)
12. Travailler en collaboration avec d'autres professionnels (kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales...)
13. Mettre en œuvre des mesures spécifiques quand une situation d'urgence est repérée
14. Réaliser des actions de promotion de la santé pour un public cible
15. Effectuer des enquêtes (audits cliniques par exemple) pour évaluer les pratiques infirmières dans les services de soins
16. Identifier les besoins spécifiques de communication des patients et de leur entourage en situation de détresse (fin de vie, deuil, agressivité, refus de soins...)
17. Administrer les traitements prescrits par le médecin
18. Encadrer les étudiants infirmiers pendant leur stage dans le service
19. Installer le patient confortablement dans son lit
20. Rédiger et publier des articles scientifiques dans des revues professionnelles infirmières

## Grille de réponse

**Très important**

--	--

**Important**

--	--	--	--

**Moyennement important**

--	--	--	--	--	--	--	--

**Peu important**

--	--	--	--

**Pas important**

--	--

**Code : — / —**

## **Liens entre les items du Q-sort et les dix compétences développées dans le programme d'études des ESI**

### **Compétence 1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier**

- *Item 1* : Mesurer les paramètres vitaux des patients (tension artérielle, pouls, température...) (proposition 6 du Q-sort)
- *Item 2* : Questionner le patient pour connaître ses habitudes de vie (proposition 10 du Q-sort)

### **Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmier**

- *Item 1* : Organiser sa journée de travail en tenant compte de l'état de santé du patient et des imprévus (proposition 8 du Q-sort)
- *Item 2* : Mettre en œuvre des mesures spécifiques quand une situation d'urgence est repérée (proposition 13 du Q-sort)

### **Compétence 3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens**

- *Item 1* : Aider le patient à effectuer ses soins d'hygiène (proposition 1 du Q-sort)
- *Item 2* : Installer le patient confortablement dans son lit (proposition 19 du Q-sort)

### **Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique**

- *Item 1* : Effectuer des prélèvements biologiques (prises de sang, recueil d'urines...) pour aider le médecin à établir un diagnostic (proposition 4 du Q-sort)
- *Item 2* : Administrer les traitements prescrits par le médecin (proposition 17 du Q-sort)

### **Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs**

- *Item 1* : Eduquer un patient atteint d'une pathologie chronique pour mieux gérer soins quotidiens (proposition 2 du Q-sort)
- *Item 2* : Réaliser des actions de promotion de la santé pour un public-cible (proposition 14 du Q-sort)

### **Compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins**

- *Item 1* : Communiquer de manière verbale et non verbale avec les patients, en tenant compte des altérations éventuelles (démences, aphasies, ...) (proposition 11 du Q-sort)
- *Item 2* : Identifier les besoins spécifiques de communication des patients et de leur entourage en situation de détresse (fin de vie, deuil, agressivité, refus de soins...) (proposition 16 du Q-sort)

### **Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle**

- *Item 1* : Participer à des réunions en équipe pluri disciplinaire pour analyser des situations de patients posant un problème éthique (par exemple, une demande d'arrêt des soins pour une personne en fin de vie) (proposition 7 du Q-sort)
- *Item 2* : Effectuer des enquêtes (audits cliniques par exemple) pour évaluer les pratiques infirmières dans les services de soins (proposition 15 du Q-sort)

### **Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques**

- *Item 1* : Participer à des travaux de recherche scientifiques en équipe pluri disciplinaire (proposition 9 du Q-sort)
- *Item 2* : Rédiger et publier des articles scientifiques dans des revues professionnelles infirmières (proposition 20 du Q-sort)

### **Compétence 9 : Organiser et coordonner des interventions soignantes**

- *Item 1* : Réaliser des transmissions orales et écrites de sa matinée de travail à l'équipe d'après-midi (proposition 5 du Q-sort)
- *Item 2* : Travailler en collaboration avec d'autres professionnels (kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales...) (proposition 12 du Q-sort)

### **Compétence 10 : Informer et former des professionnels et des personnes en formation**

- *Item 1* : Superviser les soins réalisés par les aide-soignant(e)s (proposition 3 du Q-sort)
- *Item 2* : Encadrer les étudiants infirmiers pendant leur stage dans le service (proposition 18 du Q-sort)

## ANNEXE 4 : Taux de centralité des différents items des représentations des métiers d'ASS et d'IDE pour le panel de témoins

41 témoins ont été interrogés. Le Dmax de Kolmogorov-Smirnov est de  $(1-(1,36/\sqrt{n}))*100 = 78,74\%$ . Le seuil à partir duquel un item est considéré comme faisant partie du noyau central de la représentation est donc de 78,74% de 41 c'est à dire : 32 en arrondissant (les éléments faisant partie du noyau central apparaissent en grisé dans le tableau)

Métier d'ASS	Faible adhésion	Adhésion moyenne	Forte adhésion
<b>ITEMS</b>			
S'appuyer sur les expériences antérieures pour envisager de nouveaux projets d'animation	12	17	12
Recueillir les demandes des structures et les attentes du public en matière d'animation	11	15	15
Identifier les besoins du public-cible	6	17	18
Définir et mobiliser les ressources matérielles et humaines nécessaires à l'élaboration du projet	5	20	16
Recenser les données sur le territoire (spécificités culturelles, sociales, ...) et déterminer les axes de l'intervention socioculturelle	20	17	4
Construire l'ingénierie financière lors de la mise en œuvre d'un projet (gestion du budget, recherche de subventions, emprunts, analyse de coût...)	14	17	10
Définir les objectifs du projet d'animation	6	19	16
Evaluer le projet à l'aide d'outils méthodologiques (entretiens, questionnaires ...)	22	14	5
Mettre en œuvre des projets visant l'intégration du public et le développement des liens sociaux	12	12	17
Définir les axes du projet	11	20	10
Coordonner une équipe bénévole et/ou professionnelle au sein du projet d'animation	7	16	18
Mobiliser les partenaires et les publics pour créer une dynamique en vue de faciliter la mise en œuvre des actions sur le terrain	6	19	16
Accompagner, être l'interface entre les différents acteurs impliqués	10	18	13
Communiquer sur le projet avec les partenaires, les financeurs et le public	20	18	3
Se positionner en tant que médiateur dans le projet	17	17	7
Favoriser la démarche participative du public	12	14	15
Analyser les écarts entre les objectifs fixés et les résultats constatés	11	22	8
Choisir les techniques d'animation les plus pertinentes pour le public, en fonction de la problématique d'intervention	4	10	27
Maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action	25	10	6
Concevoir des démarches d'éducation à la santé pour un public-cible	15	16	10

<b>Métier d'infirmier</b>	<b>Faible adhésion</b>	<b>Adhésion moyenne</b>	<b>Forte adhésion</b>
<b>ITEMS</b>			
Mesurer les paramètres vitaux des patients (tension artérielle, pouls, température...)	3	13	25
Interroger le patient lors de son admission pour connaître ses habitudes de vie	24	9	8
Organiser sa journée de travail en tenant compte de l'état de santé du patient et des imprévus	24	7	10
Mettre en œuvre des mesures spécifiques quand une situation d'urgence est repérée	3	13	25
Aider le patient à effectuer ses soins d'hygiène	12	18	13
Installer le patient confortablement dans son lit	18	22	1
Effectuer des prélèvements biologiques (prises de sang, recueil d'urines...) pour aider le médecin à établir un diagnostic	4	8	29
Administrer les traitements prescrits par le médecin	0	8	33
Eduquer un patient atteint d'une pathologie chronique pour mieux gérer soins quotidiens	8	16	19
Réaliser des actions de promotion de la santé pour un public cible	32	5	4
Communiquer de manière verbale et non verbale avec les patients, en tenant compte des altérations éventuelles (démences, aphasies, ...)	6	23	12
Identifier les besoins spécifiques de communication des patients et de leur entourage en situation de détresse (fin de vie, deuil, agressivité, refus de soins...)	4	22	15
Participer à des réunions en équipe pluri disciplinaire pour analyser des situations de patients posant un problème éthique (par exemple, une demande d'arrêt des soins pour une personne en fin de vie)	10	22	9
Effectuer des enquêtes (audits cliniques par exemple) pour évaluer les pratiques infirmières dans les services de soins	26	14	1
Participer à des travaux de recherche scientifiques en équipe pluri disciplinaire	28	11	2
Rédiger et publier des articles scientifiques dans des revues professionnelles infirmières	39	2	0
Réaliser des transmissions orales et écrites de sa matinée de travail à l'équipe d'après-midi	2	20	25
Travailler en collaboration avec d'autres professionnels (kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales...)	8	30	3
Superviser les soins réalisés par les aide-soignant(e)s	12	18	11
Encadrer les étudiants infirmiers pendant leur stage dans le service	12	21	8



## ANNEXE 5 : Taux de centralité des différents items de la représentation du métier d'ASS aux temps 1 et 2 pour les ESI

129 étudiants en soins infirmiers ont été interrogés. Le Dmax de Kolmogorov-Smirnov est de  $(1-(1,36/\sqrt{n}))*100 = 88.03\%$ . Le seuil à partir duquel un item est considéré comme faisant partie du noyau central de la représentation est donc de 88.03% de 129 c'est à dire : 113 en arrondissant (les éléments se rapprochant du noyau central apparaissent en rose et l'élément faisant partie du noyau central apparait en grisé dans le tableau).

ITEMS	Faible adhésion		Adhésion moyenne		Forte adhésion	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
S'appuyer sur les expériences antérieures pour envisager de nouveaux projets d'animation	45	47	52	51	32	31
Recueillir les demandes des structures et les attentes du public en matière d'animation	18	21	52	56	59	52
Identifier les besoins du public-cible	2	5	22	10	105	114
Définir et mobiliser les ressources matérielles et humaines nécessaires à l'élaboration du projet	13	29	80	64	36	36
Recenser les données sur le territoire (spécificités culturelles, sociales, ...) et déterminer les axes de l'intervention socioculturelle	69	61	42	43	18	25
Construire l'ingénierie financière lors de la mise en œuvre d'un projet (gestion du budget, recherche de subventions, emprunts, analyse de coût...)	28	43	57	57	44	29
Définir les objectifs du projet d'animation	9	6	50	40	70	83
Evaluer le projet à l'aide d'outils méthodologiques (entretiens, questionnaires ...)	65	47	53	62	11	20
Mettre en œuvre des projets visant l'intégration du public et le développement des liens sociaux	18	26	54	54	57	49
Définir les axes du projet	29	17	62	63	38	49
Coordonner une équipe bénévole et/ou professionnelle au sein du projet d'animation	33	26	44	72	52	31
Mobiliser les partenaires et les publics pour créer une dynamique en vue de faciliter la mise en œuvre des actions sur le terrain	16	29	78	69	35	31
Accompagner, être l'interface entre les différents acteurs impliqués	51	68	56	44	22	17
Communiquer sur le projet avec les partenaires, les financeurs et le public	45	49	68	69	16	11
Se positionner en tant que médiateur dans le projet	93	80	31	36	5	13
Favoriser la démarche participative du public	27	25	58	65	44	39
Analyser les écarts entre les objectifs fixés et les résultats constatés	51	54	51	51	27	24
Choisir les techniques d'animation les plus pertinentes pour le public, en fonction de la problématique d'intervention	14	17	46	55	69	57
Maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action	105	92	20	23	4	14
Concevoir des démarches d'éducation à la santé pour un public-cible	43	31	56	52	30	46

## ANNEXE 6 : Taux de centralité des différents items de la représentation du métier d'IDE aux temps 1 et 2 pour les étudiants ASSC

41 étudiants en licence professionnelle insertion sociale ont été interrogés. Le Dmax de Kolmogorov-Smirnov est de  $(1 - (1,36/\sqrt{n})) * 100 = 78,74\%$ . Le seuil à partir duquel un item est considéré comme faisant partie du noyau central de ma représentation est donc de 78,74% de 41 c'est à dire : **32** en arrondissant (les éléments faisant partie du noyau central apparaissent en grisé dans le tableau)

ITEMS	Faible adhésion		Adhésion moyenne		Forte adhésion	
	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2	Temps 1	Temps 2
Mesurer les paramètres vitaux des patients (tension artérielle, pouls, température...)	2	1	10	18	29	22
Interroger le patient lors de son admission pour connaître ses habitudes de vie	9	7	22	26	10	8
Organiser sa journée de travail en tenant compte de l'état de santé du patient et des imprévus	3	3	22	22	16	16
Mettre en œuvre des mesures spécifiques quand une situation d'urgence est repérée	2	3	18	21	21	17
Aider le patient à effectuer ses soins d'hygiène	15	8	16	16	10	17
Installer le patient confortablement dans son lit	21	17	16	16	4	8
Effectuer des prélèvements biologiques (prises de sang, recueil d'urines...) pour aider le médecin à établir un diagnostic	2	4	11	18	28	19
Administrer les traitements prescrits par le médecin	2	3	10	12	29	26
Eduquer un patient atteint d'une pathologie chronique pour mieux gérer soins quotidiens	11	3	19	23	11	15
Réaliser des actions de promotion de la santé pour un public cible	30	29	11	7	0	5
Communiquer de manière verbale et non verbale avec les patients, en tenant compte des altérations éventuelles	0	4	31	28	10	9
Identifier les besoins spécifiques de communication des patients et de leur entourage en situation de détresse	3	12	29	18	9	11
Participer à des réunions en équipe pluri disciplinaire pour analyser des situations de patients posant un problème éthique (par exemple, une demande d'arrêt des soins pour une personne en fin de vie)	7	15	28	21	6	5
Effectuer des enquêtes (audits cliniques par exemple) pour évaluer les pratiques infirmières dans les services de soins	27	34	14	7	0	0
Participer à des travaux de recherche scientifiques en équipe pluri disciplinaire	37	34	4	5	0	2
Rédiger et publier des articles scientifiques dans des revues professionnelles infirmières	39	37	2	2	0	2
Réaliser des transmissions orales et écrites de sa matinée de travail à l'équipe d'après-midi	3	1	12	14	26	26
Travailler en collaboration avec d'autres professionnels (kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales...)	7	10	20	21	14	10
Superviser les soins réalisés par les aide-soignant(e)s	17	9	11	16	13	16
Encadrer les étudiants infirmiers pendant leur stage dans le service	8	12	23	18	10	11

## Tableaux à insérer dans le texte

	<b>Méthodologie de projet</b>	<b>Démarche éducative</b>
ETAPE 1	<b>Identification</b> des besoins et demandes du public, faisabilité du projet, partenaires potentiels	<b>Elaboration</b> d'un <b>diagnostic éducatif</b> à partir des besoins des personnes
ETAPE 2	<b>Programmation</b> des objectifs, moyens, stratégies d'actions	<b>Définition</b> d'objectif(s) éducatif(s)
ETAPE 3	Recherche de <b>financement</b> , contractualisation	<b>Programmation</b> des séances d'éducation
ETAPE 4	<b>Mise en œuvre</b> et suivi des activités, <b>communication</b>	<b>Mise en œuvre</b> des actions selon les moyens et méthodes choisies
ETAPE 5	<b>Evaluation</b> des résultats, réajustements	<b>Evaluation</b> des résultats, réajustements

**Tableau I: parallèle entre la méthodologie de projet et la démarche éducative**

Item	$\chi^2$	Seuil
S'appuyer sur les expériences antérieures pour envisager de nouveaux projets d'animation	.07	.93
Recueillir les demandes des structures et les attentes du public en matière d'animation	.82	.44
Identifier les besoins du public-cible	6.16	<.01
Définir et mobiliser les ressources matérielles et humaines nécessaires à l'élaboration du projet	7.87	<.01
Recenser les données sur le territoire (spécificités culturelles, sociales, ...) et déterminer les axes de l'intervention socioculturelle	1.64	.16
Construire l'ingénierie financière lors de la mise en œuvre d'un projet (gestion du budget, recherche de subventions, emprunts, analyse de coût...)	6.25	<.01
Définir les objectifs du projet d'animation	2.82	.07
Evaluer le projet à l'aide d'outils méthodologiques (entretiens, questionnaires ...)	6.20	<.01
Mettre en œuvre des projets visant l'intégration du public et le développement des liens sociaux	2.06	.10
Définir les axes du projet	4.53	.02
Coordonner une équipe bénévole et/ou professionnelle au sein du projet d'animation	12.90	<.01
Mobiliser les partenaires et les publics pour créer une dynamique en vue de faciliter la mise en œuvre des actions sur le terrain	4.55	<.01
Accompagner, être l'interface entre les différents acteurs impliqués	4.51	.01
Communiquer sur le projet avec les partenaires, les financeurs et le public	1.10	.38
Se positionner en tant que médiateur dans le projet	4.91	<.01
Favoriser la démarche participative du public	.78	.46
Analyser les écarts entre les objectifs fixés et les résultats constatés	.26	.77
Choisir les techniques d'animation les plus pertinentes pour le public, en fonction de la problématique d'intervention	2.24	.11
Maîtriser l'utilisation des supports multimédia pour présenter une action	6.62	<.01
Concevoir des démarches d'éducation à la santé pour un public-cible	5.46	<.01

**Tableau II : évolution des réponses des ESI concernant la profession d'animateur socioculturel aux temps 1 et 2 (les données significatives apparaissent en grisé dans le tableau)**

Item	$\chi^2$	seuil
Mesurer les paramètres vitaux des patients (tension artérielle, pouls, température...)	3.58	.01
Interroger le patient lors de son admission pour connaître ses habitudes de vie	.81	.46
Organiser sa journée de travail en tenant compte de l'état de santé du patient et des imprévus	0	1
Mettre en œuvre des mesures spécifiques quand une situation d'urgence est repérée	.85	.41
Aider le patient à effectuer ses soins d'hygiène	3.95	.02
Installer le patient confortablement dans son lit	1.75	.09
Effectuer des prélèvements biologiques (prises de sang, recueil d'urines...) pour aider le médecin à établir un diagnostic	4.08	.01
Administer les traitements prescrits par le médecin	.55	.55
Eduquer un patient atteint d'une pathologie chronique pour mieux gérer soins quotidiens	5.57	.02
Réaliser des actions de promotion de la santé pour un public cible	3.56	<.01
Communiquer de manière verbale et non verbale avec les patients, en tenant compte des altérations éventuelles (démences, aphasies, ...)	1.99	.01
Identifier les besoins spécifiques de communication des patients et de leur entourage en situation de détresse (fin de vie, deuil, agressivité, refus de soins...)	8.17	<.01
Participer à des réunions en équipe pluri disciplinaire pour analyser des situations de patients posant un problème éthique	4	<.01
Effectuer des enquêtes (audits cliniques par exemple) pour évaluer les pratiques infirmières dans les services de soins	3.14	.07
Participer à des travaux de recherche scientifiques en équipe pluri disciplinaire	.56	.47
Rédiger et publier des articles scientifiques dans des revues professionnelles infirmières	.37	.58
Réaliser des transmissions orales et écrites de sa matinée de travail à l'équipe d'après-midi	1.15	.43
Travailler en collaboration avec d'autres professionnels (kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales...)	1.22	.29
Superviser les soins réalisés par les aide-soignant(e)s	3.7	.03
Encadrer les étudiants infirmiers pendant leur stage dans le service	1.46	.20

**Tableau III : évolution des réponses des étudiants en licence professionnelle intervention sociale concernant la profession d'infirmier aux temps 1 et 2 (les données significatives apparaissent en grisé dans le tableau)**