

Nom : SIMONY

PRENOM : Ariel

Date de parution: 13 Février 2008

OBJET D ETUDE :

Effet du positionnement hiérarchique sur les relations humaines au travail : Etude de la relation médecins /infirmières au travers des concepts de représentation et de catégorisation sociale

Superviseur : Professeur E. Sales-Wuillemin
Laboratoire de Psychologie Sociale (EA351)
Université de Paris 8

SOMMAIRE

PRÉAMBULE.....	5
RÉSUMÉ.....	6
INTRODUCTION.....	8
CADRE THÉORIQUE.....	10
1-Approche sociologique des organisations.....	10
Le positionnement social :.....	11
Le positionnement social dans le milieu hospitalier :.....	12
2-Approche psychosociologique des organisations.....	13
La dynamique de groupe :.....	13
Rôles formels et rôles informels :.....	14
Le concept de pouvoir dans les organisations.....	16
3-Approche psychosociologique des relations humaines.....	19
1-Le concept des représentations sociales.....	20
<i>Les fonctions de la représentation sociale.....</i>	<i>21</i>
a)La fonction cognitive :.....	21
b) La fonction fédérative :	23
c) La fonction d'orientation :... ..	23
2-Le concept de catégorisation sociale.....	24
<i>Des biais perceptifs résultant d'une catégorisation sociale.....</i>	<i>24</i>
1-Le biais d'accentuation.....	25
a)Le stéréotype.....	25
2-Le biais de discrimination.....	26
a)Les préjugés.....	26
b) Les comportements discriminatoires... ..	27
Conclusion du cadre : Du concept de société au concept de relation sociale.....	28

PROBLÉMATIQUE.....	28
HYPOTHÈSES.....	31
MÉTHODOLOGIE.....	33
A- La population :	33
B- La tâche :.....	34
C-La procédure :	35
D- Les variables distinguées :.....	36
E- Méthodes utilisées :.....	39
F-Le plan d'expérience :.....	40
G- Méthode de traitement et d'analyse :.....	41
RESULTATS.....	43
A- Biais d'accentuation : effet 1 des variables « profession » et « mot inducteur » sur la représentation sociale des catégories.....	43
1) Effet du mot inducteur sur la représentation sociale des groupes.....	43
2) Effet de l'appartenance catégorielle sur la représentation des groupes.....	44
3) Effet de l'appartenance catégorielle sur les éléments centraux de la représentation.....	46
B- Biais de discrimination.....	47
1-Discrimination évaluative : effet 2 des variables « profession » et « mot inducteur » sur la représentation sociales des catégories.....	47
2-Discrimination au niveau des comportements : effet des variables « profession » et « type de situation » sur la représentation sociale des catégories.....	49
DISCUSSION.....	53
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	62

Préambule

Les relations humaines deviennent un sujet de préoccupation très important, voire fondamental, dans le monde du travail. Le recours aux nouvelles technologies, la mondialisation et les changements sociologiques caractérisent le nouveau monde du travail.

Cet environnement avec ses nouveaux paramètres, constitue un nouveau défi pour les dirigeants d'entreprises et conduit ces derniers à devoir trouver des réponses adaptées à cette problématique.

Les réponses sont plurielles :

Eliminer les temps improductifs, standardiser les process de travail, mettre des pressions pour augmenter la productivité etc.

Hélas, toutes ces nouvelles mesures confrontées à des objectifs économiques ambitieux n'ont pas toujours le meilleur impact sur les relations humaines dans le travail. La réduction du temps de travail conduit parfois à une surcharge mentale des travailleurs. Surcharge qui elle même peut conduire à des dépressions ou autres sortes de pathologies mentales.

Des études¹ montrent que la standardisation des process de travail peut mener à l'aliénation mentale de ceux qui s'y soumettent et la pression des supérieurs hiérarchiques pour augmenter la productivité fait déjà l'objet de nombreux films² et ouvrages³ montrant que les relations de pouvoir qui se jouent dans les organisations peuvent avoir de très mauvaises répercussions sur la santé mentale de ses travailleurs (suicide, harcèlement, troubles du comportement etc...).

Par conséquent, bien être du travailleur et productivité de l'entreprise restent et demeurent les objectifs les plus difficiles à combiner dans le monde du travail.

C'est sur cet objet que notre étude porte. Nous nous interrogeons sur le bien être des travailleurs dans une des organisations les plus marquées par ses transformations : le milieu hospitalier.

En utilisant deux des concepts fondamentaux en psychologie sociale, représentation et catégorisation sociale, nous nous pencherons sur le lien social pouvant s'établir entre médecins et infirmières.

¹ Nous faisons particulièrement références à celles apparaissant dans :
Ferre N. (2002) ; Dejours C. (2000) ; De Bandt J., Dejours C. (1998).

² - Bailliu L. (2006). « Fair play ».
- Godet F. (2006). « Sauf le respect que je vous dois ».
- Rouffio J. (1975). « Sept morts sur ordonnance ».

³ - Gaulejac V. (2004) ; Aubert N., Gaulejac V. (2007). Le coût de l'excellence .Paris : Éd. du Seuil.

Résumé

Cette étude s'interroge sur la relation sociale établie entre deux groupes ayant un statut et pouvoir inégaux : Les médecins et infirmières au sein d'une organisation hospitalière.

Elle utilise comme cadre théorique, 3 approches pour décrire et expliquer, du plus général au plus particulier, la relation pouvant s'instaurer entre médecins et infirmières. Une première approche, dite sociologique, permet de comprendre le principe du positionnement social au sein d'une société comme la nôtre et d'une organisation sociale comme celle du milieu hospitalier. Une seconde, se basant sur les études en psychosociologie des organisations nous explique l'impact psychologique du positionnement dans les organisations et ce particulièrement dans le milieu hospitalier. La troisième, approche de la psychologie sociale, vient nous démontrer les conséquences de ce positionnement sur les groupes sociaux et individus qui les composent. Elle défend, l'existence d'un biais d'assimilation conduisant à des stéréotypes et préjugés sociaux entre individus appartenant à des catégories distinctes, mais aussi, la manifestation d'un biais de discrimination conditionnée par la différence de pouvoir et de statut présents entre les groupes.

C'est sur la base de ces approches que nous formulons nos hypothèses. Nous soutenons que le groupe des médecins et le groupe des infirmières, appartenant à des catégories socioprofessionnelles que nous distinguons par leur statut et pouvoir, auront des stéréotypes et des préjugés sociaux (hypothèse 1), que la représentation sociale qu'ils ont des catégories sera marquée par une asymétrie des positions hiérarchiques (hypothèse 2) et que cette asymétrie conduira à une discrimination aussi bien évaluative (hypothèse 3) que conative (hypothèse 4).

Nos données seront recueillies dans un questionnaire à partir de la méthode d'association verbale et de la méthode des planches inductrices. La première méthode nous servira à recueillir et analyser les représentations de l'endogroupe et de l'exogroupe en demandant aux sujets, les noms, verbes et adjectifs, qu'ils associent aux médecins et aux infirmières. La seconde méthode sera utilisée pour tester l'hypothèse d'une discrimination effective entre les groupes. Trente médecins et trente infirmières parmi 8 hôpitaux ont été sollicités pour participer à cette étude.

Les résultats, issus de la première méthode, confirmeront l'existence, de stéréotypes associés à la catégorie « médecins » et à la catégorie « infirmières », de préjugés à l'égard

de la catégorie « médecins » et d'une discrimination évaluative à l'égard de la catégorie « infirmières ». Ceux issus de la seconde, permettront de valider l'hypothèse d'une discrimination au niveau des comportements de la catégorie « médecins ».

Cette étude permet finalement de réfléchir sur la portée du positionnement social entre les individus. Elle nous invite à développer les recherches et proposer des actions visant à minimiser les inégalités sociales pouvant être perçues ou constatées dans le monde du travail.

Introduction

Dans le milieu hospitalier, terrain choisi pour notre étude, la loi du 31 juillet 1991 et l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique, ont apporté des modifications importantes à l'organisation hospitalière.

Tous les rapports récents⁴ démontrent que le secteur hospitalier serait devenu un centre d'enjeux contradictoires : d'un côté, il est un des leviers essentiels de la santé des français, de l'autre, il constitue des sources de tensions pour le personnel qui y travaille (grèves du personnel, besoins criants d'investissement, règles de fonctionnement inappropriées...)

Cette recherche d'équilibre entre l'évolution des organisations hospitalières et les besoins manifestés par le personnel touche particulièrement les médecins et les infirmières. Ces deux groupes professionnels, étant en relation directe avec les patients, ont pour responsabilité la santé et donc la vie des personnes qu'ils accueillent. Pour faire face à cette responsabilité, infirmières et médecins doivent travailler ensemble. Ils doivent compter sur leurs compétences mutuelles, leurs sens de la responsabilité partagée, leurs esprits de confiance les uns envers les autres et le respect mutuel qui doit en découler. Activité médicale du médecin et activité soignante de l'infirmière doivent s'articuler pour ne former qu'une seule activité, l'activité hospitalière.

Cependant, la réglementation⁵ de l'activité hospitalière stipule que les médecins et les infirmières collaborent pour pouvoir répondre aux besoins du patient mais que ce sont les médecins qui décident du traitement à donner aux malades.

Autre élément, au niveau de l'organigramme du milieu hospitalier, il n'existe pas de relation hiérarchique directe entre les médecins et les infirmières bien que ce soit les médecins qui conditionnent une grande partie du travail des infirmières.

Qu'en est-il alors de la relation qui s'instaure entre les médecins et les infirmières ?

Ces groupes professionnels appartiennent à des catégories socioprofessionnelles différentes, ont un statut professionnel différent et ne possèdent pas le même pouvoir au sein de l'organisation. Pourtant, ils travaillent pour un même but et cela parfois de façon interactive.

En psychologie sociale, des études montrent que seule une différence de sexe, de nationalité ou de couleur peut conduire un individu à former des stéréotypes et des préjugés.

⁴ Gheorghiu M. D., Moatty F. (2005).

⁵ Décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Qu'en est-il pour des groupes sociaux marqués par une différence de statut et de pouvoir ?

Peut-on affirmer que la façon dont les médecins et infirmières se représentent soit marquée par l'asymétrie de leur position dans l'organisation hospitalière ?

D'autres études montrent qu'une différence de pouvoir et de statut entre groupes sociaux en interaction peut conduire à de la discrimination et donc perturber la relation sociale établie entre-eux. Existerait-il alors de la discrimination entre médecins et infirmières ?

Nous savons que des protocoles et des règles formelles sont à respecter par les médecins et les infirmières travaillant dans un hôpital. Cependant, nombreuses recherches démontrent l'existence d'une relation informelle pouvant s'établir dans et entre les groupes sociaux d'une organisation et que, relations formelles et informelles ont des influences réciproques.

Nous nous demandons alors finalement si la relation entre médecins et infirmières n'est pas marquée par la différence de statut et de pouvoir instaurés.

Dans notre étude, nous chercherons ainsi, dans un premier temps, à mettre en évidence la présence d'une asymétrie des positions hiérarchiques, puis dans un second, nous montrerons l'impact de cette asymétrie sur la relation sociale de ces groupes. Dès lors, nous analyserons les représentations sociales d'un groupe de sujets médecins et d'un groupe de sujets infirmières pour repérer les éventuels stéréotypes et préjugés qui se manifesteraient à l'égard de la catégorie 'médecins' et de la catégorie 'infirmières', puis nous analyserons sur la base d'une figuration de situations professionnelles concrètes, la manière dont ces sujets scénarisent l'articulation de l'activité du médecin et de l'infirmière. Cette dernière analyse nous permettra de repérer les éventuels comportements discriminatoires pouvant se manifester à l'égard des infirmières ou des médecins.

Cette étude a donc un double intérêt :

-Un intérêt pratique, car elle permettrait d'éclairer l'intervention visant à promouvoir la collaboration infirmière-médecin. Des études⁶ ayant démontré que les taux de mortalité et de morbidité des patients pouvaient varier suivant le lien social qui était établi entre les médecins et les infirmières.

-Un intérêt théorique, car elle permettra d'aborder une orientation de recherches en psychologie sociale peu développée à ce jour, l'analyse des stéréotypes en fonction de la position hiérarchique.

⁶ Baggs et al., (1992) ; Knaus et al., (1986) ; Mitchell et al., (1989)

CADRE THÉORIQUE

1-Approche sociologique des organisations

Depuis la célèbre étude d'Elton Mayo dans les années 30, les relations humaines tendent à être de plus en plus considérées dans le milieu du travail. Les sociologues qui se sont intéressés au monde du travail, nous permettent de prendre en compte les facteurs qui régissent, ou du moins influencent ces relations. Pour Sainsaulieu (1997), l'individu construirait une part de son identité sociale dans le travail. Cette construction se ferait en dépit d'un jeu de pouvoir régissant les relations entre individus. Il définit ainsi le pouvoir comme un jeu de relation entre les chefs et leurs subordonnés ou supérieurs et établit une distinction entre différentes relations sociales de travail suivant la nature du pouvoir : une relation de fusion entre individus, lorsque le pouvoir entre ces individus est absent. Une relation de négociation, lorsque les individus ont un pouvoir de même nature. Une relation d'affinité qui apparaît lorsque les individus sont motivés par une augmentation de pouvoir. Une relation de retrait lorsque les individus ont un pouvoir opposé.

Cette théorie, ayant fait l'objet de nombreuses critiques, contribue à développer l'approche socioculturelle des relations humaines au travail selon laquelle le statut social marque les relations entre individus. Comme référence, Iribarne (1989) fait une analogie entre la hiérarchie qui structure les groupes sociaux et celle structurant les entreprises. D'après ses analyses, les règles fixées par une organisation conditionnent les relations entre ses membres. Le statut socioprofessionnel attribué à l'individu, permet le positionnement aussi bien au sein d'une organisation sociale de travail qu'au sein d'une société. Des théoriciens comme Marx, Weber, Bourdieu ou Chauvel, ont développé cette idée, chacun à leur époque, en abordant la problématique du positionnement social.

Le positionnement social :

De façon commune, les sociologues définissent le positionnement social par la position occupée des individus dans la hiérarchie sociale. Cette hiérarchie est représentée par un

ensemble de statuts sociaux organisés de façon spécifique. Chaque statut social détermine un rôle attribué à l'individu dans une société et culture donnée. Le statut social positionne ainsi l'individu dans un ensemble social, en lui conférant un rôle. Le positionnement social est donc relatif à un ensemble de normes, de lois et de valeurs partagées par un collectif d'individus. Il n'est objectif qu'à partir des critères établis par une société spécifique.

Lorsque l'on se penche sur l'historique du positionnement social en France, les analyses de Marx montraient que c'était la différence de capital économique qui permettait de positionner les individus au XIX^{ème} siècle. Au XX^{ème} siècle, les analyses de Weber ont montré que le développement du milieu professionnel marquait le passage d'un ordre social traditionnel à un ordre social à statut. Les individus ne se distinguent plus par leur différence de capital économique mais plutôt par leur capital humain : le médecin se distingue par le produit de son travail. Ayant pour vocation de guérir les malades, sa profession, dans nos sociétés, est attachée à un certain prestige. Récemment, Louis Chauvel (2001), s'appuyant sur des théories de différents sociologues (Robert Nisbet, 1959, Bourdieu, 1979 ; Erikson et Goldthorpe, 1992,...) montrait que le développement du milieu professionnel constituait le principal levier d'inégalité de notre société actuelle.

Il dénotait 3 clivages apparaissant dans le milieu professionnel :

- le clivage hiérarchique, marqué par la position de l'individu au sein d'une entreprise.
- le clivage ville/campagne, marqué par la nature de l'activité.
- le clivage salarié/indépendant, marqué par le statut professionnel.

D'après l'auteur, ces clivages conditionneraient l'individu à se positionner socialement. Ils entraîneraient de ce fait un rapport de pouvoir et de domination entre les différents groupes sociaux. La structure de la société, devenant ainsi agencée dans sa totalité par ces catégories, serait marquée par ces inégalités. C'est ainsi qu'une organisation sociale se caractérise par un système de statuts, ou de positions, fondée sur un principe hiérarchique qui précise les relations de supériorité ou de subordination dans une chaîne de commandement (Barnard, 1938). Le statut est alors affecté d'un indice hiérarchique et prend sa place dans une échelle de prestige et de pouvoir (J. D. Reynaud, 1962).

Le statut renvoie donc au pouvoir lié au poste hiérarchique ou à la fonction ; c'est ce que H. Mintzgerb (1985) appelle pouvoir formel ou officiel, qui constitue également une forme de pouvoir légitime. Il faut donc pouvoir lire, ou du moins expliciter la place de chacun et sa fonction à travers l'organigramme, pour comprendre ce que sont les rapports humains dans l'entreprise (Bernoux, 1985).

Le positionnement social dans le milieu hospitalier :

Les médecins et les infirmières ont un positionnement défini au sein d'un hôpital, régi par des règles propres au fonctionnement de l'activité hospitalière. Nous les décrivons :

L'activité hospitalière, composée de différents services de soins, est gérée par plusieurs directions. Le personnel « soignant », composé d'infirmières et d'aides soignantes est géré par la « Direction des soins » et le personnel « médical » composé de médecins et d'internes est géré par la « Direction des affaires médicales ». Infirmières et médecins dépendent ainsi d'une direction différente.

Dans cette configuration, les infirmières ont une activité de soins et les médecins une activité médicale. Activité soignante et médicale sont des activités jugées⁷ différentes dans la prise en charge hospitalière d'un patient. La première concerne la prise en charge de l'état de santé « interne » du patient (radios, auscultations, opérations chirurgicales, examens sanguins, prescription de médicaments etc.). La seconde relève de soins « externes » (piqûres, pansements, sensations du patient, distributions de médicament etc.). Elles sont donc complémentaires.

L'infirmière collabore⁸ avec le médecin :

- dans la recherche du diagnostic médical.
- par la surveillance et l'évaluation de l'efficacité des prescriptions médicales.
- et par la prévention des complications liées, soit à la pathologie, soit aux effets secondaires des traitements.

Cette collaboration est cependant particulière : Infirmières et médecins travaillent ensemble mais ne font pas partie de la même ligne hiérarchique. Cette situation implique qu'une infirmière ne peut évoluer dans l'organisation vers un statut de médecin. Les infirmières se trouvent ainsi « condamnées » à seconder les médecins. La collaboration entre médecins et infirmières, ne se faisant que dans un sens, se caractérise alors par une asymétrie de pouvoir et de statut. D'après Glouberman et Mintzberg (2001), cette asymétrie de position pourrait conduire à une inhibition de la communication et de la collaboration entre les médecins et les infirmières. La relation entre ces groupes professionnels se trouve ainsi conditionnée par des règles susceptibles de nuire à l'intégrité de ses membres. Le clivage de ces professions

⁷ Historiquement, activité médicale et activité soignante étaient exécutées par le médecin. Le développement de la médecine ainsi que l'accroissement continu de la demande de soins ont conduit les médecins à exprimer le besoin d'être secondé. L'activité de soins ne serait donc qu'une tâche afférente à l'activité médicale.

⁸ L'infirmière complète le travail du médecin « *en concourant au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par celui-ci pour établir son diagnostic.* », « *en participant à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques.* » (L'article 1 du décret du 15 mars 1993).

partitionne les individus en deux groupes distincts : un groupe à pouvoir et statut élevé, les médecins, et un groupe à statut et pouvoir subalterne, les infirmières.

En conclusion de cette approche, les sociologues nous invitent à penser que le positionnement social inscrit les individus dans des catégories. Ces catégories étant conçues à l'origine pour mieux répondre à l'activité humaine, peuvent conduire les individus qui les composent à se percevoir de façon inégale sur une échelle sociale.

Certains sociologues considèrent un retour des inégalités sociales, marqué par le clivage des professions. Les médecins et les infirmières, étant effectivement concernés par ce clivage, nous conduisent à aborder les relations sociales au sein des organisations.

2-Approche psychosociologique des organisations

Nombreux psychosociologues ont tenté d'expliquer les relations humaines au travail .Parmi les plus soutenus, nous retenons ceux qui ont abordé les relations sociales en terme de groupe, de rôles et de pouvoir.

La dynamique de groupe :

Lewin (1944) ⁹aborde les relations sociales en terme de dynamique de groupe. Pour cet auteur, le groupe se définit comme un système d'interdépendance entre individus, régi aussi bien par les membres qui le composent que par le contexte dans lequel il se forme. Cette interdépendance confère une dynamique au groupe dans laquelle, raisons formelles (nature de la tâche, objectifs poursuivis) et raisons informelles (psychologiques, sociales affectives) interviennent. Le groupe est alors soumis à des tensions positives et négatives qui sont créées par des forces externes (le contexte) et internes (liées aux membres du groupe et à la nature de leurs interactions).Les tensions positives correspondent à une énergie dite de « production » du groupe (permettant la réalisation d'objectifs) et les tensions négatives à une énergie dite « d'entretien » du groupe (utilisée dans l'effort de coopération et d'échanges entre les membres du groupe pour réaliser leurs objectifs)¹⁰.

Dans un groupe, c'est la personnalité de chaque individu (observable au travers de ses paroles, son comportement, ses attitudes...) qui permet aux membres du groupe de se

⁹ Cité dans Mucchielli R. (1995). La dynamique des groupes, ESF Editions, Paris, 14ème édition, pp 14-15.

¹⁰ Cité dans Anzieu D. & Martin J.-Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF, 1986

positionner psychologiquement et affectivement. Ce positionnement psychologique et affectif que chacun va se construire à partir de ses émotions et perceptions, va tisser un réseau relationnel et affectif informel et donner au groupe *une personnalité* propre. Cette émergence d'un réseau informel correspond à l'organisation non officielle que le groupe va se donner, à partir de la répartition des sympathies et des antipathies influencées par la personnalité des membres. Moreno (1970) renforce cette idée en mentionnant que « *tout groupe humain a une structure affective informelle qui détermine les comportements des individus du groupe les uns par rapport aux autres* »¹¹. L'affectivité à l'intérieur d'un groupe tisse progressivement la relation des membres entre-eux. Le système de relation ainsi établi va influencer aussi bien les « perceptions » que les membres ont d'eux-mêmes et des autres, que les attitudes des membres qu'ont les uns à l'égard des autres.

Cette structure de relation devient une réalité, c'est-à-dire qu'elle détermine pour chaque membre du groupe :

- la manière dont il vit le groupe et ses membres ;
- la manière dont il vit sa « situation » dans le groupe ;
- la manière dont il perçoit les autres, et la distance « sociale » qu'il éprouve plus ou moins à l'égard de chacun ;
- et la manière dont il est perçu par les autres ;

Cette théorie nous permet de renforcer l'idée d'existence d'une structure informelle du groupe influençant la relation entre ses membres, au-delà des objectifs fixés par une organisation sociale de travail. On en arrive à distinguer le rôle formel, exécuté par l'individu, du rôle informel joué par celui-ci.

Rôles formels et rôles informels :

L'approche de Goffman permet d'analyser les relations humaines en terme de rôles et de statuts sociaux. Cet auteur s'inspire de la théorie structuro-fonctionnaliste (T. Parsons et R. Merton, 1950)¹² pour mettre en évidence la place centrale accordée aux notions de rôle et de statut qui permettent de penser l'ordre et l'action sociale.

Dans sa version systématique, Goffman (1973) montre que le statut occupé par l'individu (par exemple, la profession), implique un certain nombre de rôles (exemple : les tâches afférentes à la profession) qui répondent aux attentes des autres membres de la société. Le couple « statut-rôle » aurait pour fonction de réduire l'imprévisibilité dans les interactions

¹¹ Op. cité, p 9. Mucchielli R. (1995).

¹² Cité dans Durand J.P. et Weil R. (1997). Sociologie contemporaine, Vigot, Paris, pp. 108-129.

sociales. Le statut social détermine un ensemble de rôles joués par l'individu. Ces rôles (que l'auteur considère comme différentes parties du MOI) apparaissent suivant le contexte d'interaction sociale.

Goffman établit ainsi la distinction entre rôle formel et rôle informel : Le rôle formel est relatif à un ensemble de droits et d'obligations alors que le rôle informel est propre à une situation. L'individu mobiliserait ces deux rôles pour interagir avec l'autre¹³. Comme exemple cité, le cadre qui revient chez lui après une journée de travail va pouvoir quitter son rôle de cadre en racontant sa journée à sa femme et critiquer des collègues de bureau, ce qui lui permet de retrouver son rôle de mari. Il y aurait donc autant de rôles que de situations qui s'y prêtent. Cette approche est pertinente pour notre étude, car elle se construit principalement à partir d'études menées dans le milieu hospitalier.

C'est ainsi que dans une de ses recherches¹⁴, Goffman étudie le personnel soignant et médical d'un service de chirurgie pour analyser les rôles qui s'expriment. Le rôle formel, que le médecin et l'infirmière jouent à partir du protocole régissant les relations dans le milieu médical, serait différent de celui impliquant le médecin à un statut supérieur par rapport à l'infirmière. Cette différence est mise en évidence à partir de l'analyse des discours de sujets en situation réelle. En voici des exemples :

-Le rôle formel du personnel médical, veut que le chirurgien, au moment où il quitte la salle d'opération, se tourne vers son assistant, le remercie, ainsi que son anesthésiste et, d'habitude, également ses infirmières. Quand une équipe travaille depuis longtemps ensemble et lorsque ses membres appartiennent à la même génération, le chirurgien peut parodier cet acte, proférant les remerciements sur un ton de voix dont il attend qu'il soit entendu comme celui de l'ironie et de la farce : «Mademoiselle Westly, vous avez tout simplement accompli ici un boulot extraordinaire. »¹⁵

-Autre exemple, pour taquiner les infirmières, le chirurgien peut aussi, au lieu d'employer constamment les termes techniques, se servir d'appellations du registre domestique : « Donnez-moi le petit couteau, nous allons entrer juste en dessous du nombril. » Il lui arrive ainsi de désigner le cautère électrique par le nom bien senti de « friteuse » et d'ordonner à son assistant de « faire frire, ici et là ». De même, si une infirmière laisse voir son jupon non stérilisé sous sa blouse, un chirurgien peut lui dire sur un ton formel et pontifiant : «

¹³ « L'acteur est véritablement impliqué dans les deux formes de communication, (...) Il doit maîtriser soigneusement cette double implication sous peine de discréditer les projections officielles » (Goffman, 1973, p. 163)

¹⁴ Goffman E. (2002). La « distance au rôle » en salle d'opération, *Actes de la recherche en sciences sociales*, p 80-87.

¹⁵ Cité dans Goffman, 2001, p82

Infirmière Bevan, puis-je attirer votre attention sur la portion antérieure de votre blouse ? Elle vous exhibe. Je compte sur vous pour corriger cette situation », établissant par là même un contrôle social, une référence aux attributs non professionnels de l'infirmière et une satire de la profession – le tout d'un seul coup. Pareillement, une infirmière qui revient en salle d'opération avec la question : « Docteur Williams ? » peut recevoir en réponse la phrase d'autodérision : « En personne » ou « C'est le docteur Williams »¹⁶.

Il s'ensuit que c'est le chirurgien, et non l'infirmière chirurgicale, qui injecte de l'ironie dans l'étiquette médicale. Tout ceci est conforme à ce que nous savons des relations entre personnes de statuts inégaux : « C'est le capitaine qui a le droit d'entrer sur le territoire d'un marin ordinaire, et non le contraire. Un officier a le droit de pénétrer dans la vie privée d'un soldat sous ses ordres, tandis que celui-ci n'a pas le même privilège. »¹⁷.

La personne à statut dominant peut se permettre certains comportements, parce que sa position donne aux autres une raison spéciale d'accepter l'offense. Ainsi, une personne qui maîtrise une tâche spécialisée ne rend pas seulement un service nécessaire au système ; elle fournit aussi une manière d'être, une personnalité, avec laquelle d'autres, dans le système, peuvent s'identifier, leur permettant ainsi de maintenir une image d'eux-mêmes qui perturberait les choses si elle était affirmée autrement que par substitution.

Ces exemples nous font bien ressortir une différence de comportements du médecin et de l'infirmière, suivant la situation. Ils nous conduisent à nous interroger sur ce qui détermine les rôles de chacun dans une organisation.

Le concept de pouvoir dans les organisations :

De façon commune, le pouvoir est défini comme la faculté et la possibilité d'appliquer, faire accepter, faire exécuter ou imposer - fût-ce par la force - des décisions d'ordre physique, moral, intellectuel ou psychologique, à un ou plusieurs individus ou groupes d'individus. D'après Crozier et Friedberg (1977), dès lors que des acteurs sociaux unissent leurs efforts dans le cadre d'une entreprise, il y a création d'interactions entre-eux et apparition du pouvoir. Ces auteurs vont jusqu'à définir les relations de pouvoir comme le produit d'un système de relations, voir comme le coordinateur¹⁸ de relations sociales. « Exister en tant

¹⁶ Cité dans Goffman, 2001, p83

¹⁷ Cité dans Goffman, 2001, p87

¹⁸ « Il n'y a pas d'organisation sans pouvoir et tout pouvoir suppose de l'organisation » Crozier (1964)

qu'acteur social, c'est rentrer dans des négociations, du marchandage, donc rentrer dans des relations de pouvoir. »¹⁹

Ce pouvoir s'exprime d'abord sous une forme particulière – l'autorité – qui n'est autre que la légitimité du pouvoir du point de vue de l'organisation (Jameux, 1994). Parmi tous les modes d'influence, l'autorité occupe une place particulière, puisqu'elle « trace la ligne de démarcation entre le comportement des individus en tant que membres de l'organisation et leur comportement en dehors de celle-ci. C'est l'autorité qui confère à l'organisation sa structure formelle » (Simon, 1983).

L'autorité dans cette conception, peut se définir comme une fonction, au service du développement organisationnel, qui trouve sa légitimité dans les contraintes de l'action coopérative (J. Rembert, 1985).

Mintzberg (1985) considère l'autorité comme un sous-ensemble du pouvoir dans l'organisation. Elle représente le système d'influence formel d'une organisation. En ce sens l'autorité est définie comme la capacité de faire faire des choses grâce à la place occupée dans la hiérarchie officiellement établie par l'organisation. Elle est le pouvoir lié à une fonction. Elle nourrit donc les relations de pouvoir formel.

Cependant, il est intéressant et indispensable de noter que l'existence de relations informelles vont définir implicitement une "autre hiérarchie" au sein de l'entreprise. Celle où le pouvoir n'est pas réservée aux seuls détenteurs de l'autorité. Celle où chacun des membres de l'organisation peut disposer d'un pouvoir considéré dès lors comme informel. Nombreux chercheurs se sont interrogés sur les origines du pouvoir informel.

Un premier courant²⁰ de pensée a introduit l'idée que le pouvoir « informel » dépendait de la place qu'occupait un individu dans la hiérarchie : plus l'individu a une place proche du sommet de la hiérarchie, plus il dispose de liberté dans ses décisions. En conséquence, son comportement dépend davantage de sa personnalité, de sa vision et de son appréhension des événements.

Pour le courant des relations humaines²¹, ce serait plutôt un « conflit de logiques » qui aurait conduit à ce type de pouvoir. La structure informelle serait l'expression de la résistance du facteur humain à la pression de l'efficacité et du calcul : d'un côté, la « logique des sentiments » des rapports humains entre les membres d'une organisation qui s'incarne dans la structure informelle ; de l'autre, la « logique du coût et de l'efficacité » de

¹⁹ Crozier et Friedberg (1977) op. cité p22.

²⁰ Celui de la contingence structurelle (Burns et Stalker, 1961 ; Woodward, 1965 ; Lawrence et Lorsch, 1967 ; Thompson, 1967 ; Wittgenstein, Mayer, 2000 ; Jarley, Fiorito, 1997, Ellis et al. 2002)

²¹ Elton Mayo 1945, Moreno (1970), Kurt Lewin (1944) ou encore Maslow (1943).

la structure formelle qui correspond à la volonté de la direction de contrôler et de rationaliser les divers aléas et incertitudes de la production. Ainsi, le groupe, qui résulte de la division du travail, n'a pas seulement un fonctionnement officiel, il recèle une dimension informelle importante dans laquelle il élabore ses propres normes de comportement (par exemple des normes de groupe qui régulent la production), développe des relations de pouvoir et fait émerger des phénomènes de leadership, en dehors de la hiérarchie (E. Mayo, 1933, 1945).

Pour Crozier et Fitzberg (1977), l'émergence de ce «pouvoir informel» serait liée à la difficulté de maîtriser la multiplicité des facteurs intervenants dans la gestion d'une entreprise, occasionnant ainsi des incertitudes. Ces incertitudes ouvrent en permanence un jeu possible entre les acteurs du système des rapports humains .Ce serait donc le pouvoir des intervenants à contrôler certaines incertitudes qui conduirait à l'existence proprement dite d'un pouvoir informel. Plus une structure est incertaine sur ses moyens financiers, techniques et organisationnels, plus il y a de pouvoir à prendre. Celui qui maîtrise²² une zone d'incertitude utilisera²³ le pouvoir dont il dispose pour accroître ses avantages face aux autres. Grâce à la division du travail, «chaque membre d'une organisation est un expert à sa façon », mais seuls ceux qui ont une compétence spécialisée qu'il est difficile à remplacer, jouissent d'un certain pouvoir (Crozier ,1964).

Ce point de vue rejoint un des apports de Mintzberg (1986) sur le pouvoir dans les organisations. L'existence d'un pouvoir informel tiendrait du fait que l'organisation soit également ²⁴ traversée par un système de compétences spécialisées. Pour l'auteur, le système de compétences spécialisées correspond au pouvoir détenu par les experts d'une organisation ; ceux qui disposent d'une fonction « critique », c'est à dire à ceux qui ont accès à des moyens et des ressources rares et qui sont relativement libres dans l'organisation par rapport à l'autorité du fait de leur savoir faire.

²² Cela rejoint ce que pensent Crozier et Friedberg (1977) : « plus une incertitude est cruciale, plus celui qui la détient disposera de pouvoir ». cité dans Tellier et Tessier (1991) p.145

²³ "dans une entreprise, chaque fois que quelqu'un par la place qu'il occupe, et les ressources qu'elle lui octroie est en mesure de répondre à une incertitude importante, il en tire du pouvoir, c'est-à-dire des moyens de pression, d'action, de négociation sur d'autres membres". (Exiga, Piotet et Sainsaulieu ,1981) cité dans « Culture organisationnelle » Bertrand Y. (1991). p 81.

²⁴ Hormis le système d'autorité qui constitue le pouvoir formel de l'organisation, Mintzberg distingue trois autres systèmes d'influence interne à l'organisation. Le système idéologique insufflé par l'ensemble des normes et des croyances auxquels les membres de l'organisation adhèrent, le système de compétences spécialisées que nous développons ici et le système politique apparaissant suite à des carences des autres systèmes d'influences .

Ceci nous amène à introduire la relation médecins - infirmières comme une relation de pouvoir « informel » dans laquelle les médecins, du fait de leur position hiérarchique et de leur compétence spécialisée ont un pouvoir relativement supérieur à celui des infirmières. C'est ainsi que l'étude de Katzman (1989) a mis en évidence la subordination des infirmières envers les médecins. Celle de Baggs et Schmitt (1997) a montré que les infirmières percevaient la différence de pouvoir avec les médecins comme l'un des principaux facteurs nuisant à la collaboration médecins-infirmières. D'autres études (Prescott & Bowen 1985, Jervis 2002) ont montré que la différence de pouvoir entre médecins et infirmières perturbait leur relation de collaboration. Dans l'étude de Prescott et Bowen (1985), il est montré que 80% des désaccords entre médecins et infirmières se résolvaient sur un mode « non collaboratif » : Les médecins ont plus tendance à vouloir imposer leurs décisions plutôt que d'en discuter avec les infirmières. Enfin, l'étude de Arslanian-Engoren (1995) a révélé que l'établissement d'une atmosphère collégiale, où les infirmières sont considérées comme des partenaires des médecins, est indispensable si une relation de collaboration doit être établie.

Nous retenons alors, de l'approche psychologique des organisations, que les rôles joués par les individus peuvent être aussi bien prescrits par des règles relatives à un groupe social que par celles relatives à l'organisation sociale qui regroupe ces individus.

Les individus sont placés dans des groupes de par leur profession et, ont un statut social de par leur position au sein de l'organisation. Ils se créent un réseau informel d'interaction (Lewin, 1944) en fonction de leur position au sein des groupes et, de l'organisation sociale qui les structure. Ces positions conduisent les individus à jouer, suivant la situation, le statut ou le pouvoir possédé, des rôles aussi bien de dominants que de dominés (Goffman, 2001).

3-Approche psychosociologique des relations humaines

L'existence d'un réseau informel d'interaction entre les groupes et, de différents rôles attribués aux membres de ces groupes, nous permettent d'introduire la relation médecins infirmières comme un échange de perceptions et de représentations sociales, marqué par une relative catégorisation sociale. Cette catégorisation, positionnant les individus au sein d'une

organisation, est susceptible de déterminer la relation pouvant s'établir dans et entre les différents groupes sociaux.

En psychologie sociale, les relations humaines sont abordées en terme d'appartenance à un groupe social. Cette approche nous permettra d'étudier la relation intragroupe (entre membres d'un groupe) et intergroupe (entre groupes) en nous focalisant sur la « représentation » que les sujets ont d'une catégorie sociale. Dans notre étude, il conviendra ainsi d'analyser la relation sociale entre infirmières et médecins à partir de la « représentation » qu'ils ont de la catégorie sociale des médecins et des infirmières.

Le postulat de base est que, l'individu, inséré dans un ensemble social dès sa naissance, construit ses relations avec l'environnement physique ou social à partir d'une vision commune. Cette vision, résultant donc d'une perception des choses et des autres, fonde ce que les psychologues sociaux appellent la représentation. De grands théoriciens comme Durkheim (1898), Moscovici (1961), ou Johson-Laird (1986), nous permettent de distinguer trois types de représentation de l'individu. « Elles forment les trois ensembles de connaissances que le sujet possède » ²⁵ : les représentations individuelles, formées par l'expérience et l'évolution qui sont propres à un individu. Les représentations collectives, qui sont le résultat d'une pensée commune à une société et les représentations sociales qui sont propres à un groupe social. Nous avons choisi de nous focaliser sur ce dernier ensemble, car les représentations sociales sont le produit d'un regard à la fois individuel et collectif « de sorte que quelque chose d'individuel peut devenir social, *ou vice versa* » (Moscovici, 1989, p. 82). Les représentations sociales nous permettraient de mettre en évidence les influences qui existent entre le sujet et son groupe, entre le groupe et la société, en les plaçant dans un contexte à la fois marqué par les lois générales du collectif, et par les normes et valeurs des groupes sociaux.

I-le concept des représentations sociales

Concept introduit et étudié par Moscovici (1961), il a été développé par de nombreux chercheurs : Des psychosociologues comme Chombart de Lauwe (1971), Farr (1977, 1984, 1987), Jodelet (1984) et Herzlich (1972), des anthropologues tels que Laplantine (1978, 1987), des sociologues comme Bourdieu (1982), des historiens - Ariès (1962) et Duby (1978) et bien d'autres. Les représentations sociales ont fait l'objet de nombreuses études :

²⁵ Sales-Wuillemin E. (2005). p 178.

citons pour exemple les représentations de la psychanalyse (Moscovici, 1976), du corps humain et de la maladie mentale (Jodelet ,1989), de la santé et de la maladie (Herzlich ,1996), de la culture (Kaës ,1962), de l'enfance (Chombart de Lauwe ,1971) ou encore de la vie professionnelle (Herzberg, Mausner et Snyderman ,1959).

Le concept de représentation sociale désigne le savoir de sens commun, propre à un groupe d'individus. Les représentations sociales sont le produit d'interactions sociales et évoluent avec la pensée sociale. Elles ont comme particularité d'être des connaissances à la fois stables et fragiles. Stables, parce qu'elles sont élaborées socialement, mais fragiles, parce qu'elles sont sensibles aux changements de la pensée et des pratiques sociales.

Elles ont pour fonction première le positionnement du sujet appartenant à un groupe au sein de la société. De nombreux théoriciens, tels que Denise Jodelet, s'accordent pour définir la représentation sociale comme «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.»²⁶.

Les fonctions de la représentation sociale

Les représentations sociales ont trois principales fonctions (Abric,1997) : Une fonction cognitive, relative aux connaissances et croyances à propos de l'objet de représentation. Ces connaissances varient en fonction du groupe d'appartenance²⁷. Une fonction fédérative, qui est en relation avec la manière dont les sujets définissent²⁸ leur identité sociale et professionnelle. Cette fonction rend compte de l'homogénéité des connaissances et croyances à l'intérieur d'un groupe. Et une fonction d'orientation des conduites, qui rend compte de l'influence des représentations sur les comportements des individus.

a)La fonction cognitive :

Les représentations sociales constituent un système d'interprétation de la réalité sociale sur la base des liens établis entre le sujet et son monde environnant. Elles sont généralement le fruit d'une communication et d'échanges sociaux entre les membres des groupes, ou de

²⁶ Jodelet D. (1997). Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, p. 365- p. 36.

²⁷ Nous pouvons ainsi penser que les médecins et infirmières, appartenant respectivement au groupe social des médecins et des infirmières, comprennent et expliquent différemment les objets de représentation inhérents à leur environnement professionnel.

²⁸ « Les représentations ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social... (Elles permettent) l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés », cités par Abric J. C. (1997). Pratiques sociales et représentations, PUF, pp. 183

raisonnements déduits ou induits par le groupe. Ce sont des savoirs de sens commun, dit naïfs (Moscovici, 1984) formés de théories et de préconceptions implicites (1986, p.52).

Les représentations sociales constituent ainsi la photographie du savoir propre à un groupe d'individus. C'est sur ce fondement que Moscovici, dans son étude sur la représentation de la psychanalyse, a pu relever la particularité des perceptions que les sujets avaient d'un concept, celui de la psychanalyse. Jodelet²⁹, dans son étude sur la représentation de la folie (1985, 1986, 1989), qui montre également la façon dont les infirmières du service psychiatrique d'un hôpital pouvaient catégoriser et définir la maladie mentale.

Une autre étude menée par Reynier (1998, 2001), a montré les différences de représentations d'apprenties infirmières du « métier d'infirmier » suivant le nombre d'années de formation. De la 1^{ère} à la 3^{ème} année, les infirmières passent « d'une représentation sociale commune à une représentation sociale spécifique ou spécialisée » (Reynier, 2001, p. 99) du métier d'infirmier.

D'après la théorie du noyau central d'Abric (1976, 1989) et les nombreuses recherches développées par Flament et Abric depuis 1976, le savoir qu'un groupe a de lui-même et des autres, ou même d'un objet social, s'organise autour d'un noyau central.

Ce noyau est constitué d'éléments dits « centraux » car ils sont les plus stables et les plus collectivement partagés de la représentation. Il est le pivot de la représentation sociale de telle façon que sa transformation déstructurerait où donnerait une signification radicalement différente à la représentation prise dans son ensemble (Abric, 1984)³⁰.

Autour de ce noyau, des éléments dits « périphériques » car ils sont relatifs aux différents contextes sociaux et à l'histoire individuelle des sujets. Ces éléments périphériques constituent donc à la fois le moyen de s'adapter et, faire face à la variabilité des situations sociales³¹, mais aussi d'intégrer la part de représentations individuelles dans les représentations sociales.

Les éléments centraux et périphériques structurent la représentation sociale en formant deux systèmes différents mais complémentaires. Le système central reliant des éléments de la représentation par une forte cohérence entre-eux et un fort consensus entre les membres du groupe. Le système périphérique étant formé d'éléments d'une forte adaptabilité aux situations et aux individus. Selon Flament (1989), on peut considérer que ce sont des

²⁹ op. cité, Jodelet D. (1989b).

³⁰ Op. cité, pp196.Sales-Wuillemin E. (2005).

³¹ Flament utilise la métaphore de "pare-chocs" pour expliquer que les éléments périphériques protègent le savoir du groupe des contingences quotidiennes. (Op. cité, p. 212, in Les représentations sociales, sous la direction de Jodelet D.).

« schèmes » car ils fonctionnent à la manière d'un « scénario », en décrivant les phases essentielles relatives à des situations précises.

Ainsi, en retrouvant les éléments centraux et périphériques, l'analyse des représentations sociales va nous permettre de repérer de façon systématique les éléments, des plus stables au moins stables, du plus consensuel au moins consensuel et du plus général au plus particulier.

D'après d'autres théoriciens (Sales, Castel, Lacassagne, 2002), cette analyse nous permettra également de retrouver les liens existants entre l'objet de représentation (en l'occurrence ici la catégorie sociale 'médecins' et 'infirmières') et les éléments de savoir qui la composent :

- Ceux qui mettent en saillance l'évaluation de la catégorie en lui attribuant une valeur positive, négative ou neutre : les adjectifs.

- Ceux qui mettent en évidence les fonctionnalités ou pratiques sociales relatives à cette catégorie : les verbes.

- Ceux qui décrivent la catégorie en la définissant : les substantifs.

C'est sur la base de ces 2 approches que l'on parviendrait à comparer les éléments de savoir des groupes et que l'on relèverait les points de différences et de similitudes de la représentation sociale des catégories « médecins » et « infirmières ».

b) La fonction fédérative :

Ces connaissances constituent un moyen d'expliquer et de légitimer le lien social établi entre les membres d'un groupe à partir de normes et valeurs communes. Elles constituent le support de socialisation d'un groupe par le témoignage d'une homogénéité de perceptions entre ses membres. C'est ainsi que Gigling, Guimelli et Penochet (1996) ont pu mettre en évidence le caractère consensuel de la représentation que les médecins avaient de la dépression et que Fontani (2006) a montré le caractère hétérogène de la représentation du métier de professeur suivant la perception de sujets « professeurs » ou de sujets « élèves ».

c) La fonction d'orientation :

Les représentations sociales permettent d'orienter les pensées et pratiques sociales d'un groupe d'individus. Elles constituent donc un moyen de percevoir la façon dont le sujet donne vie à son identité sociale en montrant son appartenance à un groupe.

L'appartenance à un groupe préserve et enrichit³² l'identité sociale. C'est ainsi que Tajfel (1970) a montré l'influence d'être (ou ne de pas être) antisémite sur la façon de catégoriser des individus comme étant (ou n'étant pas) de confession juive : le sujet antisémite aura

³² Idée défendue dans le cadre de la théorie de l'identité sociale (Tajfel et Turner 1986), selon laquelle l'individu appartenant à un groupe cherche à valoriser son identité sociale.

tendance à plus classer les individus dans la catégorie de personnes étant de confession juive, afin de minimiser le risque d'inclure un individu de confession juive dans la catégorie « non juif ». Le sujet trouve ici le moyen de préserver son identité sociale lorsqu'il est amené à établir des comparaisons entre individus.

En conséquence, le sujet cherche à défendre³³ son appartenance à un groupe en se comparant à d'autres groupes. Cette comparaison consistant à positionner son groupe et son identité, dans un ensemble social, reposerait sur un processus de catégorisation (Tajfel, 1981).

II- Du concept de représentation sociale au concept de catégorisation sociale

« Le processus de catégorisation consiste à regrouper des éléments similaires au sein d'un ensemble appelé catégorie (...) Les éléments considérés au sein des catégories sont des *individus*, les catégories correspondent à des groupes et les traits définitoires de la catégorie sont des *caractéristiques* attribuées au groupe ». (Sales-Wuillemin E. (2005) cité pp 29).

De cette façon, l'individu s'oriente dans son environnement social en le catégorisant et en se positionnant par rapport à une ou plusieurs catégories. Cependant, l'individu ne peut considérer l'ensemble des caractéristiques relatives aux différents groupes sociaux. Ce postulat défendu par de nombreux chercheurs (Chalken, 1980, Eagly, 1984, Libermann, 1989, Sales-Wuillemin, 2006) conduit à l'idée que pour s'orienter dans son environnement social, l'individu « va réduire et donc simplifier »³⁴ celui-ci. Cette simplification s'identifie au travers de ce que les psychologues sociaux appellent les biais perceptifs. Lorsque l'objet de représentation considéré est un groupe d'individus, ces biais perceptifs vont avoir une incidence sur le contenu, la structure et les dimensions de la représentation sociale.

Des biais perceptifs résultant d'une catégorisation sociale

Le processus de catégorisation simplifiant l'environnement social entraîne « une rupture dans la continuité des informations saisies » qui va introduire « des distorsions dans la perception de l'objet catégorisé ». Les études en psychologie sociale ont permis d'identifier cinq biais. Nous développerons ceux qui permettront de défendre nos hypothèses.

³³ Postulat de la théorie de la comparaison sociale (Festinger 1954) reposant sur l'idée que le sujet compare son groupe aux autres groupes pour valoriser son identité sociale.

³⁴ Cité dans Sales-Wuillemin E. (2005). pp36.

1-Le biais d'accentuation

Egalement appelé biais *d'assimilation et de contraste*, il est la tendance à surestimer les ressemblances à l'intérieur d'une catégorie et les différences entre les catégories. Nombreux travaux ont pu démontré ce phénomène (Tajfel, Sheikh et Gardner, 1964; Taylor, Fiske, Etcoff et Ruderman, 1978; MacGarty et Turner, 1992/ Doise, Deschamps et Meyer, 1978;...).Le biais d'accentuation conduirait à la formation de stéréotypes (Lippmann,1922 ; Bruner & Tagiuri, 1954 ; Tajfel 1972 ;Gilman,1996 ; Bourhis, Leyens ,1999).

a)Le stéréotype

Révéls par Katz et Braly (1933), les stéréotypes sont des éléments faisant partie de la représentation sociale que le sujet a d'un ensemble d'individus. Ils correspondent aux traits dits « prototypiques »³⁵ d'une catégorie sociale (Rosch, 1976 ; Bourhis, Leyens ,1999 ;Sales-Wuillemin E, 2006). L'appartenance à une catégorie sociale deviendrait alors une sorte d'étiquette³⁶ associée au contenu des stéréotypes.

Ils ont comme principales caractéristiques d'être stables, collectivement partagés et peu fondés (réducteurs).Pour Leyens, Yzerbyt et Schadron (1994), les stéréotypes sont définis comme « un ensemble de croyances partagées à propos des caractéristiques personnelles, généralement des traits de personnalité, mais aussi des comportements, propres à un groupe de personnes »³⁷ (Exemple : les blondes sont idiotes, les suisses sont lents, les français sont chauvins etc.).Ils peuvent aussi bien viser un groupe auquel le sujet n'appartient pas, qu'un groupe auquel le sujet appartient. Dans le premier cas, on les appelle exostéréotypes .Dans le second, endostéréotypes. Ils sont le moyen de définir un groupe d'individus en quelques traits. Ainsi, des auteurs ont mentionné que la plupart des médecins perçoivent le rôle de l'infirmière comme celui d'une « servante » plutôt que de le percevoir comme un rôle possédant son propre statut professionnel (Baggs et Schmitt, 1987 ; Bedard, 1986 ; Cunningham, 1983 ;Katzman, 1985 ; Katzman et Roberts, 1988). Selon ces auteurs, cette relation de dominant (médecin) à dominé (infirmière) serait tributaire des valeurs traditionnelles, véhiculées dans la société, concernant le rôle des femmes et l'image traditionnelle de la profession infirmière. Il nous semble alors que les stéréotypes peuvent avoir des conséquences sur la collaboration infirmière-médecin.

³⁵ Op. cité, pp 29.Sales-Wuillemin E. (2005) .

³⁶ « Dans notre perception d'autrui, nous semblons souvent exploiter des informations qui relèvent plus de son appartenance à une catégorie, à un groupe; que de l'individu particulier auquel nous faisons face » (op. cité, Bourhis R., Leyens J P. (1999) ,pp 130.

³⁷ Cité dans Bourhis R., Leyens J-P. (1999).

2-Le biais de discrimination

Il est l'objet de nombreuses études (Tajfel, Flament, Billig et Bundy, 1971 ; Sachdev and Hogg, 1983 ; Sachdev et Bourhis 1984 ; Castel, Lacassagne, Sales-Wuillemin, Jebrane, 2001 ; Hewstone. Rubin et Willis, 2002 ...). Il est à la tendance à percevoir les individus dans une logique de favoritisme et de défavoritisme. Tajfel et ses collaborateurs (Tajfel, Flament, Billig et Bundy, 1971) sont les premiers psychologues sociaux à avoir mis en évidence ce phénomène. Le biais de discrimination appelé aussi biais pro endogroupe se subdivise en trois biais :

- Biais d'exodéfavoritisme : tendance à accentuer la différence existant entre l'endogroupe et l'exogroupe en défavorisant l'exogroupe.

- Biais d'endofavoritisme qui est une tendance à accentuer la différence existant entre l'endogroupe et l'exogroupe en favorisant l'endogroupe

- Biais de discrimination privative : il est la tendance à indifférencier les membres d'un groupe. Ce biais a pu être mis en évidence dans le cadre d'études reposant sur l'appartenance culturelle de l'individu. Cette tendance à l'indifférenciation s'est particulièrement révélée envers l'exogroupe. Les membres de l'endogroupe ne défavorisent pas les membres de l'exogroupe, ils agissent envers eux de manière indifférenciée. Cette indifférence se traduirait par une réserve (émise par l'endogroupe) d'attributs distinctement connotés ou évaluables (envers l'exogroupe).

C'est ainsi que dans l'étude sur la représentation sociale (des français d'origine) de la communauté maghrébine (Castel, Lacassagne, Sales-Wuillemin, Jebrane, 2001), le biais de discrimination privative a pu être mis en évidence. Ce biais se traduisait par une très faible quantité d'attributs positifs ou négatifs des sujets à l'égard de la communauté maghrébine.

Le biais de discrimination conduirait à des préjugés et/ou à des comportements discriminatoires (Bourhis et Gagnon, 1994 ; Hewstone, Rubin et Willis, 2002)

a) Les préjugés

Les préjugés consistent à évaluer de façon hâtive les individus sur la simple base de leur appartenance catégorielle (ethnique, « raciale », religieuse, de nationalité ou de classe)

Le préjugé correspondant à une valeur positive ou négative attribuée à l'individu, constitue la dimension évaluative³⁸ du stéréotype.

Nombreuses études ont pu mettre en évidence ce phénomène (Leyens, Yzerbyt et Schadron 1994, Bruner et Tagiuri ,1954 ; Jones et Thibaut ,1958 ; Bourhis et Leyens ,1999).

b) Les comportements discriminatoires

Les comportements discriminatoires ont fait également l'objet de nombreuses études.

Celles de Tajfel et ses collaborateurs (Tajfel, Flament, Billig and Bundy, 1971 ; Billig et Tajfel, 1973 ; Turner, Sachdev and Hogg, 1983) ont montré que le simple fait d'appartenir à une catégorie sociale plutôt qu'à une autre pouvait conduire l'individu à se comporter de façon favorisante envers sa catégorie d'appartenance et de façon défavorisante envers la catégorie à la laquelle le sujet n'appartenait pas. L'explication avancée par ces auteurs fait référence à la théorie de l'identité sociale : Le besoin de valoriser son identité sociale et le fait d'appartenir à un groupe, conduit le sujet à favoriser son groupe et défavoriser l'exogroupe.

Les études de Sachdev et Bourhis (Sachdev et Bourhis 1985, 1987,1991) ont nuancé ces explications en montrant que c'était le pouvoir et le statut social de l'individu qui était le plus susceptible de conduire à une discrimination :

Plus le statut et le pouvoir de l'individu sont élevés, plus le biais de discrimination s'accroît. Il en résulte que les sujets se comportent de manière plus favorable envers les membres de leur groupe et de manière plus défavorable envers les membres du groupe à statut et pouvoir plus bas. De façon corollaire, plus le statut et pouvoir des sujets sont bas, moins les sujets sont discriminants : Ils défavorisaient moins le groupe de haut statut et pouvoir que celui-ci ne les défavorisait. L'une des études menées (Sachdev & Bourhis, 1991) a même montré que le groupe à bas statut et pouvoir allait jusqu'à favoriser le groupe de statut et pouvoir plus élevé. L'explication avancée par les auteurs est que le groupe à bas pouvoir et statut trouvait le moyen d'exprimer son infériorité au travers d'un favoritisme du groupe de statut et pouvoir plus élevés.

³⁸ « Le préjugé correspond à la valeur positive ou négative attachée au groupe, et le stéréotype aux traits associés communément au groupe ».(Sales-Wuillemin E., 2005, *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*,Dunod,,156p, pp6)

Pour résumer cette approche, qu'il s'agisse d'un groupe social dans le milieu du travail ou dans le milieu de la vie quotidienne, l'individu se construit des représentations sociales à partir d'un processus de catégorisation lui permettant de classer son environnement social.

Lorsque l'objet de représentation correspond à un groupe social, le processus de catégorisation se traduit par une différenciation entre l'ensemble des groupes auquel le sujet appartient et ceux auxquels il n'appartient pas.

Le recueil des représentations sociales va nous permettre de repérer la façon dont médecins et infirmières se perçoivent et se catégorisent. Ces sujets appartenant à deux catégories sociales marquées par un statut et pouvoir différent, nous laissent penser que le contenu de la représentation sociale qu'ils ont de l'endogroupe et de l'exogroupe révélera la présence de stéréotypes, préjugés et discrimination, conditionnés par cette différence.

Conclusion du cadre : Du concept de société au concept de relation sociale

Ce cadre théorique nous permet d'aborder les relations sociales en partant d'une vision globale pour arriver à une vision de plus en plus affinée : l'approche sociologique place les individus dans un système social marqué par une différence de statut du fait de leur profession, tandis que l'approche psychologique des organisations situe ces individus dans des groupes ayant chacun des rôles et un certain pouvoir au sein d'une organisation.

La dernière approche analyse la relation sociale en se focalisant sur des déterminants proprement psychologiques de l'individu tout en prenant en compte deux des variables socio-structurelles qui semblent être les plus importantes dans les relations humaines au travail : le statut social et le pouvoir.

Les deux premières approches montrent que le fait d'appartenir à un groupe professionnel implique nécessairement un certain statut dans la société et un certain pouvoir dans l'organisation. Elles nous permettent de justifier l'appartenance à un groupe professionnel comme le facteur pivot de notre étude. La dernière nous permet de prédire les impacts d'une appartenance à un groupe professionnel sur les relations sociales au travers des concepts de représentation et de catégorisation sociale.

Problématique

Notre problématique concerne les liens existant entre le positionnement social et la perception qu'un individu a de lui-même et des autres. Comment un individu se représente les membres appartenant à son groupe professionnel et comment les catégorise-t-il ? Est-ce que le fait d'appartenir à un groupe professionnel, dont le statut et le pouvoir sont relativement plus élevés ou plus bas que ceux d'un autre, influence l'individu dans sa façon de percevoir un groupe social ?

Notre cadre théorique met en évidence l'idée que le statut et le pouvoir sont des éléments indispensables à prendre en compte lorsqu'il est question d'analyser les relations humaines au travail. Il nous dirige également sur des outils psychologiques fiables pour étudier la relation entre individus : les concepts de représentations et de catégorisations sociales. Ces outils vont nous permettre de tester la présence de biais d'assimilation et de discrimination. En d'autres termes, vérifier :

Si les individus ont des stéréotypes et des préjugés à l'égard des groupes professionnels considérés (question relative à l'hypothèse 1).

Si le fait d'appartenir à un groupe dont le pouvoir et le statut sont relativement plus élevés ou plus bas influence la façon dont l'individu se représente un groupe (question relative hypothèse 2) et le discrimine au niveau évaluatif (question relative hypothèse 3) et comportemental (question relative hypothèse 4).

Nous avons choisi de prendre comme cas d'étude la relation médecins-infirmières car elle est jugée comme une relation de travail complexe (comme nous avons pu le mentionner en introduction) et qu'elle fait l'objet de nombreux questionnements³⁹. La question motrice que notre étude se pose alors sur cette relation : Comment médecins et infirmières collaborent-ils dans un contexte marqué par un clivage de professions aussi complémentaires et de positions hiérarchiques aussi distantes ? D'un côté la profession de médecin reconnue comme prestigieuse socialement et offrant un pouvoir de guérison. De l'autre, la profession d'infirmière qui se bat encore pour avoir son indépendance et qui permet des actions

³⁹ Nombreuses études se sont déjà interrogées sur les déterminants de la collaboration médecins-infirmières : la formation académique (Kalisch et Kalisch, 1977 ; Yaste, 1986), l'expérience et compétence clinique (Bradford, 1989 ; McNutt-Deveureux, 1981), l'organisation du travail et les modes de prestation des soins infirmiers (Alt-White, 1983).

particulièrement limitées en matière de soins .Le statut qu'ils ont au sein de notre société et le pouvoir qu'ils ont au sein de l'organisation hospitalière perturbent-ils leur collaboration ? Pour répondre à toutes ces questions, nous testons alors les hypothèses qui suivent.

Hypothèses

En faisant référence aux études présentées dans le cadre théorique nous pouvons formuler les hypothèses suivantes.

A -Biais d'accentuation

Hypothèse 1 :

Les sujets auront des stéréotypes et des préjugés sociaux à l'égard des médecins et des infirmières.

Les stéréotypes seront traduits par la présence de traits dits 'prototypiques' associés à la catégorie « médecins » ou/et à la catégorie « infirmières ». Ces traits prototypiques seront différents suivant qu'ils sont issus de la représentation sociale des sujets médecins ou de celle des sujets infirmières. Cette différence de traits tiendra sur la nature (noms, verbes ou adjectifs) des mots employés par les sujets pour désigner la catégorie « médecins » et/ou la catégorie « infirmières ».

Les préjugés seront traduits par la présence de traits prototypiques à caractère évaluatif, associés à la catégorie « médecins » ou/et à la catégorie « infirmières ». Ces préjugés seront différents suivant qu'ils sont issus de la représentation sociale des sujets médecins ou de celle des sujets infirmières. Cette différence tiendra sur la valeur (positive ou négative) moyenne associée aux adjectifs évoqués par les sujets pour désigner la catégorie « médecins » et/ou la catégorie « infirmières ».

Hypothèse 2 :

La présence d'une asymétrie positionnelle entre les médecins et les infirmières sera signifiée dans le contenu de la représentation au niveau des éléments centraux.

Cette signification sera marquée dans les éléments centraux par la présence de noms, verbes ou adjectifs révélateurs d'une différence de statut social ou de pouvoir entre les médecins et les infirmières : l'on devra s'attendre à ce que les sujets évoquent des termes signifiant un statut ou pouvoir relativement plus élevé pour la catégorie « médecins » que pour la catégorie « infirmières ».

B- Biais de discrimination

Hypothèse 3

Le groupe des médecins et le groupes des infirmières, évalueront de manière plus positive la catégorie 'médecins' que la catégorie 'infirmières'.

Cette différence d'évaluation se traduira par, des **connotations** significativement **plus positives** des adjectifs évoqués par les médecins et les infirmières **envers la catégorie médecins**, qu'envers la catégorie infirmières.

-La discrimination,dans le cadre de l'hypothèse qui suit, sera relevée par une différence de position actancielle repérée par le biais de la méthode des planches inductrices, utilisée dans le cadre d'une évocation de situations professionnelles, mettant en scène un personnage médecin et un personnage infirmière.

Hypothèse 4

a)Les sujets 'médecins' et les sujets infirmières seront plus favorisant envers la catégorie des médecins et plus défavorisant envers la catégorie 'infirmières'.

Les sujets médecins et les sujets infirmières décriront les situations professionnelles présentées, en plaçant plus le personnage médecin en personnage principal et le personnage infirmière en personnage secondaire.

Ce biais de discrimination sera significativement plus présent, suivant le type de situation professionnel amorcé :

b) Les sujets seront plus discriminants dans un contexte professionnel ou le médecin est placé en actant et l'infirmière en actée (situations 2 et 4).

Dans les situations professionnelles 2 et 4, les sujets médecins et les sujets infirmières décriront la scène, en plaçant significativement plus le personnage médecin que le personnage infirmière en personnage principal.

Ces hypothèses seront vérifiées à partir de la méthodologie qui suit.

Méthodologie

Voici les éléments de méthodologie que nous avons pris en compte pour mettre à l'épreuve nos hypothèses.

A- La population :

Voici les critères sociaux qui nous avons souhaités retenir pour réaliser notre étude.

1-La profession : Nous avons choisi de prendre en compte la profession afin de mobiliser l'appartenance catégorielle des sujets .Elle opérationnalise la variable positionnement social des sujets. Cette variable nous permettrait de mesurer l'effet d'un positionnement social asymétrique sur l'élaboration des stéréotypes et sur les biais de discrimination.

Deux groupes composés chacun de 30 sujets ont été constitués, des médecins et des infirmières.

2-Le milieu d'exercice : Nous avons choisi le milieu hospitalier car c'est le milieu où médecins et infirmières sont le plus en interaction comparativement à des cabinets médicaux, des hôpitaux de jour ou à des centres médico-psychologiques.8 hôpitaux ont pu être sollicités .

3-L'âge : Ce critère distingue les sujets selon 5 tranches d'âges .De 20 à 30ans, de 31 à 40 ans, de 41 à 50 ans, de 51 à 60 ans et les plus de 60 ans.

4-Le genre : Homme ou femme sachant que notre échantillon correspond aux proportions observées dans la population parente. Il est composé d'une majorité de médecins hommes et d'infirmières femmes.

5-L'expérience dans la profession : Nombre d'années d'exercices de la profession.

6-Le service : Service hospitalier dans lequel ils travaillent.

7-L'expérience dans le service : Nombre d'années passées dans un même service hospitalier.

Compte tenu de la taille de notre échantillon et de sa répartition, les critères que nous avons effectivement pu retenir sont la profession et le milieu hospitalier.

B- La tâche :

a- La Tâche générale

Il est demandé aux sujets de remplir un questionnaire (**Annexe 1**) sur la représentation qu'ils ont des médecins et des infirmières.

b- Les tâches spécifiques :

Les sujets ont 3 tâches spécifiques :

1-Répondre à 6 questions relatives aux critères de population qui ont été choisis. Les réponses à ces questions nous renseignent ainsi sur le sexe, la profession, l'âge, l'expérience professionnelle relative à la profession, le service et l'expérience professionnelle relative au service. Ils nous permettent de caractériser chaque échantillon.

2-Compléter 6 tableaux relatifs à une 'tâche d'association verbale'. Cette tâche d'association verbale consiste à demander aux sujets les noms, les verbes et les adjectifs qui leur viennent à l'esprit lorsqu'on leur évoque 'les médecins' et lorsqu'on leur évoque 'les infirmières'.

Dans cette tâche, les sujets remplissent un tableau à 5 lignes et deux colonnes pour les noms et les verbes puis un tableau à 10 lignes et 2 colonnes pour les adjectifs. Ils doivent écrire les mots dans une colonne puis évaluer le mot qu'ils auront écrit dans une seconde colonne.

Pour les noms et les verbes, cette évaluation repose sur la force associant le mot produit au mot 'médecins' et au mot 'infirmières'. Pour les adjectifs, cette évaluation repose sur la connotation donnée à l'adjectif produit pour le mot 'médecins' et le mot 'infirmières'.

Ces 6 tableaux distinguent :

Pour l'évocation du mot 'les médecins',

- les noms associés aux médecins (par un tableau destiné aux noms associés aux médecins),
- des verbes associés aux médecins (par un tableau destiné aux verbes associés aux médecins),
- des adjectifs qui sont associés aux médecins (par un tableau destiné aux adjectifs associés aux médecins).

Et pour l'évocation du mot 'les infirmières'

- les noms associés aux infirmières (par un tableau destiné aux noms associés aux infirmières),
- des verbes associés aux infirmières (par un tableau des destiné aux verbes associés aux infirmières),
- des adjectifs qui sont associés aux infirmières (par un tableau destiné aux adjectifs associés aux infirmières)

3-Mettre en dialogue 4 images relatives à une situation professionnelle faisant interagir un médecin et une infirmière. Ces 4 images distinguent 4 différents contextes d'interactions entre un médecin et une infirmière travaillant dans un hôpital.

C-La procédure :

a) Générale

Lorsqu'un sujet accepte de remplir un questionnaire, il lui est demandé de lire le cadre et objectifs du questionnaire, puis de remplir le questionnaire en fonction des consignes et explications qui leur sont associées.

-La partie 'cadre et objectif' mentionne l'objet de l'étude. Elle demande aux sujets de répondre au questionnaire de façon sincère et spontanée. Elle résume les différentes tâches que le sujet aura à accomplir. Elle mentionne que le questionnaire est anonyme. Elle demande au sujet d'être et de se sentir disponible pour répondre à ce questionnaire. Elle propose au sujet de remplir ce questionnaire dans un endroit et un moment qui leur convient. Elle remercie les sujets pour leur compréhension et leur collaboration.

-Les consignes et explications permettent de distinguer les différentes tâches demandées au sujet. Pour chacun des groupes nous avons distribué un questionnaire mentionnant le groupe professionnel sur la première page. Était ainsi spécifié « questionnaire destiné aux médecins (versus infirmières) ». Cette consigne était destinée à mobiliser une appartenance identitaire des sujets au groupe des médecins ou des infirmières, c'est-à-dire à un groupe professionnel.

b) Dans la tâche d'association verbale,

Plusieurs consignes sont distinguées.

-Une consigne générale mentionne en quoi consiste la tâche et donne un exemple par rapport à l'évocation d'un mot.

-Une consigne spécifique mentionnant, pour chaque catégorie de mots que le sujet aura produit, les conditions de remplissage.

Le sujet remplit ainsi un tableau sur les verbes associés aux médecins, un tableau sur les noms associés aux médecins, un tableau sur les adjectifs associés aux médecins, un tableau sur les verbes associés aux infirmières, un tableau sur les noms associés aux infirmières et un tableau sur les adjectifs associés aux infirmières.

c) Dans la tâche d'évocation de scènes.

Dans cette tâche, une consigne générale est donnée pour expliquer comment compléter la partie pointillée près de chacune des 4 images. Une consigne spécifique accompagne chaque

image pour décrire la situation professionnelle. Cette dernière est une phrase qui résume l'interaction (relative à une situation professionnelle) de 2 façons :

- Une façon positionnant le sujet comme initiateur (acteur principal) de l'interaction.
- Une façon positionnant le sujet comme initié (acteur secondaire) dans l'interaction

Dans le questionnaire destiné aux médecins, 2 images sont accompagnées d'une phrase chacune, décrivant une situation professionnelle dans laquelle le médecin est initiateur et 2 autres images sont accompagnées d'une phrase chacune, décrivant une situation professionnelle dans laquelle le médecin est initié.

Dans le questionnaire destiné aux infirmières, 2 images sont accompagnées d'une phrase chacune, décrivant une situation professionnelle dans laquelle l'infirmière est initiatrice et 2 autres images sont accompagnées d'une phrase chacune, décrivant une situation professionnelle dans laquelle l'infirmière est initiée.

Une même image est accompagnée (pour une même situation professionnelle) d'une phrase tournée différemment suivant que le questionnaire est destiné aux médecins ou aux infirmières.

Voici un tableau résumant cette procédure :

Phrase accompagnant l' Questionnaire destiné	Image 1	Image 2	Image 3	Image 4
Aux médecins	Médecin initié	Médecin initiateur	Médecin initié	Médecin initiateur
Aux infirmières	Infirmière initiatrice	Infirmière initiée	Infirmière initiatrice	Infirmière initiée

Une fois cette dernière tâche terminée, une dernière page du questionnaire remercie les sujets pour leur collaboration et leur offre la possibilité de donner une impression relative aux tâches qu'ils ont effectuées.

D- Les variables distinguées :

a) Les indépendantes :

Nous avons choisi de manipuler 3 variables dans notre étude :

1-La profession : Elle correspond à l'opérationnalisation du positionnement social des sujets, c'est-à-dire leur statut et leur pouvoir au sein de l'organisation

Cette variable est invoquée et comporte 2 modalités.

- Appartenance à un groupe supérieur (groupe des médecins)
- Appartenance à un groupe inférieur (groupe des infirmières)

Cette variable est mesurée par la différence de statut et de pouvoir relatifs à la profession.

- La différence de statut peut se mesurer suivant les critères objectivés dans le positionnement social en France. Ces critères sont le nombre d'années d'études et le salaire. Relativement à ces critères, nous considérerons alors que les médecins, percevant un salaire supérieur à celui des infirmières et, ayant effectué un plus grand nombre d'années d'études pour avoir le droit d'exercer leur profession, ont un statut social supérieur à celui des infirmières.

- La différence de pouvoir peut se mesurer suivant le critères objectivé par les possibilités d'actions dans le cadre d'une activité de soin.

Relativement à ce critère, nous considérerons que les infirmières ont un pouvoir inférieur à celui des médecins car, l'action de soins des infirmières est plus limitée que l'action de soins des médecins.

2-Mot évoqué : Cette variable correspond théoriquement à l'objet de représentation sociale. Cette objet de la représentation sociale dans notre étude est une catégorie sociale (professionnelle).

Elle est une variable provoquée et contient 2 modalités :

- a)Mot évoquant l'endogroupe : groupe supérieur pour les médecins et groupe inférieur pour les infirmières.

- b) Mot évoquant l'exogroupe : groupe inférieur pour les médecins et groupe supérieur pour les infirmières.

Elle est opérationnalisée au moyen des mots inducteurs «les médecins » et «les infirmières » dans la consigne de la tâche d'association verbale

3-Type de situation : Cette variable permet de manipuler la nature des situations auxquelles sont confrontés les professionnels. Ces situations mettent en scène un médecin et une infirmière

Elle contient 2 modalités

- l'infirmière est initiatrice de l'interaction
- le médecin est initiateur de l'interaction

Elle est opérationnalisée au moyen des consignes accompagnant les images décrivant une situation professionnelle.

b) Les variables dépendantes :

Pour évaluer l'effet de nos deux variables, nous mesurons 4 variables dépendantes théoriques.

1- La représentation sociale :

Elle sera mesurée au moyen des noms, verbes et adjectifs associés à chaque groupe et à chaque mot inducteur. Soit 4 représentations sociales. Celle des médecins envers les médecins. Celle des médecins envers les infirmières. Celles des infirmières envers les infirmières et celle infirmières envers les médecins.

Au sein de la représentation sont distingués :

2-Le stéréotype : il sera mesuré au moyen des noms, verbes et adjectifs produits par les sujets.

Nous distinguons :

Le stéréotype associé à la catégorie 'médecins' produit par les sujets médecins et par les sujets infirmières.

Le stéréotype associé à la catégorie 'infirmières' produit par les sujets infirmières et par les sujets médecins.

3-Les préjugés : Ils seront mesurés par la valeur (connotation) moyenne associée aux adjectifs contenus dans le stéréotype.

Nous distinguons :

- Ceux produits par les sujets médecins envers la catégorie 'médecins' et envers la catégorie 'infirmières'
- Ceux produits par les sujets infirmières envers la catégorie 'médecins' et envers la catégorie 'infirmières'

4- La discrimination :

-Evaluative : Elle se mesure au moyen de la connotation associé aux adjectifs contenus dans l'ensemble de la représentation. Une évaluation positive de la catégorie lorsque celle ci est coté supérieur à 0 et inférieur à +3 et une évaluation négative lorsque celle-ci est coté inférieur 0 et supérieur à -3.

-Comportementale : elle se mesure au moyen de la position actancielle des sujets dans la tâche de mise en dialogue des situations professionnelles.

On distingue le favoritisme envers les médecins et envers les infirmières et le défavoritisme envers les médecins et envers les infirmières :

Un favoritisme, lorsque le sujet positionne la cible en initiateur de l'interaction et donc en position d'actant.

Un défavoritisme, lorsque le sujet positionne la cible en initié de l'interaction et donc en position d'acté

E- Méthodes utilisées :

a- Méthode générale :

La méthode générale utilisée est le questionnaire.

Comparativement à la méthode d'observation ou à la méthode d'entretien, la méthode du questionnaire nous a permis de cibler un maximum de sujets en un minimum de temps. L'échantillon ne pouvant être représentatif qu'à partir de 30 sujets par groupe, la méthode du questionnaire a permis de réunir ce nombre dans les délais escomptés.

D'autre part, la méthode de questionnaire est plus acceptée par des professionnels en activité, n'ayant que peu de temps de libre à accorder pour une étude.

De même que cette méthode permet de limiter le biais de complaisance ou de conformité pouvant se manifester lors de la méthode d'entretien.

Nous considérons ainsi que le sujet est plus solidaire à ses propos dans le cadre de la méthode du questionnaire.

b- Méthodes spécifiques :

Les méthodes spécifiques pour vérifier nos hypothèses sont :

1-Des questions à réponses fermées pour recueillir les informations nous renseignant sur les critères que nous avons sélectionnés dans notre population,

2-Des tâches d'associations verbales pour recueillir le contenu des représentations.

Elles concernent la méthode d'association verbale. Cette méthode permet de recueillir facilement et rapidement, l'expression verbale du sujet la moins contrôlée et la plus spontanée possible. Elle vise à accéder au contenu de la représentation. Elle offre le moyen de rechercher les éléments susceptibles d'entrer dans le champ de la représentation et de dégager ceux qui sont significatifs des groupes d'individus étudiés.

3-Des tâches de mise en dialogue pour l'aspect conatif des représentations.

Elles reposent sur la méthode des planches inductrices. Une image accompagnée d'une phrase invite le sujet à évoquer la scène qui lui vient à l'esprit. Cette méthode s'inspire des approches projectives. Elle a déjà été utilisée dans le cadre d'analyse des représentations sociales (Ghiglione, Beauvois, Chabrol, Trognon, 1980).

Elle permet de limiter le biais de désirabilité sociale car elle ne demande pas une représentation explicite du groupe social. L'évocation d'une scène associée à une situation d'actions (professionnelles) quotidiennes permet de recueillir le positionnement du sujet par rapport à un groupe social, en limitant les indices de relation directe avec une représentation sociale explicite d'un groupe. Ainsi, à partir de cette méthode, il n'est pas demandé d'évoquer

des mots associés à un groupe mais plutôt des propositions associées à une situation .La situation ne fait qu'impliquer les groupes sociaux considérés et l'expression verbale du sujet relative à cette situation permet difficilement de repérer l'objet de notre analyse, la position actancielle.

Ces deux différentes méthodes du recueil de la représentation sociale du sujet se complètent.

La méthode d'association verbale permet au sujet d'amorcer une représentation du groupe social. La méthode des planches inductrices permet de mettre en action cette représentation.

L'évocation des noms, verbes et adjectifs, dans le cadre de la méthode d'association verbale, nous renseigne sur la représentation sociale du groupe et les éventuels stéréotypes formulés à son égard. Les valeurs associées aux adjectifs nous renseignent sur l'évaluation positive, négative ou neutre du groupe social et les éventuels préjugés fournis à son égard.

L'évocation des scènes relatives aux situations professionnelles, dans le cadre de la méthode des planches inductrices, nous renseigne, au travers d'une analyse propositionnelle, sur la position actancielle du sujet et l'éventuelle discrimination à l'égard d'un groupe sociale.

F-Le plan d'expérience :

Conformément aux hypothèses formulées, le stéréotype, les préjugés et la discrimination dépendraient de 4 facteurs.

-Dans la tâche d'association verbale la différence de représentations sociale se manifestera suivant la profession des sujets et la production de mots (noms, verbes et adjectifs) relatifs au mot évoqué

Ainsi, le plan d'expérience associé à cette tâche est :

$$S_{30} <P_2> * ME_2 * MI_3$$

-**S** : les **sujets**. Ce facteur comporte **30** modalités.

-**P** : la **profession**. Ce facteur comprend **2** modalités (profession de médecin/profession d'infirmière)

-**ME** : Le **mot inducteur**. Ce facteur a **2** modalités (mot 'Médecins'/mot 'Infirmières')

-**MI** : les **mots induits que les sujets sont invités à produire**. Ce facteur a **3** modalités (substantifs verbes ou adjectifs)

-Dans la tâche de mise en dialogue, la production de propositions (identifiant la position d'actant et d'acté) dépendra de la profession des sujets.

Ainsi, le plan d'expérience pour la tâche de mise en dialogue est :

.

$$S_{30} < *P_2 > *I_2 * A_2$$

-S : les **sujets**. Ce Facteur comporte **30** modalités.

-P : la **profession**. Ce facteur comprend **2** modalités (profession de médecin/profession d'infirmière)

-I : l'initiateur du dialogue. Ce facteur repose sur 2 modalités .Infirmière initiatrice du dialogue (situations 1 et 3) et médecin initiateur du dialogue (situations 2 et 4)

-A : position actancielle du sujet (Actant /Acté)

G- Méthode de traitement et d'analyse :

Pour traiter le recueil des mots associés à un groupe social, nous avons fait appel à différentes méthodes.

a)Analyse prototypique et catégorielle (Verges, 1992) :

Elle prend pour base la liste de mots que produisent les sujets à partir du terme inducteur.

Elle consiste à tenir compte simultanément de la fréquence du mot et de son rang d'évocation. Chacun des éléments obtient de cette façon, une fréquence moyenne d'apparition et un rang moyen d'évocation. Ces deux critères classiques de prototypicalité, permettent d'établir un tableau à quatre cases où se trouvent pour chaque mot, sa fréquence et son numéro d'ordre ou d'apparition. Il permet ainsi quatre possibilités de classer un élément :

-Un élément « fort » possède, une fréquence d'apparition que nous statuons à un seuil⁴⁰ de 10%⁴¹ soit un mot cité par plus de 3 sujets du groupe et, un rang moyen d'apparition faible, soit les mots évoqués en premier ou second rang. Ce mot appartient à la classe des éléments les plus importants pour les sujets et relève donc de la zone dite centrale de la représentation. Il servira ainsi à étayer l'hypothèse d'existence ou non de stéréotypes dans la représentation étudiée.

⁴⁰ Ce seuil correspond à l'indicateur de consensus auquel nous associons le biais d'assimilation.

⁴¹ Nous avons statué le seuil à 10% car la probabilité pour que plus 3 de sujets citent le même mot est très faible compte tenu de la taille de l'échantillon.

-Un élément « faible » possède une fréquence d'apparition faible soit supérieur à 10% et un rang moyen faible soit les mots évoqués à un rang supérieur ou égale à 3. Il permettra de repérer les éléments dits périphériques de la représentation.

-Une fréquence forte et rang moyen d'apparition bas ou une fréquence faible et un rang moyen élevé composent les zones ambiguës dans la représentation : Ce sont des éléments plutôt périphériques mais flous parce que les évaluations à leur endroit peuvent varier. Verges (1992) parle à leur propos de « zones potentielles de changement » ; « également sorte de zone « tampon », entre une centralité consensuelle, rigide, stable et une périphérie en mouvance, caractérisée avant tout par des variations individuelles » (Roussiau et Bonardi 1999). Un élément périphérique saillant au moins, quantitativement peut constituer un thème nouveau dans une représentation sociale, donc être un élément de changement. (Verges, Flament, 1994).

b) Test de Khi2 sur les mots évoqués par chaque groupe.

Ce test nous permettra de comparer le nombre de sujets médecins et infirmières ayant évoqués un mot à une fréquence forte (supérieurs ou égale à 10%). Il permettrait de révéler la présence de stéréotypes et de préjugés (Hypothèse 1). Nous statuons ainsi la présence significative d'un stéréotype ou d'un préjugé à un seuil de probabilité inférieur à 10%.

c) Utilisation de la loi T de student

Cette règle d'analyse sera utilisée pour mesurer la différence d'évaluation des adjectifs évoqués par les sujets (Hypothèse 3), ainsi que la différence de positions actanciennes retenues dans l'expression des situations professionnelles présentées au sujet (hypothèse 4).

d) Analyse sémantique

Cette analyse permet de vérifier l'existence de termes marquant le positionnement social (Hypothèse 2), ainsi que la présence comportements discriminatoires à l'égard de la catégorie infirmière (Hypothèse 4b). Elle retiendra les positions actanciennes des sujets dans les propositions évoquées.

RESULTATS

A- Biais d'accentuation : effet 1 des variables « profession » et « mot inducteur » sur la représentation sociale des catégories.

Cet effet permet de vérifier l'hypothèse 1 : *Les sujets ont des stéréotypes et des préjugés sociaux à l'égard des « médecins » et des « infirmières ».*

La présence de stéréotypes se traduira par l'identification de traits dits 'prototypiques' associés à la catégorie « médecins » ou à la catégorie « infirmière ».

La présence de préjugés se traduira par l'évocation significative d'adjectifs envers la catégorie médecins et la catégorie infirmières.

La vérification de cette hypothèse se fera en 3 étapes.

Première étape, nous repérerons les éléments « centraux » de la représentation sociale des catégories « médecins » et « infirmières ».

Seconde, nous vérifierons la présence d'éléments prototypiques dans la représentation des catégories. Cette présence marquant l'existence de stéréotypes.

Dans une troisième et dernière étape nous repérerons les adjectifs des stéréotypes pour en dégager les valeurs associées. Ces valeurs marquant la présence de préjugés.

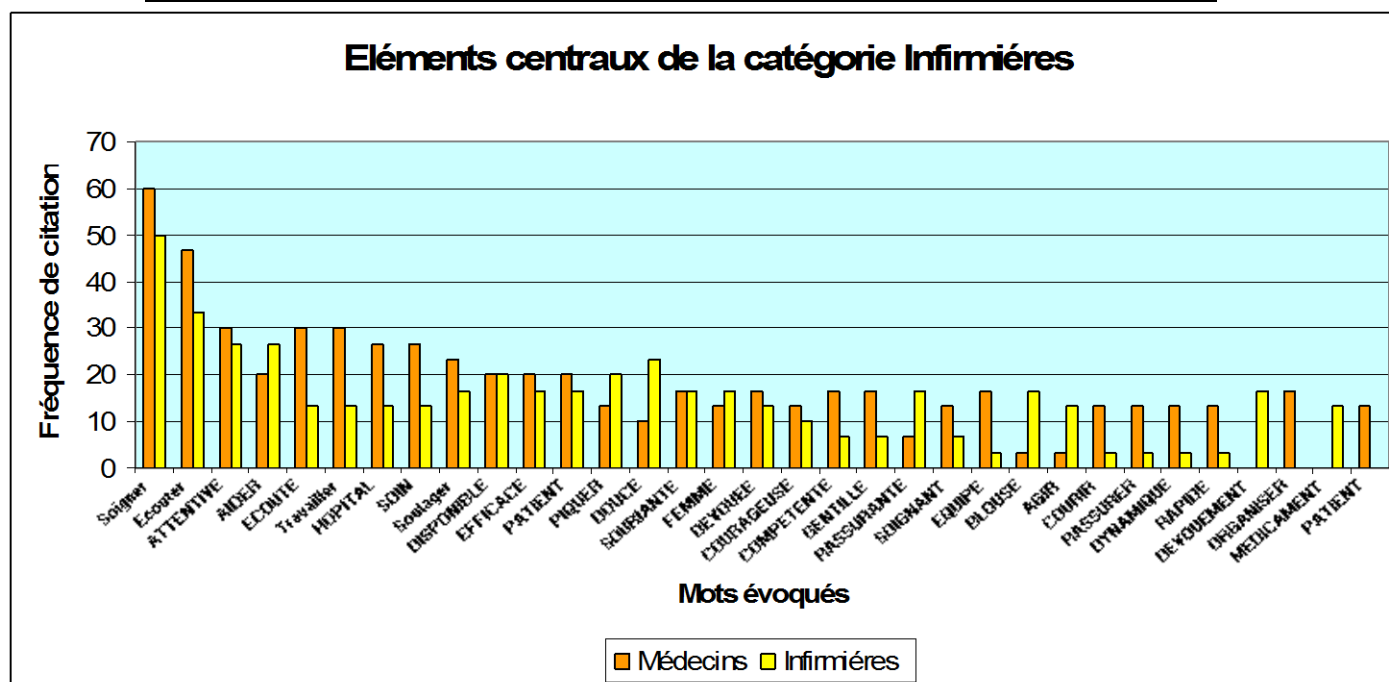
1) Effet du mot inducteur sur la représentation sociale des groupes

-L'analyse prototypique de Verges (1992)

A l'aide de cette analyse (présentée en annexe 2), nous avons pu repérer les éléments centraux de la représentation :

Le graphique 1 qui suit, présente les éléments « centraux » pour le mot inducteur 'infirmières'.

Graphique 1 : Eléments centraux évoqués pour le mot inducteur 'infirmières'

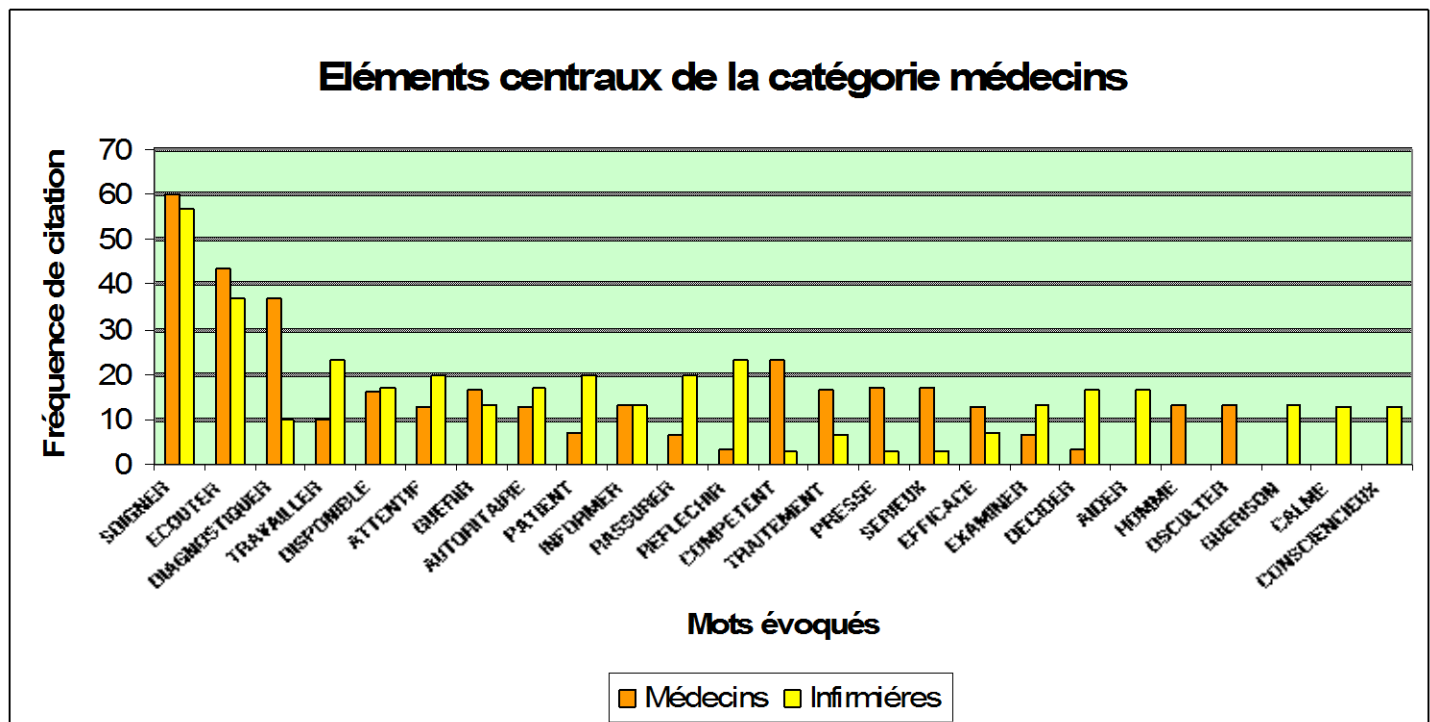


Comme nous pouvons le constater, les termes les plus consensuels (cités par plus de 20% des sujets médecins et des sujets infirmières) utilisés pour désigner la catégorie « infirmières » sont : SOIGNER, ECOOUTER, ATTENTIVE, AIDER et DISPONIBLE.

Il semblerait donc que ces termes soient les plus caractéristiques de la catégorie « infirmières ».

Le graphique 2 présente ceux pour le mot 'médecins'.

Graphique 2 : Eléments centraux évoqués pour le mot inducteur 'médecins'



Les termes SOIGNER et ECOOUTER sont également ceux qui sont le plus mis en avant pour désigner de façon consensuelle la catégorie « médecins ». Le soin et l'écoute seraient les éléments les plus importants pour ces groupes professionnels. Cependant, il faut remarquer qu'il y a moins d'éléments consensuels pour la « catégorie » médecins que pour la catégorie « infirmières » (5 termes pour la catégorie « médecins » contre 2 pour la catégorie « infirmières »). Nous pouvons ainsi soumettre l'idée que la représentation de la catégorie « médecins » serait plus hétérogène que celle de la catégorie « infirmières ».

L'analyse qui va suivre permet de distinguer les prototypes associés aux différentes catégories. Autrement dit, les termes les plus singuliers que le groupe de sujets (médecins ou infirmières) ait pu évoquer pour désigner une catégorie.

2) Effet de l'appartenance catégorielle sur la représentation des groupes

-L'analyse du KHI2 : vérification de la présence de stéréotypes

En partant de l'hypothèse nulle que les verbes, noms et adjectifs cités par plus de 10% des sujets sont évoqués de façon égale, par les groupes des sujets médecins et infirmières, nous nous demandons si l'écart de fréquence de citation d'un mot résulte d'un phénomène aléatoire.

Le tableau 3 ci-dessous (développé en **Annexe 3**) résume le traitement des éléments centraux ayant permis de repérer ceux qui sont prototypiques pour le mot inducteur « infirmières » et « médecins ».

Tableau 1 : Stéréotypes associés aux médecins et infirmières

Stéréotype envers Infirmières					Stéréotype envers Médecins				
Noms I	I	M	X ²	Probabilité arrondie	Noms M	I	M	X ²	Probabilité
DEVOUEMENT	0	5	5	p<.03	HOMME	4	0	4	p<.05
MEDICAMENT	0	4	4	p<.05	GUERISON	0	4	4	p<.05
PATIENT	4	0	4	p<.05					
					Verbes M	I	M	X ²	Probabilité
Verbes I	I	M	X ²	Probabilité arrondie	DIAGNOSTIQUER	11	3	5	p<.05
ORGANISER	5	0	5	p<.03	AUSCULTER	4	0	4	p<.05
					REFLECHIR	1	7	5	p<.04
					AIDER	0	5	5	p<.03
					Adjectif M	I	M	X ²	Probabilité
					COMPETENT	7	1	5	p<.04
					CALME	0	4	4	p<.05
					CONSCIENCIEUX	0	4	4	p<.04
					HUMAIN	0	4	4	p<.05

LEGENDE :

Couleur Jaune=Stéréotype émanant des sujets Infirmières

Couleur Orange=Stéréotype émanant des sujets médecins

I : nombre de sujets infirmières

M : nombre de sujets médecins

-Concernant le traitement relatif au stéréotype associé aux infirmières, les résultats montrent une différence significative du nombre de citation des noms et verbes suivant l'appartenance catégorielle des sujets : Les sujets infirmières associent particulièrement la catégorie « infirmières » à la prise en charge du PATIENT et à l'action d'ORGANISER alors que les sujets médecins associent plus cette catégorie à la distribution de MEDICAMENT et au DEVOUEMENT.

Ces mots nous permettent de distinguer l'endostéréotype des infirmières (éléments prototypiques auxquels les sujets infirmières s'associent) et l'exostéréotype des médecins (éléments prototypiques auxquels les sujets médecins associent les infirmières)

-Concernant le traitement relatif au stéréotype associé aux médecins, les résultats montrent également une différence significative de citation de noms, verbes et adjectifs suivant l'appartenance des sujets au groupe des infirmières ou au groupe des médecins. : Les sujets médecins associent plus les médecins à la GUERISON, à l'action d'AIDER et REFLECHIR et à la qualification d'être CALME, CONSCIENCIEUX et HUMAIN.

Pour les sujets infirmières, la catégorie 'médecin' est particulièrement associée au terme HOMME, aux verbes DIAGNOSTIQUER et AUSCULTER et à l'adjectif COMPETENT.

Le tableau 2 ci-dessous présente les adjectifs stéréotypes et la connotation moyenne attribuée par les sujets. Il permet de d'identifier les préjugés associés aux différentes catégories.

Tableau 2a: adjectifs stéréotypes associés au mot inducteur « médecins »

Adjectif des infirmières	COMPETENT		
Connotation moyenne des sujets infirmières	2,28		

Adjectifs des médecins	CALME	HUMAIN	CONSCIENCIEUX
Connotation moyenne des sujets médecins	1,2	1,8	2,2

Il montre l'existence de préjugés positifs associés à la catégorie « médecins » :

Les infirmières évoquent l'adjectif COMPETENT avec une connotation positive élevée (2,28 sur une échelle de -3 à 3).

Les médecins évoquent l'adjectif CALME, CONSCIENCIEUX et HUMAIN avec une connotation respective de 1,2; 1,8 et 2,2.

Le tableau qui suit nous permet de vérifier si la différence, entre les connotations attribuées par les sujets infirmières et les sujets médecins, est significative.

Tableau 2b : Comparaison de connotations associées aux préjugés à l'égard de la catégorie « médecins »

	Moyenne Groupe1	Moyenne Groupe2	Valeur t	dl	p	N Actifs Groupe1	N Actifs Groupe2	Ec.-type Groupe1	Ec.-type Groupe2	Ratio-F variance	p variance
Groupe 1 : infirmières Groupe 2 : médecins	2,28571429	2,16666667	0,30984	17	0,8	7	12	0,48795	0,93744	3,69091	0,1215

La comparaison de moyennes entre les connotations attribuées par les sujets médecins et les sujets infirmières en utilisant la loi T de student nous permet d'affirmer qu'il n'y a pas de différence significative entre celle-ci ($p < .90$).

L'ensemble de ces résultats permet de conclure la présence significative de stéréotypes à l'égard des médecins et des infirmières et la présence de préjugés à l'égard de la catégorie « médecins ». Ils permettent de valider l'**Hypothèse 1**.

3) Effet de l'appartenance groupale sur les éléments centraux de la représentation .

Le traitement qui va suivre nous permet de vérifier l'influence de l'asymétrie positionnelle sur le contenu central de la représentation (**Hypothèse 2**).

Après avoir validé la présence de stéréotypes à l'égard des catégories « médecins » et « infirmières », nous cherchons à présent à repérer parmi les éléments centraux associés aux mots inducteurs, ceux qui sont révélateurs d'une différence de statut social ou de pouvoir entre les médecins et les infirmières. Le tableau 3 qui suit (développé en **Annexe 4**) reporte ces éléments.

Tableau 3 : Eléments centraux révélateurs d'une différence de statut social ou de pouvoir associés aux catégories 'médecins' et 'infirmières en fonction de l'appartenance groupale des sujets :

Mots évoqués	Nombre de sujets pour le mot inducteur 'médecins'	Nombre de sujets pour le mot inducteur 'infirmières'	X ²	p<
HOMME	4	0	4	,05
DECIDER	6	0	6	,04
AUTORITAIRE	9	0	9	,02

-Le terme HOMME est uniquement cité par les sujets infirmières pour désigner la catégorie « médecins ».

D'après les études de Lorenzi et ses collaborateurs (Lorenzi-Cioldi, 1993; Lorenzi-Cioldi, Eagly et Stewart, 1995), ce terme est révélateur d'une asymétrie sociale. Associé à un statut social élevé, il marque la différence entre les catégories sociales considérées. La catégorie des médecins n'étant pas composée que d'individus de sexe masculin, nous permet d'indiquer (avec $p < .05$) que ce terme est caractéristique d'une perception de supériorité de la catégorie des médecins de la part des sujets infirmières.

-Le mot DECIDER est significativement plus cité pour le mot inducteur « médecin » que pour le mot inducteur « infirmière » soit 6 fois pour le mot inducteur 'médecins' et aucune fois pour le mot inducteur 'infirmière' ($X^2=6$ et $p < .02$). Il est donc un élément significativement représentatif de la catégorie « médecins ». Ce terme renvoyant à la notion de pouvoir et de différence de statut nous permet d'étayer notre hypothèse.

-Le mot AUTORITAIRE est significativement plus cité pour le mot inducteur « médecin » que pour le mot inducteur « infirmière » soit 9 fois pour le mot inducteur 'médecins' et aucune fois pour le mot inducteur 'infirmière' ($X^2=9$, $p < .03$); Il est donc également un élément significativement représentatif de la catégorie « médecins ». Ce terme renvoyant à la notion de pouvoir et de différence de statut nous permet également d'appuyer notre hypothèse.

La présence significative de ces différents éléments dans la représentation sociale associée aux médecins nous permet de confirmer notre hypothèse (**hypothèse 2**). L'existence d'une asymétrie positionnelle apparaît bien dans le contenu du stéréotype associé aux différentes catégories.

B- Biais de discrimination

1-Discrimination évaluative : effet 2 des variables « profession » et « mot inducteur » sur la représentation sociales des catégories

La théorique présence d'un biais de discrimination dans les relations intergroupes, nous a permis d'émettre l'hypothèse (**Hypothèse 3**) que *le groupe des médecins et le groupe des infirmières, évalueront de manière plus positive la catégorie « médecins » que la catégorie « infirmières ».*

*Cette différence d'évaluation se traduira par une notation de connotations, significativement **plus positives**, des adjectifs évoqués par les médecins et les infirmières envers la catégorie médecins, qu'envers la catégorie infirmières.*

Nous utiliserons la loi de T de Student pour vérifier cette hypothèse.

En partant de l'hypothèse nulle que la connotation associée au mot inducteur « médecins » est équivalente à celle associée au mot inducteur « infirmières », nous vérifierons s'il existe une différence significative de connotation entre ces mots suivant l'appartenance catégorielle des sujets et si cette différence tend à favoriser plus la catégorie « médecins » que la catégorie « infirmières ».

Le tableau qui suit présente les résultats obtenus des analyses de connotations des sujets médecins (données présentées en **Annexe 5**).

Tableau 4 : Résultats d'analyse sur l'évaluation des catégories par les sujets médecins

	Moyenne	Ecart type	N	Diff.	Diff. Ec-type	t	ddl	p	Conclusion
Evaluation des médecins du mot inducteur "médecins"	1,393	1,027							Tendanciel
Evaluation des médecins du mot inducteur "Infirmières"	1,841	0,818	30	0,447	1,223	-2,00	29	0,0547	

Ces résultats indiquent une différence tendanciellement significative entre l'évaluation du mot inducteur « médecins » et celle du mot inducteur « infirmières » de la part des sujets médecins, avec une probabilité avoisinant les 5% ($p < 0,05$).

Cette différence indique que, les connotations attribuées par les sujets médecins au mot inducteur « infirmières » sont plus positives que celles attribuées au mot inducteur « médecins » avec une moyenne de 1,84 (contre 1,39 pour le mot inducteur « infirmières »). Cette partie de l'hypothèse 3 n'est donc pas validée : Les sujets médecins n'évaluent pas plus positivement la catégorie « médecins » que la catégorie « infirmières ».

Le tableau 5 qui suit résume l'analyse faite pour vérifier si les infirmières évaluent plus positivement la catégorie « médecins » que la catégorie « infirmières ».

Tableau 5 : résultats d'analyse sur l'évaluation des catégories par les sujets infirmières

	Moyenne	Ecart - Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	ddl	p	Conclusion
Evaluation des Infirmières du mot inducteur "infirmières"	1,763333333	1,04361221							S
Evaluation des infirmières du mot inducteur "médecins"	0,965	1,31511512	30	0,798	1,18726	3,68297879	29	0,00093915	

Les résultats de cette analyse montrent une différence significative entre l'évaluation du mot inducteur « infirmière » et celle du mot inducteur « médecins » par les sujets infirmières. Les sujets infirmières évaluent plus positivement la catégorie « infirmières » que la catégorie « médecins » avec une moyenne de 1,76 (contre 0,965) et une différence d'écart type de 3,68.

La seconde partie de l'hypothèse 3 n'est donc pas validée. Les sujets infirmières n'évaluent pas plus positivement la catégorie « médecins » que la catégorie « infirmières ».

En conclusion, **l'hypothèse 3** n'a pu être validée. Les sujets médecins et infirmières n'évaluent pas plus positivement la catégorie « médecins » que la catégorie « infirmière » dans la représentation sociale qu'ils ont des catégories.

2-Discrimination au niveau des comportements : effet des variables « profession » et « type de situation » sur la représentation sociale des catégories.

La méthode des planches inductrices que nous avons utilisée, a permis de recueillir un ensemble de propositions, évoquant des scènes relatives aux situations réelles vécues par les sujets, dans le cadre d'exercice de leur activité professionnelle. Ces propositions ont fait l'objet d'une analyse sémantique, consistant à repérer la position actancielle des deux différentes catégories dans les phrases évoquées (**Annexe 6**). Cette analyse a permis de distinguer la position d'actant et d'acté des sujets :

-Une différence significative entre les positions d'actant du médecin et de l'infirmière, statue d'un favoritisme supérieur envers le groupe.

-Une différence significative entre les positions d'acté de ces deux groupes, statue d'un défavoritisme.

*Notre hypothèse (**Hypothèse 4**) est que les sujets médecins et les sujets infirmières seront plus favorisant envers la catégorie des médecins et plus défavorisant envers la catégorie 'infirmières'.*

L'on s'attend donc à ce que les positions d'actant soient significativement plus élevées pour les médecins et, que les positions d'acté soient significativement plus élevées pour les infirmières : Les sujets médecins et les sujets infirmières décriront les situations professionnelles présentées, en plaçant le personnage médecin en personnage principal et le personnage infirmière en personnage secondaire

Sachant que 4 situations professionnelles sont présentées au sujet et que chaque situation considère des positions actancielles objectives qui leur sont relatives.

Sachant que 2 situations professionnelles sous-tendent une position objective d'actant des médecins et d'acté des infirmières et, que 2 autres situations professionnelles sous-tendent une position objective d'actant des infirmières et d'acté des médecins.

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse nulle selon laquelle, il y aurait autant de positions d'actant infirmières, que d'actant médecins et autant de position d'acté médecin que d'acté infirmière.

Nous allons analyser les positions actancielles de la façon suivante :

Dans un premier temps, nous comparerons les positions moyennes d'actant médecins et d'actant infirmières chez les sujets infirmières et chez les sujets médecins.

Dans un second, ce sont les positions moyennes d'acté qui seront comparées.

Et enfin dans un troisième, les différences significatives des positions actancielles moyennes, nous conduiront à comparer ces positions suivant la situation professionnelle. Cette dernière analyse nous permettra de repérer les situations dans lesquels les sujets sont les plus discriminants.

Tableau 6 : Comparaison des positions moyennes d'actant chez les sujets infirmières

INFIRMIERES	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'actant médecin	6,766666667	3,01357084							NS
Position d'actant infirmière	5,866666667	1,88886635	30	0,9	3,043931	1,61945283	29	0,11617544	

Les résultats de cette analyses montrent une différence non significative entre les positions d'actant médecin et infirmière chez les sujets infirmières ($p < .12$).

Ils nous permettent de conclure que les sujets infirmières ne favorisent pas plus la catégorie médecins que la catégorie infirmières.

Le tableau qui suit traite des positions moyennes d'actant chez les sujets médecins.

Tableau 7 : Comparaison des positions moyennes d'actant chez les sujets médecins

MEDECINS	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'actant médecin	7,8	4,70802689							
Position d'actant infirmière	5,866666667	4,13340749	30	1,933	3,81407	2,77637906	29	0,00952852	S

Les résultats de cette analyse montrent une différence significative entre les positions d'actant médecin et infirmière chez les sujets médecins avec un $p < .01$. Les sujets médecins ayant une moyenne de positions d'actant médecins supérieure à celles des positions d'actant infirmières, nous permettent de conclure que les sujets médecins favorisent plus la catégorie médecins que la catégorie infirmières.

Le tableau qui suit traite des positions moyennes d'acté chez les sujets infirmières.

Tableau 8 : Comparaison des positions moyennes d'acté chez les sujets infirmières

INFIRMIERES	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'acté médecin	0,9	0,99481414							
Position d'acté infirmière	0,566666667	0,93526074	30	0,333	1,295439	1,40936204	29	0,16936212	NS

Les résultats de cette analyse montrent une différence non significative des positions d'acté chez les sujets infirmières ($p < .17$).

Ils nous permettent de conclure que les sujets infirmières ne défavorisent pas plus la catégorie médecins que leur propre catégorie (la catégorie infirmières).

Le tableau qui suit traite des positions moyennes d'acté chez les sujets médecins.

Tableau 9 : Comparaison des positions moyennes d'acté chez les sujets médecins

MEDECINS	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'acté médecin	0,833333333	0,87428131							
Position d'acté infirmière	0,666666667	1,15470054	30	0,167	1,234094	0,73970927	29	0,46542274	NS

Les résultats de cette analyse montrent une différence non significative des positions d'acté chez les sujets médecins ($p < .47$)

Ils nous permettent de conclure que les sujets médecins ne défavorisent pas plus la catégorie médecins que la catégorie infirmières.

Ainsi, seule la différence de positions d'actant chez les sujets médecins nous permettent de valider la première partie de notre hypothèse (hypothèse 4a). Les médecins favorisent plus la catégorie 'médecins' mais ne défavorisent pas plus la catégorie infirmières que la catégorie médecins. Pour ce qui est des infirmières, les résultats des analyses montrent qu'elles n'expriment pas de discrimination significative envers les catégories.

La différence significative de positions d'actant chez les sujets médecins, nous permet de mettre à l'épreuve la seconde partie de notre hypothèse (**Hypothèse 4b**) :

Les sujets seront plus discriminant dans un contexte professionnel ou le médecin est placé en actant et l'infirmière en acté (situations 2 et 4)

L'analyse qui suit compare les positions d'actant chez les sujets médecins suivant la situation professionnelle amorcée par le biais des planches inductrices.

Rappelons que chaque situation professionnelle conduit le médecin ou l'infirmière à une position d'actant ou d'acté. Dans le questionnaire destiné au médecin, la première situation place le médecin en acté, la seconde en actant, la troisième en acté et enfin la dernière en actant (cf questionnaire).

Notre analyse compare la position d'actant dans la situation 1, 2, 3 puis 4 chez les médecins.

Une position d'actant significative dans la situation professionnelle évoquée permettra de repérer le contexte potentiel d'exercice d'une discrimination du médecin.

Le tableau qui suit compare la position d'actant du médecin dans la situation 1.

Tableau 10 : Comparaison des positions d'actant du médecin dans la situation 1

MEDECIN : situation 1	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'actant médecin	1,8	1,1264837							
Position d'actant infirmière	1,933333333	1,20153159	30	0,133	1,041661	-0,70	29	0,488	NS

Les résultats de cette analyse montrent une différence non significative des positions d'actant chez les sujets médecins ($p < .49$) pour la situation 1.

Dans cette situation, la consigne associée à l'image 1 est : «L'infirmière vous transmet des informations sur l'état (tension, température, effet d'un médicament ...) d'un patient ». Le médecin est mis en acte.

Ces résultats nous permettent de conclure que la situation 1 ne constitue pas un contexte potentiel d'exercice de favoritisme.

Le tableau qui suit traite des positions moyennes d'actant suivant la situation 2.

Tableau 11 : Comparaison des positions d'actant du médecin dans la situation 2

MEDECIN : situation 2	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'actant médecin	1,6	1,10172279							
Position d'actant infirmières	1,3	1,17883636	30	0,3	1,118805	1,46868131	29	0,2682	NS

Les résultats de cette analyse montrent une différence non significative des positions d'actant chez les sujets médecins ($p < .27$) pour la situation 2.

Dans cette situation, la consigne associée à l'image 2 est : « Vous prescrivez un médicament et avez besoin de précisions (évolution, réactions, allergies...) sur le patient de la part de l'infirmière ». Le médecin est mis en actant.

Ces résultats nous permettent de conclure que la situation 2 ne constitue pas un contexte potentiel d'exercice de favoritisme

Le tableau qui suit traite des positions moyennes d'actant suivant la situation 3.

Tableau 12 : Comparaison des positions d'actant du médecin dans la situation 3

MEDECIN : situation 3	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'actant médecin	2,2	1,5402642							
Position d'actant infirmière	1,1	0,95952574	30	1,1	1,422722	4,23480348	29	0,00021075	S

Les résultats de cette analyse montrent une différence significative des positions d'actant chez les sujets médecins ($p < .01$) pour la situation 3

Dans cette situation, la consigne associée à l'image 3 est : « L'infirmière vous présente un document (exemple : examen sanguin) que vous remplissez et signez ». Le médecin est mis en acte.

Ces résultats nous permettent de conclure que la situation 3 constitue un contexte professionnel potentiel de favoritisme des sujets médecins envers leur catégorie.

Le tableau qui suit traite des positions moyennes d'actant suivant la situation 4.

Tableau 13 : Comparaison des positions d'actant du médecin dans la situation 4

MEDECIN : situation 4	Moyenne	Ec-Type	N	Diff.	Diff Ec-Type	t	dl	p	Conclusion
Position d'actant médecin	2,2	1,5402642							
Position d'actant médecin	1,533333333	1,50248836	30	0,667	1,516196	2,40831892	29	0,02260838	S

Les résultats de cette analyse montrent une différence significative des positions d'actant chez les sujets médecins ($p < .03$) pour la situation 4.

Dans cette situation, la consigne associée à l'image 4 est : « Vous informez l'infirmière du traitement à donner à un patient » Le médecin est donc mis en actant.

Ce résultat nous permet de conclure que la situation 4 constitue un contexte professionnel potentiel de favoritisme des sujets médecins envers leur groupe.

L'ensemble des résultats relatifs à l'hypothèse 4b nous indique que ce sont les situations 3 et 4 qui constituent un contexte potentiel de discrimination et non les situations 2 et 3. La deuxième de l'hypothèse 4 n'a donc pu être validée.

Les résultats de **l'hypothèse 4** indiquent que le biais de discrimination n'apparaît significativement qu'au travers d'un favoritisme des sujets médecins envers leur catégorie et ce précisément dans la situation 3 et 4. Cette hypothèse n'est donc que partiellement validée.

DISCUSSION

Les traitements et analyses des représentations sociales de la catégorie « médecins » et « infirmières » ont permis de valider 3 de nos hypothèses dont 1 partiellement.

L'hypothèse 1 postulant la présence de stéréotypes et de préjugés dans les représentations a pu être validée :

-Les traits prototypiques associés à la catégorie « infirmières » et « médecins » nous permettent de distinguer différents stéréotypes. L'endostéréotype de la catégorie « infirmières » marqué par le nom PATIENT et le verbe ORGANISER. L'endostéréotype de la catégorie « médecins » marqué par le nom GUERISON, les verbes AIDER et REFLECHIR et les adjectifs CALME et CONSCIENCIEUX et HUMAIN. L'exostéréotype de la catégorie « infirmières » marqué par le nom DEVOUEMENT et MEDICAMENT et enfin, l'exostéréotype des médecins par le nom HOMME, le verbe DIAGNOSTIQUER et AUSCULTER et l'adjectif COMPETENT. Ces endo et exo stéréotypes marquent la particularité de la représentation sociale de la catégorie professionnelle des sujets : Les sujets infirmières définissent particulièrement leur catégorie comme proche du PATIENT alors que les sujets médecins définissent la leur comme plutôt proche de la GUERISON. On remarquera ici que les finalités ne sont pas les mêmes. Ces éléments permettent de nous renseigner sur l'identité professionnelle des sujets (Abric, 1997).

Les stéréotypes pour désigner l'exogroupe se distinguent également au niveau sémantique. Les infirmières utilisent des verbes d'action (DIAGNOSTIQUER et AUSCULTER) pour désigner la catégorie « médecins » alors que les médecins utilisent plutôt des termes passifs (DEVOUEMENT et MEDICAMENT).

-Les préjugés à l'égard des catégories diffèrent également. On remarquera qu'il n'y a pas de préjugés associés à la catégorie « infirmières » et que ceux qui sont associés à la catégorie « médecins » sont uniquement positifs. De même, que les préjugés émanant des médecins sont plutôt tournés vers des qualités humaines alors que ceux émanant des infirmières sont plutôt tournés vers des qualités professionnelles. Les sujets médecins évoquent les adjectifs CALME, CONSCIENCIEUX et HUMAIN et les sujets infirmières évoquent l'adjectif COMPETENT.

Ces différences au niveau des représentations nous amènent à discuter des résultats relatifs à l'hypothèse 2.

La validation de l'hypothèse 2 nous a permis de repérer des éléments centraux de la représentation de la catégorie « médecins » qui sont clairement révélateurs d'une différence de statut et de pouvoir : Le verbe DECIDER et l'adjectif AUTORITAIRE marquent bien cette différence . Pour ce qui est du nom HOMME, l'idée qu'il sous-tend une différence de statut, est surtout appuyée par l'explication avancée de chercheurs dans les études sur la manifestation du biais d'homogénéité (Lorenzi-Cioldi, 1993, Devos, Comby et Deschamps, 1996; Dafflon, 1999). La différence de statut entre les hommes et les femmes serait de moins au moins prononcée de nos jours (Cacouault-Bitaud M., 2001⁴² ; Le Feuvre et al. 2003⁴³). Cependant dans le contexte de notre étude, ce terme ne peut que révéler une différence de statut .Le fait que la catégorie professionnelle des 'médecins' comprenne plus d'hommes que de femmes et que la catégorie professionnelle des 'infirmières' comprenne plus de femmes que d'hommes, pourrait justifier le clivage des professions soutenu par certains sociologues (Sullerot, 1968 ; Bourdieu 1979 ; Chauvel 2001). « Dans la mesure où une profession apporte tout à la fois richesse et prestige, elle sera difficilement concédée aux femmes » (Sullerot, 1968 : p123).Ainsi, les femmes auraient plus de difficulté à accéder à des statuts élevés. Certains chercheurs laisseraient même présager cette hypothèse en expliquant que certains stéréotypes marquent encore l'ordonnancement du « masculin » et du « féminin » sur le continuum d'une échelle de valeurs (Héritier, 1996, 2002; Laqueur, 1992). Dans nos sociétés contemporaines, les normes valorisées sembleraient être « homme, blanc, jeune, en bonne santé et hétérosexuel » (Zarate et Smith, 1990).

L'hypothèse 3 prévoyant une évaluation plus positive envers la catégorie « médecins » et plus négative envers la catégorie « infirmières » n'a pu être validée. Bien que de nombreuses théories et études insistent sur la valorisation supérieure d'un groupe à statut et/ou à pouvoir élevé, les médecins ne s'évaluent pas plus positivement que les infirmières et les infirmières n'évaluent pas plus positivement les médecins que les infirmières. Dans nos résultats, il se trouve que le phénomène est inversé. Les sujets médecins évaluent plus positivement la catégorie « infirmières » et les sujets infirmières évaluent plus positivement leur propre catégorie. Les résultats retrouvés dans certaines études pourraient expliquer ce phénomène. Dans une étude menée par Brewer et Silver (1978), il a été montré que la

⁴²Le Feuvre N., Lapeyre N., Cacouault M., Picot G. (2003). *La féminisation des professions libérales : L'exemple des professions médicales et juridiques*, Rapport final, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Service des droits des femmes et de l'égalité, Etude n° 75, Programme d'études 2001, 276 p.

⁴³ Cacouault-Bitaud M. (2001). « La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? », *Travail, genre et société*, n° 5, mars : 93-115.

manifestation du biais de discrimination pouvait dépendre de la tâche que les groupes de sujets avaient à accomplir : les chercheurs ont montré que le biais de discrimination pouvait se manifester différemment lorsqu'il s'agissait d'une tâche évaluative ou d'une tâche d'allocation de ressources. L'explication avancée était que c'était la mise en compétition des groupes qui permettait de réveiller une discrimination. Dans la première tâche, la tâche d'association verbale, nous n'avons pas cherché à confronter la représentation de la catégorie « médecins » à la catégorie « infirmières ». Ainsi, lorsque les sujets devaient évaluer les catégories, ils ne les évaluaient pas l'une par rapport à l'autre, mais l'une après l'autre. La procédure est donc différente de celle utilisée dans le paradigme du groupe minimal, qui dans la tâche proposée incite explicitement les sujets à se comparer. Dans notre tâche, les sujets s'évaluent par rapport à leur appartenance à une catégorie professionnelle. Cette évaluation n'incite pas les sujets à se comparer par rapport à l'exogroupe. Leur évaluation est donc plus relative à la profession en elle-même qu'à la confrontation des sujets qui exercent cette profession. Dans un article récent écrit par Simon et Oakes (2006), il est discuté du caractère relatif du pouvoir. Ces auteurs nous distinguent le pouvoir que l'on peut avoir sur quelqu'un (« power over others ») du pouvoir d'accomplir ce que l'on souhaite (« power to achieve desired outcomes »). Cet état de réflexion nous permet d'introduire le caractère relatif du pouvoir lorsqu'il s'agit d'évaluer une catégorie de façon absolue (sans la comparer explicitement à une autre catégorie). Lorsque les sujets évaluent les catégories, l'on peut se demander s'ils ne les évaluent par rapport au lien qui est développé avec le patient. Car dans ce cas, l'on pourrait affirmer que les infirmières ont un pouvoir supérieur par rapport aux médecins. Ceci expliquerait pourquoi la catégorie « infirmière » est évaluée plus positivement. En effet, nous savons que les infirmières sont bien proches des patients que ne le sont les médecins : les infirmières sont au chevet du patient alors que les médecins ne sont présents en général que pour diagnostiquer ou opérer le patient. Cet état de faits apparaît bien dans la représentation associée aux catégories : les médecins associent particulièrement leur catégorie au terme GUERISON alors que les infirmières associent la leur au terme PATIENT.

En revanche, lorsque nous confrontons les catégories, cela permet de bien mobiliser le pouvoir d'une catégorie sur l'autre. Ce qui permet d'ailleurs de valider la partie de l'hypothèse 4 prévoyant un favoritisme supérieur envers la catégorie « médecins ». Les médecins favorisent significativement plus leur catégorie que celle des infirmières. Quant aux infirmières, nous n'avons pas pu obtenir des résultats suffisamment significatifs ($p=0,11$), mais nous voyons bien que la moyenne des positions d'actant pour la catégorie

médecins est supérieure à celle pour la catégorie « infirmières » (6,8 contre 5,9). Un échantillon de population plus grand, nous aurait probablement permis de mieux vérifier cet effet.

Dans l'hypothèse 4, nous avons également prédit un défavoritisme significatif envers la catégorie « infirmières ». Cette partie de l'hypothèse n'a pu être validée pour une raison que nous soupçonnons. Des études sur la discrimination (Blanz, Mummendey et Otten, 1997 ; Mummendey et Otten, 1998) ont montré que si la tâche des sujets faisait appel à des normes ou des règles sociales, on observerait moins de défavoritisme de la part des sujets : les médecins et infirmières, étant soumis à des règles et procédures qu'ils doivent respecter au sein de l'hôpital, ne peuvent se permettre de défavoriser explicitement leurs collègues. Pour cause, le défavoritisme apparaît implicitement au travers du favoritisme qui se manifeste. Les médecins et les infirmières ne pouvant défavoriser explicitement la catégorie « infirmières » dans les situations professionnelles présentées, favorisent la catégorie « médecins ».

Notre dernière partie de l'hypothèse 4 prédisait que la discrimination serait plus saillante dans les situations professionnelles où les médecins étaient mis en position d'actant, c'est à dire dans la situation 2 et 4. Les résultats ont montré que c'était les situations 3 et 4 qui étaient potentiellement les plus discriminantes. L'explication que nous donnons à ce résultat peut se trouver dans des récentes études menées en psychologie sur le pouvoir (Haslam, & Platow, 2001; Reynolds & Platow, 2003 ; Boldry & Gaertner 2006). D'après ces études, il semblerait que le pouvoir soit sous-jacent au contexte dans lequel il s'exerce. Ainsi, les individus seraient plus discriminants dans un contexte où la différence de pouvoir est rendue saillante. Dans l'étude de Boldry et Gaertner (2006), cherchant à démontrer les effets indépendants du statut et du pouvoir, il est montré que l'effet du pouvoir est situationnel alors que celui du statut est général : l'effet du pouvoir ne se manifeste que dans des situations où la différence de pouvoir est perçue alors que l'effet du statut est indépendant du contexte, il fait partie intégrante de l'identité du sujet. Antérieurement, l'étude de Sachdev et Bourhis (1991) menée sur l'effet du statut et du pouvoir, montrait bien la prévalence de l'effet du pouvoir sur celui du statut : quelque soit le statut (bas ou élevé), les sujets n'étaient discriminants que s'ils avaient un pouvoir relativement plus élevé.

Ceci nous amène à conclure, que les sujets ne sont discriminants que lorsqu'ils perçoivent une différence de pouvoir entre les groupes. Dans les situations 1 et 2, le contexte n'incite pas particulièrement à percevoir une différence de pouvoir. Elles mettent en interaction le médecin et l'infirmière sur la base d'un simple échange d'information : Dans la situation 1,

l'infirmière transmet des informations au médecin. Dans la situation 2, le médecin demande des précisions à l'infirmière.

Dans la situation 3 et 4, le contexte demande à ce qu'une action soit exécutée : Dans la situation 3, l'infirmière demande au médecin de remplir et signer un document. Dans la situation 4, le médecin demande à l'infirmière de donner un traitement au patient. Nous pensons que ces situations mobilisent particulièrement la différence de pouvoir, car elles rappellent que ce sont les médecins qui décident du traitement à donner aux patients.

Ainsi, lorsque la différence de pouvoir entre les médecins et infirmières est rendue saillante, les sujets expriment significativement plus de favoritisme à l'égard de la catégorie « médecins ».

Dans cette étude, les critères de population que nous avons souhaités prendre en compte n'ont pu être tous ceux finalement retenus. Nous aurions pu tester l'effet du service dans lequel exercent les sujets ainsi que l'expérience dans la profession si notre échantillon de population était plus grand.

La variable service nous aurait peut-être permis de nuancer nos résultats en utilisant l'hypothèse du contact avancée par certains chercheurs (Allport ,1954 ; Shérif 1953,1966 ; Aronson et Al 1978 ; Johnson et Johnson et Maruyama ,1983 ; Turner, 1982, 1985, Brown et Abrams, 1986) En effet, d'après ces auteurs, la coopération et les buts communs des individus réduisent les discriminations entre catégories sociales. Cette différence de coopération aurait pu se révéler suivant le type de service. Une récente étude (2005)⁴⁴ menée par la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) sur les conditions de travail en équipe a pu faire témoigner des infirmières d'une différence de relation entre les professionnels de soins suivant le service. Ainsi dans le service de chirurgie, le personnel infirmier serait plus en contact avec le personnel médical. Dans ce service, les infirmières sont plus en contact avec les patients compte tenu des exigences de soins qu'ils nécessitent. Ce contexte de proximité avec les patients conduirait plus les médecins et infirmières à devoir collaborer.

De même que les différences d'expériences des sujets auraient pu nous distinguer les rapports entre les groupes. C'est ainsi que Reiner (2001) a pu montré dans une étude, les différences de représentations d'apprenties infirmières du « métier d'infirmier » suivant le

⁴⁴ Gheorghiu M. D., Moatty F. (juin 2005). Les conditions du travail en équipe Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». Centre d'études de l'emploi, DREES, CEE, n° 49.

nombre d'années de formation. Et qu'un ouvrage récent de Jodelet (2006) a pu montré l'importance⁴⁵ de la prise en compte de l'expérience dans les représentations sociales.

Les outils méthodologiques que nous avons utilisés, nous ont seulement permis de démontrer les phénomènes les plus apparents : Les représentations sociales de la catégorie « médecins » et de la catégorie « infirmières » sont marquées par des termes différents. Elles contiennent des stéréotypes et des préjugés sociaux suivant l'appartenance groupale de celui qui les émet. Les médecins aussi bien que les infirmières ont une représentation sociale marquée la différence de statut et de pouvoir qui régit leur relation. Cependant cette différence de positions n'influence pas la façon d'évaluer et de se comporter envers le groupe de « médecins » ou d'« infirmières » de la même manière. La façon dont les médecins et infirmières s'évaluent est à l'opposé de la façon dont ils semblent se comporter. Ce phénomène nous incite à revoir les consignes des tâches que nous donnons à faire aux sujets. L'idée d'inciter les sujets à se comparer permettrait peut-être d'avoir des résultats meilleurs. Dans la plupart des études utilisant le paradigme du groupe minimal pour mesurer la discrimination dans les relations intergroupes, des matrices de Tajfel sont présentées au sujet. Ces matrices amènent d'entrée de jeu les sujets à se comparer puisqu'ils ont comme tâche de choisir une rémunération pour l'endogroupe et pour l'exogroupe. Le sujet ne peut attribuer une rémunération à son groupe sans attribuer une rémunération à l'autre groupe. Dans notre étude, la tâche d'association verbale n'oblige pas les sujets à comparer l'endogroupe et l'exogroupe. Elle lui propose seulement d'écrire les mots qui lui viennent à l'esprit lorsqu'il évoque « les médecins » ou « les infirmières ». Ainsi nous pensons que dans une prochaine étude, il serait meilleur, par exemple, de proposer la méthode des planches avant la méthode d'association verbale. Ceci permettrait de mobiliser l'appartenance du sujet à un groupe par rapport à un autre groupe avant d'inviter à évoquer les éléments de représentations.

Autre proposition, nous pourrions demander aux sujets une représentation de leur catégorie par rapport à la catégorie exogène. Ainsi au lieu de demander aux sujets « quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on vous évoque les médecins ou les infirmières » on

⁴⁵ « L'expérience donne sens au vécu qui structure en termes de pertinence les éléments constituant l'état du monde visé dans un espace et un temps particuliers de la vie quotidienne. La notion d'expérience et de vécu nous permet de passer du collectif au singulier, du social à l'individuel, sans perdre de vue la place qui revient aux représentations sociales ni les différentes formes de leur fonctionnement » (Jodelet, 2006, p. 29)

leur demanderait «quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit pour distinguer les médecins des infirmières ou les infirmières des médecins ».

La méthode des planches a pu montrer une discrimination au niveau des comportements. Une étude plus affinée sur l'évocation de scènes relatives aux situations professionnelles unissant médecins et infirmières nous aurait peut être permis de constater une discrimination plus effective. C'est ainsi que nombreuses infirmières ont mentionné à la fin du questionnaire le caractère « restrictif » des situations professionnelles présentées : jugée trop générale par l'aspect des situations présentées, cette tâche ne permettait pas aux infirmières d'évoquer des situations professionnelles particulières pouvant révéler une présence plus significative de discrimination. Nous aurions envisagé dans une prochaine étude des entretiens avec les médecins et les infirmières afin de recueillir des situations professionnelles plus sujettes à leur vécu, pour pouvoir finalement les proposer dans le cadre d'une méthode des planches. Nous envisagerions également d'étudier la représentation sociale des patients afin d'avoir une vision complète de la relation entre médecins et infirmières. Le patient, étant la raison professionnelle principale pour laquelle médecins et infirmières s'unissent et collaborent.

CONCLUSION

Cette étude nous a finalement permis de mieux comprendre la relation qui s'instaure entre les médecins et les infirmières. Même si une différence de statut et pouvoir les sépare, le soin et l'écoute sont pour eux les maîtres mots de leur profession.

Les méthodes d'investigation que nous avons employées ont su nous révéler les limites perceptives dans une opération de catégorisation sociale. Elles montrent que nous pouvons être sujets à des biais d'assimilation et de discrimination et cela sans pour autant en être toujours consentants. Notre cerveau sélectionne les informations qu'il perçoit dans l'environnement et nous conduit parfois à porter des erreurs de jugements ou agir envers l'autre de façon injuste. Notre société d'aujourd'hui veut que pour évoluer, il faut évaluer et être évalué. Cette évaluation ne se fait malheureusement pas toujours sans erreurs. Elle peut conduire à des représentations sociales biaisées de par la façon dont nous nous catégorisons et catégorisons les autres.

La présence du statut et du pouvoir dans le monde du travail doit nous inciter à être plus vigilant sur la façon dont nous percevons autrui. Avoir un pouvoir ou un statut supérieur dans son travail ne signifie pas que nous sommes supérieurs en tant qu'humain. La différence de pouvoir et de statut montre juste que nous intervenons à des niveaux différents dans l'entreprise. Dans notre étude, nous n'avons pas cherché à montrer que la relation médecins-infirmières était biaisée par la différence de statut et de pouvoir, mais plutôt qu'elle pouvait être sujette à des biais. L'existence de stéréotypes, de préjugés et d'une discrimination, dans cette relation, nous invite à mieux considérer les implications d'une appartenance à un groupe professionnel.

Des études en psychologie sociale ont montré que l'effet d'une appartenance à une catégorie sociale peut conduire à perturber les relations sociales. Nous avons pu prolonger cette idée en montrant que ces perturbations pouvaient aussi bien se révéler dans la vie quotidienne que dans le milieu du travail. L'analyse des stéréotypes en fonction du positionnement social encourage les chercheurs, intéressés par ce thème, à développer ses effets.

D'un point de vue pratique, cette étude invite les médecins et infirmières à ne pas se laisser perturber dans leur relation sociale par leur différence de pouvoir ou de statut.

S'il y avait un message à adresser à ces professionnels, ce serait de leur dire que l'estime mutuelle, à chaque seconde de leur collaboration, peut sauver des millions de vies.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric J.-C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales : système central et système périphérique, In Guimelli Ch. (Ed.) *Structures et transformations des représentations sociales*. pp. 73-84. Lausanne : Delachaux & Niestlé.
- Abric J. C. (1997). *Pratiques sociales et représentations*, PUF.
- Anzieu D. & Martin J.-Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*, Paris : PUF.
- Arslanian Engoren, C. M. (1995). Lived experiences of CNSs who collaborate with physicians: A phenomenological study. *Clinical Nurse Specialist*, 9, 68 – 74.
- Aubert N., Gaulejac V. (2007). *Le coût de l'excellence*, Paris : Éd. du Seuil
- Baggs, J. G & Schmitt, M. H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Research in Nursing & Health*, 20, 71 – 80.
- Baggs, J.G, Ryan, S.A., Phelps, C.E., Richeson, J.E, & Johnson, J.E. (1992). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 21(1),18-24.
- Blanz M.,Mummendey A. et Otten S.(1997).Normative evaluations and frequency expectations regarding positive versus negative outcome allocations between groups.*European journal of psychology*,27,165-176.
- Boldry G., Gaertner L.(2006).Separating status from power as an antecedent of Intergroup perception.*Group Processes &Intergroup Relations*,Vol 9(3) 377–400.
- Bonardi C., Roussiau N. (1999). *Les représentations sociales*, Eds Dunod, Paris.
- Bourdieu P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris : Minuit
- Bourhis R. et Gagnon (1994).Power, gender and intergroup discrimination. In M. Zanna & J. Olson (Eds.), *The Ontario Symposium : The psychology prejudice* (Vol. 7), 171-208.
- Bourhis R., Leyens J-P. (1999). *Stéréotypes, discrimination et relation intergroupes*, édition Mardaga
- Brewer M.B.,Silver M.(1978). Ingroup bias as a fonction of tasks characteristics.*European journal of psychology*, 8,393-400.
- Chauvel L. (2001). “Le retour des classes”, *Revue de l'OFCE*, 79, 315-359.
- Crozier M. et Friedberg E.(1977).*L'acteur et le système*, Paris, Seuil,

- De Bandt J., Dejours C. (1998). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Eds du Seuil.
- Dejours C. (2000). *Travail, usure mentale*, Eds. Bayard.
- Deschamps et Meyer (1978). *Accentuation des ressemblances intracatégorielles*. In. w Doise (ed). *Expériences entre groupes*, pp. 281-292. Paris. Mouton.
- Durand J.P. et Weil R. (1997). *Sociologie contemporaine*, Ed. Vigot. Paris, pp. 108-129.
- Ferre N. (2002). Discriminations, libertés individuelles et harcèlements : *Liaisons Sociales Quotidien*, n° 13696.1-122.
- Fontani C. (2006). Représentations sociales, pratiques d'enseignement et contexte socioculturel : « Le poids de l'influence sociale dans la représentation du métier d'enseignant et du métier d'élève », *Systèmes d'apprentissage*, Université Aix Marseille 1,
- Gaulejac V. (2004). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris : Éd. du Seuil.
- Gheorghiu M. D., Moatty F. (juin 2005). Les conditions du travail en équipe Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». Centre d'études de l'emploi, *DREES*, CEE, n° 49.
- Giglin M., Guimelli C., Penochet J.-C. (1996). Les représentations sociales de la dépression chez des médecins : entre pratiques et normes. *Papers on social representations*, 5, 1. 27-40.
- Glouberman S. et Mintzberg H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease, *Health Care Management Review* : 56 – 84.
- Goffman E. (1973). *Présentation de soi*, Éditions de Minuit. Paris.
- Goffman E. (2002). La « distance au rôle » en salle d'opération, *Actes de la recherche en sciences sociales*, pp 80-87.
- Goldthorpe J. H. (1992). *The constant Flux. A Study of Class Mobility in Industrial Societies*, Oxford, Clarendon Press.
- Haslam, A. & Platow M. (2001). The link between leadership and followership: How affirming social identity translates vision into action. *Personality and social psychology bulletin*, Vol. 27, No. 11, 1469-1479 .
- Herzlich C. (1996). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Hewston M., Rubin M. & Willis H. (2002). Intergroup bias. *Annual Review of Psychology*, 53, 575 – 604.
- Iribarne P. (1989). *"La logique de l'honneur : Gestion des entreprises et traditions nationales"*, Seuil, Paris.

- Jameux Cl. (1994). « Analyse des organisations et entreprise. Points de repères issus de la notion de pouvoir », *Sciences de la société*, n°33.
- Jervis L.L. (2002) Working in and around the chain of command: power relations among nursing staff in an urban nursing home. *Nursing Inquiry*, 9 (1), 12–23.
- Jodelet D. (1994). *Les représentations sociales*, PUF, 4ème édition, Paris.
- Jodelet D. (1989). *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF.
- Jodelet D. (1997). *Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie*, in *Psychologie sociale*, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, p. 365- p. 36.
- Johnson-Laird P.N. (1986). *Reasoning without logic*, in T.Meyers, K.Brown & B.McGonigle (Eds) *Reasoning and discourse processes*, 14-49, Academic press: London.
- Katz et Braly (1933), Racial stereotypes of one hundred college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28-280-290
- Katzman E.M. (1989) Nurses and physicians perceptions of nursing authority. *Journal of Professional Nursing*, 5, 208–214.
- Katzman, E.M., Roberts, J.I. (1988), "Nurse-physician conflicts as barriers to the enactment of nursing roles", *Western Journal of Nursing Research*, Vol.10,5,576-90
- Knaus, W.A., Draper, E.A., Wagner, D.P., & Zimmerman, J.E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104(3), 410-418.
- Lacassagne M.F., Sales-Wuillemin E., Castel Ph., Jebrane A. (2001). *La catégorisation d'un exogroupe à travers une tâche d'association de mots*, *Textes sur les représentations sociales*, 10, 7.1-7.11.
- Leyens, J. Ph., Paladino, M. P., & Demoulin, S. (1999). Nous et les autres. Peut-on vivre sans stéréotypes sur autrui ? *Sciences Humaines*, 94, 26-29.
- Lorenzi-Cioldi (1993). Perceptions of ingroup and outgroup homogeneity as a function of sex and contact. *British Journal of Social Psychology* .32. 111-124
- MacGarty et Turner (1992). The effects of categorization on social judgment .*British Journal of Psychology*, 31, 253-268.
- Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans les organisations*, Paris : Les éditions d'organisation.
- Mitchell, R.H., Armstrong, S., Simpson, T.E., & Lentz, M. (1989). American association of critical-care nurses demonstration projects: Profile of excellence in critical care nursing. Heart & Lung: *The Journal of Critical Care*, 18(3), 219-237.
- Moscovici S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.

Mucchielli R. (1995). *La dynamique des groupes*, ESF Editions, Paris, 14ème édition, pp 14-15.

Mullen et Hu, (1989). Perceptions of ingroup and outgroup variability : A meta-analytic integration. *Basic and applied social psychology*, 10. 233-252

Mummendey A., & Otten S. (1998). Positive-negative asymmetry in social discrimination. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 9, pp. 107–143).

Park, B. & Rothbart, M. (1982). Perception of out-group homogeneity and levels of social categorization: Memory for the subordinate attributes of in-group and out-group members. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1051-1068.

Prescott P.A. & Bowen S.A (1985). Physician-nurse relationships. *Annals of Internal Medicine* 103, 127–133.

Reynier J. (2001). L'installation d'une représentation sociale : l'exemple de la fonction d'infirmière. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 49, 97-113.

Reynolds K.J. & Platow M.J.(2003). On the social psychology of power and powerlessness: Social power as a symptom of organizational division. *Social identity at work: Developing theory for organizational practice*, pp. 173–88.

Sachdev I. and Hogg (1983). Social categorization, interpersonal attraction and group formation. *British journal of social psychology* , vol. 22, n°3, pp. 227-239 .

Sachdev I. et Bourhis R.Y.(1984). “Minimal majorities and minorities”, *European Journal of Social Psychology*, 14, 35-52.

Sachdev I. and Bourhis R.Y.(1985). “Social categorisation and power differentials in group relations”. *European Journal of Social Psychology*, Vol.15, 415-434.

Sachdev I. and Bourhis RY. (1987), Status differentials and intergroup behaviour, *European Journal of Social Psychology*, Vol.17, 277-293.

Sachdev I. and Bourhis R.Y.(1991). Power and status differentials in minority and majority group relations. *European Journal of Social Psychology*, 21, 1-24.

Simon B., Oakes P. (2006), Beyond dependence: An identity approach to social power and domination. *Human relations*, 59, 105-139

Sales-Wuillemin E. (2006). *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*, Dunod, pp. 156.

Sales-Wuillemin E. (2005). *Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : Représentations sociale catégorisation et attitude*, L'harmattan, pp. 178.

Sandler L. Gilman (1996). *L'Autre et le Moi, stéréotypes occidentaux de la race, de la sexualité et de la maladie*, PUF.

Sainsaulieu R. (1997). *Sociologie de l'entreprise : organisation, culture et développement*, Paris, Presses des Sciences Politiques et Dalloz.

Sedikides, C. & Ostrom, T. M. (1993). Perceptions of group variability. *Social Cognition*, Vol. 11, Issue 1;

Tajfel H. (1972). "La catégorisation sociale", in *Introduction à la psychologie*, sous la direction de S. Moscovici, vol.1, Paris, Larousse,

Tajfel H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge University Press.

Taylor, S. E., Fiske, S. T., Etcoff, N. J., & Ruderman, A. J. (1978). Categorical and contextual bases of person memory and stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 778-793.

Tremblay J.-M. (2006). "Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales." *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations*, Presses universitaires de Rennes .pp. 235-255.

Yzerbyt, V. Y., Schadron, G., Leyens, J. Ph., & Rocher, S. (1994). Social judgeability: The impact of meta-informational rules on the use of stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 48-55.