

APPRENDRE À COOPÉRER POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ **Agnès Dollet**

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2014/3 N° 118 | pages 62 à 74

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-62.htm>

Pour citer cet article :

Agnès Dollet, « Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé », *Recherche en soins infirmiers* 2014/3 (N° 118), p. 62-74.
DOI 10.3917/rsi.118.0062

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé

A cooperation learning program to improve health promotion approach

Agnès DOLLET

Infirmière, cadre de santé formateur, Master en santé publique et environnement ; Institut régional de formation sanitaire et sociale d'Auvergne

RÉSUMÉ

La coopération sanitaire et sociale permet la prise en charge des usagers dans une logique de promotion de la santé. L'IRFSS Auvergne a pour but de favoriser la coopération entre les futurs infirmiers et assistants de service social qu'il forme. L'objectif de ce travail était d'élaborer et de mettre en œuvre un dispositif intégré à la formation des étudiants infirmiers et assistants de service social, leur permettant de développer des aptitudes à coopérer en situation de travail. Une étude réalisée auprès d'infirmiers et d'assistants de service social de terrain a montré que la coopération sanitaire et sociale permet la promotion de la santé, mais que des freins à la coopération subsistent encore. Grâce à cette étude, un dispositif pédagogique adapté aux problématiques de terrain : la « boîte à outils pour apprendre à coopérer » a été créé.

Au-delà de ce projet, l'étude a permis un questionnement sur la place de la promotion de la santé dans les formations sanitaires et sociales, l'organisation de la formation continue des professionnels à l'échelle d'un territoire de santé, et la place de la coordination dans la formation des cadres.

Mots clés : Coopération, promotion de la santé, formation des professionnels de santé, infirmier, assistant de service social.

ABSTRACT

Cooperation in the health and social welfare sectors enables the users to be taken care of, as a part of a health promotion approach. The aim of L'IRFSS Auvergne is to promote cooperation between future nurses and social workers within its training sessions. Based on that work, the objective was to implement a framework integrated to both the nursing and social work curriculum, enabling the students to develop team working skills on the field. A survey of nurses and social workers leads to the creation of a pedagogical tool adapted to issues encountered on the field. « the cooperation toolbox kit »

In addition to this project, the study raised the question of the role of health promotion in the social work curriculum, the organization of the lifelong training department in a given area, and the role of coordination in the training of managerial staff.

Key words : Cooperation, nurse, social worker, Health professional education, health promotion.

Pour citer l'article :

Dollet A. Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. Recherche en soins infirmiers, septembre 2014 ; 118 : 62-74.

Adresse de correspondance :

Agnès Dollet : agnes.dollet@croix-rouge.fr

INTRODUCTION

Afin d'améliorer la qualité des services rendus aux usagers de ses établissements sanitaires et sociaux, la Croix Rouge française a pour projet de développer leur prise en charge globale. Un des moyens de promouvoir cette vision globale est d'améliorer la coopération entre les professionnels sanitaires et les professionnels sociaux. Formant dans ses Instituts de formation ces deux catégories de professionnels, la Croix-Rouge française est bien placée pour favoriser cette coopération dès la formation initiale. La mise en place du nouveau programme des études infirmières en 2009 a été l'occasion de réfléchir à un dispositif de formation permettant d'améliorer les capacités à coopérer des futurs professionnels infirmiers et assistants de service social formés dans les instituts Croix-Rouge : le projet « Savoir coopérer ».

L'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale d'Auvergne (IRFSS Auvergne) créé en 2007, est issu de la réunion d'une école d'assistants de service social et d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Dès la rentrée scolaire 2012-2013, l'IRFSS Auvergne a souhaité, comme tous les instituts de formation Croix-Rouge, mettre en place le projet « Savoir coopérer ». Quand ils découvrent le projet, les formateurs sanitaires et sociaux de l'IRFSS Auvergne semblent intéressés par l'idée de promouvoir la coopération sanitaire et sociale. Mais celle-ci recouvre une réalité très différente en fonction de l'expérience et des représentations de chacun. Pour certains formateurs, le but de cette coopération est de faire des économies, pour d'autres cela permet une réponse pertinente aux besoins de santé de la population. Pour certains formateurs, il est évident que la coopération sanitaire et sociale est liée à la promotion de la santé, mais pour la plupart, le lien entre leur profession, la coopération sanitaire et sociale et la promotion de la santé est loin d'être clairement identifié. De même, la coopération est perçue par certains comme la transmission des compétences d'un autre professionnel à l'utilisateur qui en a besoin, d'autres évoquent une notion d'objectifs communs, et d'autres encore font référence à la notion de travail en réseau. Certains formateurs considèrent que la formation peut aider à l'apprentissage de la coopération. Mais d'autres estiment que les professionnels sanitaires et sociaux coopèrent déjà entre eux, et jugent superflue une éventuelle formation à la coopération.

La mise en place du projet « savoir coopérer » est basée sur l'hypothèse que les professionnels sanitaires et sociaux de terrain coopèrent entre eux, ce qui leur permet de promouvoir la santé, mais que l'efficacité de cette coopération peut être améliorée par la mise en place du projet dans les formations initiales. Pour vérifier cette hypothèse, l'équipe enseignante exprime alors la nécessité d'en savoir plus sur les pratiques de coopération des professionnels infirmiers et assistants de service social de terrain. Il a alors été décidé de mener une étude ayant pour objectifs de décrire :

- les réseaux de coopération des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et des assistants de service social (ASS),
- des situations les incitant à coopérer,
- les modes de coopération et les outils qu'ils utilisent,
- leur ressenti par rapport à la coopération sanitaire et sociale.

Les préconisations de la direction de la formation de la Croix-Rouge nationale étaient de mettre en place le projet « savoir coopérer » à partir de septembre 2012. L'IRFSS Auvergne a donc mis en œuvre des séquences pédagogiques pour les étudiants de première année sans attendre les résultats de l'étude. Celle-ci a néanmoins permis par la suite de réajuster le dispositif pédagogique.

Dans un premier temps, une rapide revue de la littérature a permis d'apporter quelques éléments de réponse aux questions posées.

CADRE DE RÉFÉRENCE

■ L'histoire : d'une spécialisation des professions à une incitation à coopérer qui peine à se mettre en place

Une approche historique (Boucher, Bourès, Boyé, Dublineau, Jaeger, Larcher et al. 2007) [1] permet d'expliquer l'évolution des professions d'infirmiers et d'assistants de service social (Pierre/Jeanquiot, 2006) [2]. Ces deux professions autrefois confondues, se sont à un moment donné séparées. En effet, le décret du 18/2/1938 entérine la création de deux diplômes : le diplôme d'infirmière hospitalière et le diplôme d'assistante de service social qui remplace celui d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale. La durée de l'enseignement est alors de deux ans, avec une première année commune. Puis, les professions se spécialisent, les infirmières délèguent les soins généraux aux aides-soignants et prennent en charge les soins techniques nécessaires à l'accompagnement des progrès médicaux. Elles sont de plus en plus des auxiliaires médicales. L'arrêté du 5/3/1969 supprime la première année commune et ces deux professions sont alors complètement indépendantes l'une de l'autre.

Avec l'essor des pathologies chroniques et l'allongement de la durée de la vie, de nouvelles problématiques sont apparues liant problèmes de santé et problèmes sociaux (SIDA, dépendance, handicaps,...). Les causes des problèmes de santé (Voisin, 2006) [3] sont parfois sociales (précarité) et les conséquences sociales des problèmes de santé (handicaps, exclusion...) sont de plus en plus importantes (Gauthier, Hurtaud, 2006) [4]. La coopération entre professionnels sanitaires et sociaux et spécialement entre infirmiers et assistants de service social, semble donc primordiale pour répondre efficacement aux problèmes de santé de la population (Fédération internationale des

travailleurs sociaux, 2009) [5]. Plusieurs auteurs (Hargous, 2009) [6] signalent cette nécessité de coopérer (Barré-Houdart, Larose, 2006) [7].

Les institutions ont suivi la même évolution que les métiers. En 1975, la loi de coordination des institutions sociales et médico-sociales [8] instaure une séparation entre les institutions sanitaires d'une part, et les établissements médico-sociaux d'autre part. En 1983, les lois de décentralisation [9] donnent aux départements la responsabilité de gérer l'essentiel des compétences sociales alors que l'état continue à gérer le sanitaire. Les hôpitaux évoluent alors vers de plus en plus de technicité. La prise en charge globale des personnes y devient de plus en plus difficile avec des conséquences sur les prises en charge des personnes les plus en difficulté. Plusieurs mesures tentent alors de nuancer ces cloisonnements :

- la loi du 2/1/2002 [10] prévoit une possibilité de coopération entre les organismes sanitaires et les organismes sociaux,
- la loi du 4/3/2002 [11] définit les réseaux de santé et encourage leur création,
- à l'hôpital, la nouvelle gouvernance [12] instaure l'organisation par pôle dans l'idée de favoriser l'interdisciplinarité,
- et enfin la loi « Hôpital patients santé et territoires » [13] organise la santé à une échelle territoriale grâce au plan régional stratégique de santé et aux contrats locaux de santé [14]. Cette loi dote également les institutions de véritables instruments juridiques de coopération sanitaire et sociale qui commencent à être utilisés : les groupements de coopération sanitaire (GCS), les réseaux de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires,....

Aujourd'hui, les politiques de santé, intègrent de plus en plus souvent, un volet « coopération sanitaire et sociale » dans les projets. En région Auvergne, le projet régional de santé 2012-2016 évoque à plusieurs reprises la coopération sanitaire et sociale [15] et le Conseil général de l'Allier élabore un « schéma unique des solidarités » [16] concernant la protection de l'enfance, la petite enfance, les personnes âgées et les personnes handicapées pour la période 2013-2017. Un des buts de ce « schéma unique » est de formaliser les conditions de mise en œuvre des partenariats sanitaires et sociaux.

Pourtant, sur le terrain, la coopération semble lente à se mettre en place (Delaune, Batt, 2003) [17]. Différentes raisons peuvent expliquer cette lenteur : « une culture de collaboration institutionnelle encore difficile (ARS, Conseils généraux, Conseils régionaux,... etc.), des dispositifs, des financements et des législations cloisonnés, une culture interprofessionnelle encore balbutiante, les travailleurs sociaux intègrent peu dans leurs pratiques les problématiques de santé des populations, les professionnels de santé connaissent peu les réseaux sociaux existants et répondent donc difficilement aux demandes sociales exprimées par les patients » (Ferrand, 1997) [18].

■ Coopération sanitaire et sociale : de quoi parle-t-on ?

S'interroger sur la coopération revient à s'interroger sur les interactions entre les acteurs coopérants (Mucchielli, 2006) [19]. Les auteurs de « Travailler en réseau » (Dumoulin, Dumont, Bross, Masclet, 2003) [20] identifient plusieurs caractéristiques de la coopération qui servent de référence à ce travail.

Un but commun ou des problèmes communs à résoudre

S'il n'y a aucune raison motivant la coopération, celle-ci n'a aucune chance de voir le jour. Ainsi, Marie-France Escalier-Nicolas (Escalier-Nicolas, 2005) [21] définit la coopération en faisant appel à la notion de partenariat. Mathieu Guillou (Guillou, 2009) [22] considère que le partenariat répond d'abord et avant tout à une logique de l'action : on construit un partenariat pour faire quelque chose ensemble. Carol Landry (Landry, Serre, 1994) [23] précise que « les parties, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives ». Pour Corinne Merini (Merini, 1998) [24], le partenariat tient compte de la complexité des milieux, pour résoudre conjointement, un problème reconnu commun. Le partenariat peut s'exercer entre des institutions ou entre des individus. Finalement, Christian Maroy (Maroy, 1997) [25] évoque « l'élaboration, entre des acteurs de métiers différents, de relations où cohabitent des dimensions complémentaires et des dimensions opposées pour arriver à un but commun ».

Une culture commune permettant une communication efficace

Pour qu'ils puissent coopérer, les acteurs doivent partager des informations, ce qui implique des espaces d'échange et de communication qui peuvent être matérialisés par du temps commun, un espace commun ou des outils de communication (évaluation, fiche navette,...) [26].

D'autre part, pour que la communication soit efficace, il est indispensable que les acteurs se comprennent. Pour cela, ils ont besoin de références communes, d'une culture commune sur laquelle la communication pourra s'appuyer (Zay, 1997) [27]. S'agissant de métiers différents, un travail de compréhension et de partage des concepts comme des valeurs de chaque profession peut permettre de construire cette culture commune. C'est ce qui donnera du sens au travail commun.

Se connaître et se reconnaître

La coopération est intéressante pour les usagers si les acteurs apportent des compétences différentes au service du projet commun (André, 2010) [28]. Pour qu'ils puissent tirer parti des apports de chaque profession, il est indispensable que les professionnels se connaissent, connaissent leurs champs d'action réciproques, leurs limites, leurs logiques d'action.

D'autre part, pour que les professionnels n'appréhendent pas la coopération et ne la ressentent pas comme une source potentielle de négation d'eux-mêmes, il sera important de chercher à préserver l'altérité des coopérants. L'intérêt de la coopération naît de cette altérité, celle-ci permet à chaque professionnel de reconnaître l'apport des autres professions dans l'élaboration d'objectifs communs.

Cette reconnaissance mutuelle va permettre un processus de compromis, d'ajustement mutuel permettant de coordonner les actions. Ce processus de compromis implique pour chaque professionnel de remettre ses pratiques en question.

Une implication de la hiérarchie dans la coopération

Il est difficile aux professionnels de coopérer si l'organisation dans laquelle ils travaillent ne s'implique pas dans cette coopération. C'est parce qu'elle est consciente des enjeux du partenariat que l'organisation et ses responsables vont favoriser la coopération des professionnels sanitaires et sociaux. Les auteurs de « travailler en réseau » identifient dans leur ouvrage (Dumoulin, Dumont, Bross, Masclat, 2003) [20] quatre formes de réseaux correspondant à quatre degrés d'implication des responsables et de coopération entre les professionnels :

- Le partenariat incantatoire se résume à un carnet d'adresse permettant de référer un usager à un autre professionnel.
- Le réseau spontané ou informel correspond à un partenariat spontané, palliatif ou « pairage ». Les professionnels ont un problème commun à résoudre qui implique qu'ils se contactent. Au fil du temps, ces relations favorisent la reconnaissance réciproque, le partage des mêmes valeurs de travail. La coordination se fait par « ajustement mutuel » qui nécessite souvent un tâtonnement. Cette forme de coopération est peu visible des usagers comme des autres professionnels et souvent éphémère. Elle est courante dans le milieu sanitaire et social.
- Le réseau professionnel correspond à un partenariat idéologique ou « horizontal-remontant », il va plus loin que le partenariat spontané. Les professionnels ont explicité des valeurs partagées et ont réfléchi aux problèmes qu'ils ont à résoudre ensemble. Il implique également les responsables et les cadres intermédiaires ce qui permet d'organiser et de structurer le partenariat en formalisant des règles de fonctionnement communes et le rôle de chaque professionnel au service de l'objectif commun. L'organisation s'appuie sur un projet commun fédérateur et mobilisateur comportant des objectifs communs.
- Le partenariat opératoire ou opérationnel est un partenariat décidé par les responsables des structures et imposé aux professionnels de terrain. Une relation juridique est souvent établie et lie les institutions, établissements ou services impliqués sous forme de charte ou de convention. Ce partenariat est organisé et formalisé, mais il laisse peu de place à la personnalisation ou l'individualisation des actions auprès des usagers.

Plus le partenariat est organisé, plus le réseau est pérenne et peut vivre indépendamment des personnes qui en font partie.

La promotion de la santé : un but commun aux infirmiers et aux assistants de service social ?

En 1986, l'Organisation mondiale de la santé définissait la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa [29]. La santé y est définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social... La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques ». Compte tenu de cette définition, les assistants de service social [31] comme les infirmiers [30] sont des professionnels impliqués dans la santé.

La charte d'Ottawa stipule que « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». Elle a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens de l'améliorer [29]. Le secteur sanitaire ne peut donc être le seul acteur de la promotion de la santé. En effet, articuler les champs d'intervention sanitaire et social, permet d'articuler projet de santé et projet de vie, et donc de replacer les usagers (individus ou groupes) au cœur des prises en charge pour leur donner les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé comme sur ses déterminants. La coopération des professionnels sanitaires et sociaux est donc indispensable à la promotion de la santé.

La charte d'Ottawa mentionne également certaines conditions préalables indispensables à la santé : vivre en paix, pouvoir se loger, accéder à l'éducation, pouvoir se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Les professions sociales sont directement concernées par ces conditions préalables. À ce titre, ils participent à la promotion de la santé.

Traditionnellement, une démarche de promotion de la santé répond aux différentes étapes d'une démarche projet : diagnostic, détermination d'objectifs, puis programmation d'un projet. Elle vise à proposer aux usagers des services de santé des réponses tenant compte de leurs demandes et des besoins définis par les professionnels (Briançon, 2009) [32].

La formation des professionnels de santé : un apprentissage de la coopération ?

Les dix-huit IRFSS de la Croix-Rouge française proposent des formations aux métiers d'infirmier, d'aide-soignant,

d'assistant de service social, d'auxiliaire de vie, d'ambulancier, d'éducateur spécialisé, de secrétaire médical et médico-social... Ils proposent également des formations continues aux professionnels du sanitaire et du social dans une diversité de domaines.

L'IRFSS Auvergne est composé de trois plateformes :

- la plate-forme sociale (diplômes d'Assistant de Service Social, d'Auxiliaire de Vie Sociale et de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale),
- la plate-forme sanitaire (diplôme d'État d'Infirmier et diplôme d'État d'Aide-soignant),
- la plate-forme formation professionnelle continue (formation continue sanitaire et sociale, premiers secours et prévention des risques).

Les formations de l'IRFSS Auvergne sont assurées par une équipe de 33 formateurs diplômés, ayant exercé dans les métiers du sanitaire et du social. Chacune des plates-formes dispose d'une équipe de formateurs, a élaboré son propre projet pédagogique, se réunit en équipe pédagogique et a ses propres instances.

Plusieurs orientations prioritaires sont affichées dans le projet de formation de l'IRFSS Auvergne, on y retrouve la transversalité sanitaire et sociale favorisant une approche globale de la personne. Dans le cadre de « l'universitarisation » des formations sanitaires et sociales (Ministère de la santé et des solidarités 2007) [33], un partenariat avec l'Université d'Auvergne de Clermont-Ferrand est effectif.

Les Instituts de formation se doivent d'accompagner, de rendre possible et parfois même de précéder les évolutions des professions. En ce qui concerne la coopération sanitaire et sociale, « ce qui peut être fait, c'est créer un environnement, un ensemble de conditions favorables pour que les acteurs sachent coopérer (savoir coopérer), qu'ils aient les moyens et le contexte nécessaires pour coopérer (pouvoir coopérer) et qu'ils aient de bonnes raisons et la motivation pour le faire (vouloir coopérer) » (Le Boterf, 2010) [34]. Les moyens et le contexte dépendent des organisations dans lesquelles les acteurs travaillent, mais la formation initiale peut aider les professionnels à vouloir coopérer et les amener à acquérir des aptitudes personnelles leur permettant de savoir coopérer (Picheral, 2006) [35].

MÉTHODES

Chacune des filières de formation (IDE et ASS) ayant un projet pédagogique bien défini et des contraintes particulières (stages, planning de l'alternance,...), il a été nécessaire de constituer un groupe projet composé de deux formateurs de chacune des deux filières pour élaborer et mettre en œuvre le projet « savoir coopérer » au sein de l'IRFSS Auvergne. À partir de septembre 2012, la coordination et l'animation de ce

groupe ont été assurées par une des formatrices de la filière sanitaire qui effectuait un stage en master 2 « santé publique et environnement » à l'université de Nancy. Ce travail a d'ailleurs fait l'objet de son mémoire. Le projet prévoyait deux approches complémentaires permettant au groupe projet d'élaborer le dispositif pédagogique « savoir coopérer » sur les trois ans de la formation :

- une étude de terrain explorant les pratiques de coopération des professionnels,
- la mise en place du projet national « savoir coopérer » national sur la première année de formation.

■ L'étude de terrain

Une approche qualitative a été privilégiée car les objectifs de cette étude n'étaient pas de comparer des populations ou de constituer un échantillon représentatif des professionnels sanitaires et sociaux, mais de décrire une diversité de pratiques et de représentations. L'entretien semi-directif a été retenu comme méthode de recueil des données. Pour des raisons de faisabilité et de cohérence, l'échantillon sélectionné pour ces entretiens a été composé de professionnels exerçant sur le territoire de santé où est implanté l'IRFSS Auvergne. Afin d'étudier des situations variées, ont été inclus des professionnels infirmiers et assistants de service social travaillant dans des conditions diverses (centre hospitalier, hôpital spécialisé, réseau de santé, éducation nationale, Unité Territoriale d'Action Sociale (UTAS), libéral...). À l'hôpital, les directeurs des soins ont fait appel à des volontaires. En dehors de l'hôpital, les professionnels sélectionnés ont été des professionnels impliqués dans la formation à l'IRFSS Auvergne. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des interviewés, puis retranscrits et anonymisés.

L'analyse des entretiens a été faite à partir de leur retranscription, par analyse thématique de contenu (Bardin, 2011) [36]. Les entretiens ont d'abord été codés en fonction de l'émergence des thèmes principaux puis analysés.

■ La mise en place du projet « savoir coopérer »

Le groupe projet a élaboré plusieurs séquences pédagogiques qui ont été mises en œuvre auprès des étudiants infirmiers et assistants de service social pendant cette première année d'expérimentation. Un bilan de ces séquences pédagogiques a été réalisé en mai 2013 à l'aide d'un questionnaire aux étudiants. Ce bilan, ainsi que l'étude de terrain, ont permis de réajuster le dispositif et d'élaborer un « kit » pédagogique mis à disposition de l'ensemble des formateurs de l'IRFSS Auvergne : la « boîte à outils apprendre à coopérer ». Celle-ci est constituée d'un ensemble d'outils pédagogiques permettant d'améliorer les capacités à coopérer des étudiants, tout au long de leur formation (cf. Résultats p.14 2.1).

RÉSULTATS

■ Analyse des entretiens

Les entretiens ont concerné 10 professionnels sanitaires et sociaux travaillant dans des lieux divers : 4 assistants de service social (centre hospitalier, centre hospitalier spécialisé, éducation nationale, Unité territoriale d'action sociale (UTAS) et 6 infirmiers (centre hospitalier, centre hospitalier spécialisé, Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), éducation nationale, infirmière libérale, Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Parmi ces professionnels, plusieurs interviennent dans des réseaux de santé (Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et réseau diabète). La durée des entretiens a varié de soixante minutes à une heure trente.

Situations amenant les professionnels à coopérer

De manière globale, les professionnels disent coopérer. C'est même une évidence pour les professionnels travaillant en institution (hôpital, EHPAD, milieu scolaire). Ils ne coopèrent pas tout le temps car les usagers du système de santé ne nécessitent pas toujours une prise en charge impliquant ces deux métiers. Seules les prises en charge complexes impliquant des personnes en situation de fragilité ou à risque de fragilité, « des gens qui n'ont pas de famille,... qui ont une perte d'autonomie,... des troubles cognitifs, ou alors des syndromes dépressifs etc. des gens qui ont besoin d'aide » (IDE hôpital) nécessitent une coopération sanitaire et sociale. Pour tous les professionnels interrogés, coopérer veut dire que la prise en charge sera coordonnée à certains moments, mais que chaque professionnel garde son métier et ses compétences propres.

Si la coopération sanitaire et sociale apparaît comme une évidence dans les structures, elle l'est moins à domicile : « l'infirmière qui allait donner le traitement de Mme Machin, on la voyait pas quoi. Il n'y avait pas lieu » (ASS UTAS).

Les réseaux de coopération utilisés sont vastes. Suivant les situations rencontrées, ils concernent d'autres professionnels du champ sanitaire et social (auxiliaires de vie, aides ménagères, aides médico-psychologique (AMP), professionnels médicaux et paramédicaux) mais aussi d'autres professionnels (professionnels de l'éducation, de la justice, administratifs, associations, prestataires de services divers).

Le manque de coopération sanitaire et sociale entraîne des conséquences qui peuvent être graves pour les usagers. Plusieurs exemples sont cités :

- des retards dans les prises en charge : « si les infos ne sont pas partagées, les problèmes sociaux ne seront pas traités » (ASS scolaire),
- des réponses non adaptées : « C'est quelqu'un qui serait arrivé à la résidence comme cela, la première réaction,

j'aurais appelé l'assistante sociale et je lui aurais dit : merci, mais là ça va pas le faire. » (IDE coordinatrice EHPAD),

- des défauts dans la continuité des prises en charge conduisant parfois à une ré-hospitalisation : « Et c'est des gens qu'on voyait revenir au bout d'un mois, un mois et demi et où tout était à refaire. » (IDE hôpital).

Par contre, si la coopération se passe bien, cela permet à la personne d'être orientée rapidement, de manière adaptée et de diminuer la durée, donc le coût de l'hospitalisation.

Coopérer pour promouvoir la santé

Les professionnels rencontrés ont tous parlé de problèmes communs à résoudre, de situations qu'ils ont eu à appréhender ensemble. Aucun ne cite la promotion de la santé, pourtant, les situations décrites concernent plusieurs niveaux de la promotion de la santé.

Les conditions préalables à la promotion de la santé

Les assistants de service social sont les professionnels les plus concernés par cet aspect de la promotion de la santé : « très spontanément, les personnes viennent souvent pour des problèmes d'ordre financier, ça peut être pour des problèmes d'ordre éducatif, ça peut être pour accéder à un logement, ça peut être... » (ASS UTAS). Ils relatent alors des partenariats multiples et variés avec des administrations, des associations, mais peu avec des infirmiers. Les infirmiers quant à eux se sentent peu concernés par cet aspect de la promotion de la santé. S'ils y sont confrontés, leur rôle se limite à mettre en contact leur patient avec un assistant de service social.

Dans ce cadre-là, quand il existe, le partenariat est purement incantatoire (Dumoulin, Dumont, Bross, Masclet, 2003) [20].

La proposition de réponses adaptées aux besoins et aux demandes des usagers

Un des buts de la prise en charge est de proposer aux usagers des réponses tenant compte de leurs demandes et de leurs besoins identifiés par les professionnels (Briançon, 2009) [32].

Les infirmiers et l'équipe paramédicale ont plutôt une compétence pour déterminer les besoins de la personne en terme d'autonomie : « Et nous à ce moment-là on dit : oui ben ça serait bien qu'il ait une aide-soignante à domicile tant de jours... Le portage de repas ça serait bien aussi... » (IDE hôpital).

Les assistants de service social, eux, sont plutôt investis dans la recherche des demandes des usagers : « elle voit vraiment ce que les gens acceptent aussi... elle va au lit du patient, elle voit avec lui » (IDE hôpital). Leur rôle est aussi d'explorer les possibilités (possibilités financières, aides possibles, existence de structures locales,...) dans leur contexte de vie : « si les

gens ne peuvent pas payer, s'ils n'ont pas droit aux aides, l'assistante sociale va trouver un système » (IDE libérale).

Parfois les demandes exprimées par les usagers des services de santé et les besoins définis par les professionnels ne concordent pas. Les professionnels vont alors discuter, négocier entre eux pour proposer à la personne une réponse adaptée à ses besoins et à sa demande. D'autres fois, il sera nécessaire d'amener l'usager à modifier sa demande, la coopération peut alors par exemple permettre l'acceptation d'une dépendance qui s'installe : « l'objectif à ce moment-là c'est de convaincre la personne, sans l'obliger bien sûr. Mais voilà, l'amener en tout cas à réfléchir à la situation comme une option. Après, elle prend la décision qu'elle veut » (IDE hôpital).

Une proposition d'aide est alors négociée avec l'usager. L'aide proposée peut être sanitaire (transfert dans un autre établissement sanitaire, prise en charge par un infirmier libéral,...) ou sociale (protection des personnes vulnérables, accompagnement de la famille aux formalités post décès, transfert dans un établissement médico-social, demande d'intervention d'une structure sociale à domicile (portage de repas), demande de financement...), ou sanitaire et sociale.

Cette coopération efficace et cette négociation entre équipes médicales, paramédicales et assistants de service social vont permettre aux usagers des services de santé de faire des choix concernant leur propre santé et les déterminants de celle-ci : « j'ai une situation en tête où j'ai dit : ben oui c'est vrai que son épouse ne conduit pas, qu'il n'y a pas d'enfant et qu'on va pas l'envoyer à 80 kms ! Le médecin avait pris contact avec un médecin qu'il connaissait et il était prêt à ce qu'on envoie ce monsieur à 80 kms ! Et finalement j'ai eu gain de cause parce que la cadre m'a épaulée » (ASS hôpital).

La mise en œuvre d'actions collectives

Les infirmiers comme les assistants de service social rencontrés se disent peu investis dans la mise en place d'actions collectives : « notre mission première c'est l'individuel » (ASS scolaire). Quand ils s'investissent dans ces actions collectives, ils sont parfois amenés à coopérer entre eux : « Des fois, on la sollicite pour participer avec nous à certaines interventions auprès des jeunes » (IDE scolaire).

Le plaidoyer est également une action collective que les professionnels peuvent utiliser pour signaler par exemple aux pouvoirs publics des réponses locales insuffisantes. Seule l'assistante sociale de l'UTAS cite le plaidoyer comme une de ses actions possibles : « nous, on fait remonter des choses en terme de manque de réponses... à un moment donné : manque d'orthophonie ou des choses comme ça... » (ASS UTAS). Aucun des professionnels rencontrés n'a fait part de coopération lors d'actions de plaidoyer, pourtant celles-ci n'en seraient que plus efficaces.

■ Les freins à la coopération

Les professionnels rencontrés évoquent plusieurs freins à la coopération sanitaire et sociale.

Un partage d'informations prenant du temps, souvent aléatoire et peu organisé

Dans les institutions, différents moyens sont mis en place pour faciliter la communication orale entre les professionnels sanitaires et sociaux.

Ces moyens sont parfois matériels : proximité des bureaux « on est à côté, donc c'est vrai que c'est pratique » (ASS scolaire), outils permettant de se joindre à tout moment « elles ont un « bip » pour les urgences,... elles ont toujours une secrétaire qui passe bien les messages » (IDE hôpital) mais aussi organisation du travail « il y a toujours une autre de ses collègues qui prend le relais, on n'est jamais 1 semaine ou 15 jours sans assistante sociale » (IDE hôpital).

Certaines réunions organisées de manière institutionnelle comme les staffs hospitaliers, les réunions de concertation dans les collèges ou les entrevues pluri-professionnelles avant une entrée en institution ont aussi pour but le partage régulier d'informations en équipe pluridisciplinaire : « ça permet de faire une synthèse de ce qu'il reste à faire, que ce soit au niveau social ou au niveau du projet de soins » (IDE psychiatrie). Ces réunions ne sont pas toujours régulières, mais sont parfois organisées à la demande, entre professionnels d'institutions différentes (réseaux de santé, UTAS, Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)).

La plupart du temps, la communication orale est informelle. Les professionnels ont mis en place spontanément des moyens de se rencontrer pour pouvoir communiquer régulièrement : « nous c'est tous les lundis. Tous les lundis on se dit les cas de la semaine, si on a eu des choses particulières... C'est informel, mais c'est systématique » (IDE scolaire) mais aussi : « elle vient souvent aussi aux relèves » (IDE psychiatrie). Il existe également des temps de communication spontanés et inorganisés essentiels pour le partage d'informations : « moi je vais en salle des profs, on boit un café ensemble c'est un moment d'échange » (ASS Collège), ou « c'est au feeling, c'est selon les situations : Bah tiens, oui, Mme Machin, bah je viendrais bien avec toi, si tu l'emmènes visiter, je viendrais bien avec toi. Eh bien, allez OK. Tu travailles comment ? Quand est-ce que tu es dispo, que ça ne pose pas de soucis pour le fonctionnement du service et puis... la route quoi » (ASS psychiatrie). Étant spontanés et inorganisés, ces échanges sont dépendants de la bonne volonté de chacun : « Il faut arriver aussi à se motiver pour partager ou travailler ensemble ça demande de l'énergie supplémentaire ».

Il n'est pas toujours possible de transmettre les informations oralement, la plupart des informations sont transmises entre les professionnels par écrit.

Ces écrits servent à transmettre des informations aux autres professionnels de la structure : « on regarde dans les dossiers leurs dernières transmissions et puis on arrive bien à comprendre la situation » (ASS Hôpital), « Elle a une fiche sociale qu'elle remplit dans les dossiers, au début des dossiers. Ça nous permet nous, de savoir ce qui a été fait quand elle les a vus en entretien » (IDE psychiatrie).

Mais les écrits servent aussi à transmettre des informations aux professionnels des autres structures : « Il y a un support papier qui est le dossier d'inscription qui transite par l'assistante sociale » (IDE coordinatrice EHPAD).

Ce temps passé à transmettre des informations écrites, est vécu par les infirmiers, comme une contrainte qui peut être un frein à la coopération : « au jour d'aujourd'hui on passe plus de temps sur les papiers qu'auprès des gens, il faut être bien au clair là-dessus... » (IDE hôpital).

Des difficultés à se connaître

Connaître les missions et les limites de chaque professionnel avec qui on coopère permet, d'avoir conscience de la complémentarité des apports de chaque métier à la vision commune. Les infirmiers rencontrés ont tous conscience des apports de l'assistant de service social à leur profession : « c'est vrai qu'on a chacun notre métier, mais on est très complémentaires. » (IDE hôpital). De même, les assistants de service social hospitaliers expliquent qu'ils ne pourraient pas travailler sans l'apport des infirmiers : « dans la connaissance du patient, je suis obligée de me reposer sur eux » (ASS psychiatrie).

La plupart des professionnels rencontrés disent connaître les professionnels travaillant dans leur structure, ce qui leur permet de coopérer plus facilement. S'ils ne travaillent pas dans la même structure, le fait de travailler ensemble ou d'avoir travaillé ensemble rend la coopération plus facile : « sur l'hôpital de jour je pense que c'est plus facile pour l'infirmier libéral d'appeler l'assistante sociale parce qu'ils connaissent l'organisation de ce service-là » (ASS hôpital). A contrario, le fait de ne pas se connaître, est un frein à la coopération : « je sais pas trop quels sont les tenants et, en fait les aboutissants... On les connaît pas tant que ça non plus » (IDE hôpital à propos des réseaux).

Les professionnels rencontrés comme cette assistante sociale de l'UTAS signalent que se connaître personnellement est important, mais il est surtout important de savoir comment on est organisé : « Quand on n'a pas forcément une bonne représentation de qui fait quoi, comment, on sait pas forcément à quel moment on peut interpeller, est-ce que la personne va être disponible... C'est vrai que ça complexifie les choses. »

S'ils ne travaillent pas ensemble ou dans la même structure, les professionnels ont parfois besoin de passer par leurs pairs

pour pouvoir communiquer avec d'autres corps de métier : « Donc c'est vrai que nous, nos accès c'est souvent le service social spécialisé, qui après donne l'info à l'infirmier concerné. » (ASS UTAS).

Les professionnels rencontrés citent comme facteur nécessaire à la coopération le fait de connaître le métier de l'autre, ses limites, ses compétences ou d'avoir envie de le connaître : « Après je pense qu'il faut qu'ils aient cette sensibilité aussi à bien comprendre le métier de chacun » (ASS hôpital). Ils ont l'impression qu'ils connaissent parfois mal les différents métiers, ce qui engendre une perte de temps pour tout le monde et rend la coopération moins efficace : « ça serait peut-être bien qu'on ait peut-être une meilleure représentation les uns des autres. Voilà donc : qui fait quoi comment,... Que des fois peut-être on ne s'autorise pas ou on ne pense pas forcément à interpeller, pour ma part, l'infirmier alors que voilà » (ASS UTAS).

Des représentations des métiers ne facilitant pas la coopération sanitaire et sociale

Plusieurs professionnels signalent une proximité de culture entre les infirmiers et les assistants de service social. Cette culture commune permet de se comprendre et favorise la communication : « on se comprend, les collègues infirmières sont quand même proches de nous, au niveau de la relation d'aide, au niveau humain. Donc ça, ça va faciliter les choses » (ASS scolaire). A contrario, le secret professionnel permet de ne pas partager des informations avec d'autres professionnels à qui on ne reconnaît pas cette culture commune : « Je vais pas au conseil de classe pour plusieurs raisons : déjà parce que j'ai pas le temps et aussi parce qu'on a toujours peur de se faire piéger... C'est-à-dire quand il y a un enfant qui a de mauvais résultats, que la situation sociale elle est limite, on vous pose des questions alors vous êtes bien obligée de répondre un peu. Il faut à la fois répondre et à la fois, pas dévoiler la vie privée des gens ! Alors pour pas trop se faire coincer, on n'y va pas » (ASS scolaire).

Malgré cette culture proche, tous les professionnels rencontrés, disent travailler avec des collègues avec qui la coopération est difficile. Ils citent des infirmiers qui ont une vision très technique de leur métier : « ...soit on a envie de prendre le patient dans sa globalité... soit on se contente simplement... et bien voilà, il a quoi : 2... 3 gouttes de Tercian... » (ASS psychiatrie). Ils citent également des assistants de service social qui se sentent peu concernés par la santé : « il y a une grosse part de santé, et elle (l'assistante de service social), elle s'y retrouve pas forcément » (IDE scolaire). Ces professionnels sont décrits comme ne cherchant pas à avoir une vision globale des usagers, leur représentation de leur métier est très technique et ne comprend pas la promotion de la santé.

Une hiérarchie qui participe à la coopération mais ne lui permet pas d'être pérenne

Les professionnels infirmiers et assistants de service social rencontrés n'ont pas la même hiérarchie même s'ils travaillent dans la même structure. C'est le cas de l'hôpital (le supérieur hiérarchique des infirmiers est le cadre de santé, alors que le supérieur hiérarchique des assistants de service social est le directeur des ressources humaines), mais c'est le cas aussi en milieu scolaire. Cela explique peut-être que la plupart des professionnels pensent que leurs supérieurs hiérarchiques ne s'impliquent pas assez dans la coopération sanitaire et sociale : « Ils s'en foutent. Le tout c'est que le travail soit fait » (ASS psychiatrie).

Quand ils sont cités comme participant à la coopération, les supérieurs hiérarchiques ont tendance, non pas à l'organiser, à la permettre, mais plutôt à l'incarner. La coopération sanitaire et sociale passe par eux : « tout passe par la cadre de santé, les infirmiers c'est pas dans leurs missions, en fait, parce que la cadre de santé fait... » (ASS hôpital).

De manière générale, la coopération sanitaire et sociale est décrite comme inorganisée, elle se fait de manière empirique et est propre à chaque professionnel : « Nulle part c'est écrit donc ça dépend des endroits quoi... d'un lieu à un autre c'est très différent » (ASS hôpital). Ce manque d'organisation ou de réflexion institutionnelle a des conséquences sur l'efficacité de la coopération et ne permet pas qu'elle soit systématique et pérenne : « Quand je remplace dans d'autres services je me rends compte que ce n'est pas évident partout. » (ASS hôpital).

Le manque de réflexion et d'organisation de la coopération sanitaire et sociale est également inter institutionnel, avec les mêmes conséquences : « Après au fur et à mesure, on se rend compte que si on parle au coordinateur finalement c'est pas lui qui a le pouvoir décisionnaire donc finalement il vaut mieux parler au directeur. C'est un peu au cas par cas » (ASS hôpital).

Le positionnement des cadres face à la coopération sanitaire et sociale et le manque d'organisation sont décrits comme des entraves à la coopération.

Pourtant, dans certains endroits, une réflexion et un début d'organisation émergent : « après, on est aussi régis par des schémas uniques, des schémas départementaux où on est là, dans la réflexion aussi... Donc on est au détour de ces grands schémas qu'on construit un peu ensemble » (ASS UTAS). Le travail mené sur la qualité dans les institutions permet parfois d'organiser la coopération : « C'est une procédure que l'on a mise en place au sein de la résidence » (IDE coordinatrice EHPAD). Ces réflexions permettent de faciliter la coopération entre professionnels de services différents : « Il y a des groupes de travail qui

se font maintenant... Je sais qu'il y a des choses qui se sont fait au niveau de la violence » (IDE psychiatrie). La coopération ville-hôpital est également concernée : « Il y a quand même des groupes de travail sur l'hôpital, justement... sur l'optimisation des sorties,... dans le cadre de l'accréditation » (ASS hôpital).

D'autre part, une assistante de service social souligne la nécessité de rester souples dans les organisations pour ne pas apporter de la lourdeur ou de la rigidité : « il n'y a pas forcément besoin d'instituer vraiment les choses parce que après ça peut être lourd et ça peut être compliqué de se dégager du temps si c'est institué comme ça. Ça peut au contraire être un frein » (ASS UTAS)

La formation : un moyen de se connaître et d'acquérir une culture commune

Les professionnels rencontrés citent la formation initiale comme un moyen d'acquérir cette culture commune : « le fait qu'on ait une formation, à un moment donné commune, au niveau relation d'aide, au niveau humain, comment travailler avec l'humain, donc ça va faciliter les choses » (ASS scolaire).

D'autres citent également le fait de participer ensemble à des formations continues comme moyen de se connaître et d'acquérir une culture commune : « les formations pour la grande majorité (prévention suicide, éducation à la sexualité), on les fait ensemble, c'est quand même facilitant » (ASS scolaire).

Le projet « Savoir coopérer »

L'étude a permis de planifier la mise en œuvre du projet « savoir coopérer » pour les trois années de formation initiale des infirmiers et des assistants de service social et d'en préciser le contenu dans une « boîte à outils pour apprendre à coopérer ».

L'expérience de la première année

Au cours de l'année scolaire 2012-2013, plusieurs séances pédagogiques communes ont été mises en œuvre pour les étudiants en première année de formation :

- une séance d'introduction au « savoir coopérer » en petits groupes mixtes, dont l'objectif était d'inciter les étudiants à échanger sur leurs représentations de la coopération et de leurs deux métiers,
- deux conférences : l'une ayant pour thème « le secret professionnel est-il un frein à la coopération ? » et l'autre sur la notion de coopération,
- une exploitation de stage en petits groupes mixtes, avec pour objectif de repérer les réseaux de coopération rencontrés en stage, et les facteurs facilitant ou freinant la coopération,
- des cours magistraux communs concernant la promotion de la santé, l'état de santé de la population française, les

filières et réseaux de santé ainsi que le projet régional de santé.

Un bilan a été effectué, et les formateurs ont été surpris de l'intérêt des étudiants pour ce dispositif et des notions qu'ils y ont acquises.

La boîte à outils « apprendre à coopérer »

L'aspect positif de cette première expérimentation et les apports de l'étude ont conforté les formateurs du groupe projet dans l'envie de continuer l'expérience. L'idée d'une « boîte à outils pour apprendre à coopérer » regroupant les supports pédagogiques utilisés, et mise à disposition de l'équipe pédagogique de l'IRFSS Auvergne nous a paru intéressante. Cet outil se veut évolutif. Mis à disposition des formateurs, il peut être enrichi au fur et à mesure des expérimentations de chaque formateur. Les séances pédagogiques y sont classées selon les trois paliers de progression identifiés dans les référentiels des deux formations : comprendre, agir et transférer.

Dans le palier « Comprendre », on trouve des séances pédagogiques permettant aux étudiants de connaître les différents métiers, les lieux d'exercices, leurs contextes, mais aussi la promotion de la santé et la coopération et ses invariants. Il s'agit d'apporter aux étudiants des connaissances et des éléments de réflexion. Ces séances sont pour la plupart planifiées en première année de formation.

Le palier « Agir » comprend des séances pédagogiques ayant pour but d'amener les étudiants à identifier les situations de coopération, les acteurs qui coopèrent, les invariants de la coopération, les outils de communication utilisés et à exprimer leurs valeurs, leurs opinions. Ces séances sont conduites à partir de situations, vécues en stage ou proposées par les formateurs, analysées en groupe mixtes (étudiants infirmiers et assistants de service social). Ces séances sont planifiées sur la première et la deuxième année de la formation.

Les séances pédagogiques incluses dans le palier « Transférer » ont pour but d'amener les étudiants à expérimenter la coopération pluridisciplinaire en stage ou lors de situations simulées. Elles comprennent plusieurs séquences pédagogiques leur permettant de prendre en charge des individus ou des groupes en interdisciplinarité. Elles ont pour base des situations réelles rapportées par les professionnels lors de l'étude, mais aussi des situations vécues par les étudiants en stage. Notre planification du « savoir coopérer » prévoit deux mises en situation sur les trois ans d'études : une situation collective et une situation individuelle. Egalement intégrés dans ce palier, les stages à l'étranger ont pour but de permettre aux étudiants d'acquérir les capacités d'adaptation nécessaires à la coopération. Ces séances sont situées au cours de la deuxième et de la troisième année de la formation.

DISCUSSION

■ Les apports de l'étude

Cette étude nous a permis d'avoir une idée plus précise des pratiques de coopération entre les infirmiers et les assistants de service social. Plusieurs caractéristiques de la coopération sanitaire et sociale se dégagent des entretiens réalisés.

Les professionnels rencontrent couramment des situations nécessitant une prise en charge commune et les amenant à coopérer. La coopération sanitaire et sociale, quand elle est effective, leur permet de mutualiser leurs expertises pour proposer aux usagers des services de santé, des réponses à leurs problèmes en tenant compte de leurs besoins mais aussi de leurs demandes. Sur le terrain, plusieurs facteurs freinent cette coopération. La formation initiale peut permettre aux étudiants d'acquérir des aptitudes à la coopération et la « boîte à outils pour apprendre à coopérer » proposée peut permettre aux formateurs d'améliorer la formation des futurs professionnels.

D'autre part, ce travail a permis d'élargir la réflexion et de proposer d'autres pistes de réflexion à l'IRFSS Auvergne.

■ La place de la promotion de la santé dans les formations initiales d'infirmier et d'assistant de service social

La promotion de la santé implique une prise en charge globale des usagers, elle est forcément multidisciplinaire. Etant multidisciplinaire, elle n'est l'apanage d'aucune profession. L'étude a permis de mettre en évidence que lorsque les professionnels ne se sentent pas concernés par la promotion de la santé, ils ne s'impliquent pas dans la coopération sanitaire et sociale, ce qui rend la promotion de la santé difficile. C'est lors de la formation initiale que se forment les premières représentations du métier. Il paraît donc important d'amener les étudiants à prendre conscience de la place de chaque profession dans la promotion de la santé afin qu'ils s'emparent de celle-ci.

Le programme d'études des infirmiers aborde la promotion de la santé en lien avec la compétence 5 : initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs (Arrêté du 31/7/2009) [37]. Les étudiants se sentent peu concernés par cette dimension de leur métier, qui leur paraît marginale. Pour eux, le cœur de métier des infirmiers est la démarche clinique infirmière. Cette démarche leur permet de prendre soin d'une personne sur la base d'un diagnostic destiné à identifier ses problèmes de santé, de poser des objectifs et de proposer un projet de soins à cette personne. Le lien avec la promotion de la santé n'est pas visible pour les étudiants et l'inter-professionnalité était jusqu'à présent peu abordée dans ce cadre-là. Thérèse Psiuk, dans un

article de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers, replace la démarche clinique infirmière dans un contexte de pluri-professionnalité sanitaire : « Pourra-t-on encore longtemps rester dans une démarche singulière ? Les médecins centrés sur les pathologies, les infirmiers centrés sur un rôle propre qui n'en finit pas d'être redéfini et les autres professionnels de santé centrés sur un élargissement de leurs actes ? Si nous respectons tous le même sens de la démarche clinique en partant du patient, nous allons obligatoirement évoluer vers une démarche interdisciplinaire qui sera une valeur ajoutée à la qualité des soins » (Psiuk, 2006) [38]. Cette démarche interdisciplinaire peut également s'élargir au social.

Le programme des études d'assistant de service social (Arrêté du 29/6/2004) [39] stipule que l'enseignement théorique est composé d'une unité de formation principale, et de sept unités de formation contributives. Une de ces unités de formation contributive concerne la santé. La notion de promotion de la santé n'est pas explicitement mentionnée dans le programme d'études, mais il est possible et certainement intéressant d'aborder cette notion dans ce volet de la formation. Il serait également intéressant de rendre visible pour les étudiants l'apport de leur profession à la démarche de promotion de la santé, comme le lien entre promotion de la santé, coopération sanitaire et sociale et le métier d'assistant de service social.

Dans le projet « Savoir coopérer », nous avons prévu dans le pallier « transférer », de faire travailler les étudiants infirmiers et assistants de service social sur la situation individuelle d'un patient ayant des problèmes psychiatriques en 3^{ème} année. L'objectif est d'entraîner les étudiants à appréhender la pluri-professionnalité en situation de travail. Il conviendra de faire clairement apparaître les liens avec la promotion de la santé et de s'assurer que l'ensemble des formateurs intervenant auprès des étudiants les aient clairement assimilés.

Il reste à raisonner l'articulation entre la démarche clinique infirmière, la démarche sociale, et la promotion de la santé pour les rendre visibles auprès de nos étudiants.

■ La coopération des formateurs : un préalable à la formation des étudiants

L'expérience de cette première année de « savoir coopérer » a permis de prendre conscience de la difficulté à mener ce projet de formation si les formateurs eux-mêmes ne coopèrent pas. Or, nous retrouvons dans notre institut de formation les mêmes freins à la coopération que ceux qui existent sur le terrain : les formateurs de la filière sanitaire connaissent mal ceux de la filière sociale, ils connaissent mal les missions et les limites de chaque profession, ils n'ont pas les mêmes supérieurs hiérarchiques et la coopération entre eux n'est pas formalisée.

L'étude a permis de clarifier, pour les formateurs de l'IRFSS Auvergne, la perception des partenariats de terrain, et a convaincu chacun, du rôle de chaque profession, concernant la promotion de la santé. Il reste à mettre du lien dans les programmes de formation, à réfléchir ensemble à d'autres aspects de la formation concernant ces deux métiers (l'éthique par exemple), créer des espaces de communication pérennes, tout en veillant à garantir la pertinence et la cohérence de chaque dispositif de formation.

Ce travail concernant la coopération sanitaire et sociale questionne l'organisation des formations et de l'équipe de formateurs de notre institut.

■ Coopérer au-delà des filières infirmière et assistante de service social

L'étude a montré que la coopération sanitaire et sociale concerne les infirmiers et les assistants de service social, mais également les autres professionnels des champs sanitaires et sociaux : les aides-soignants, les auxiliaires de vie, les travailleurs en économie sociale et familiale,... L'IRFSS Auvergne forme plusieurs de ces professionnels. La Croix-Rouge nationale incite les IRFSS, à élargir la formation à la coopération aux autres professions qu'ils forment. La « boîte à outils apprendre à coopérer » créée à l'IRFSS Auvergne peut être utilisée par tous les formateurs et certaines séquences pédagogiques sont adaptables à d'autres professions. Mais toutes les séances pédagogiques ne peuvent être utilisées telles que. Les situations professionnelles utilisées pour la coopération entre les infirmiers et les assistants de service social, ne conviennent pas forcément à toutes les coopérations. Il sera certainement nécessaire de construire d'autres situations et de continuer à enrichir l'outil. De même, il n'est pas certain que les buts de la coopération soient identiques pour toutes les professions. Par exemple, la promotion de la santé est-elle un objectif de la coopération entre un médecin et un infirmier ou entre un infirmier et un aide-soignant ou bien entre un assistant de service social scolaire et un enseignant ? Le partage des rôles entre eux est-il similaire ? Comme nous l'avons fait pour les infirmiers et les assistants de service social, il serait certainement pertinent de clarifier sur le terrain les enjeux de toutes ces coopérations avant de les inclure dans les dispositifs de formation.

■ La formation continue pour mieux se connaître

Les professionnels rencontrés lors des entretiens ont mentionné la formation comme étant un moyen de se connaître. Pour ce qui concerne la formation initiale, c'est un des objectifs du projet « savoir coopérer » que d'amener les infirmiers et les assistants de service social à se connaître. Mais la formation continue peut également permettre d'atteindre cet objectif.

Les professionnels amenés à travailler en partenariat sont les professionnels d'un même territoire de santé. Pour que les professionnels amenés à coopérer se connaissent, il serait intéressant de créer des formations communes pour des médecins, des infirmiers, des enseignants, des assistants de service social, des éducateurs, des juristes,... Décloisonner la formation continue, implique également de former ensemble des professionnels hospitaliers, des professionnels d'institutions et des professionnels libéraux. Pour que cela soit possible, il serait pertinent, de planifier la formation continue à l'échelle d'un territoire de santé sur la base des besoins identifiés dans le projet régional de santé et des demandes des professionnels. L'IRFSS Auvergne étant impliqué dans la formation continue des professionnels sanitaires et sociaux, pourrait jouer un rôle dans ce dispositif éventuel.

Il reste à faire un diagnostic des besoins et des demandes des professionnels du territoire de santé en terme de formations, et à planifier avec les autres acteurs de la formation continue du territoire (GRETA, ESPE,...) les formations possibles en identifiant des formateurs dans chacune des filières de formation concernées.

■ La formation des responsables

L'étude a montré que les responsables des structures ne favorisent pas la coopération par manque d'implication ou un positionnement ne favorisant pas l'implication des infirmiers et des assistants de service social. Cela n'aide pas à passer d'un réseau spontané à un réseau professionnel (Dumoulin, Dumont, Bross, Masclet, 2003) [20] plus systématique, efficace et plus pérenne. La charge de travail des responsables (DRH) a été évoquée comme étant une cause de ce manque d'investissement. On peut se demander s'il y a d'autres freins ? Quelle est leur représentation de la coopération sanitaire et sociale, de la promotion de la santé ? Comment vivent-ils la coordination des acteurs ? Comment voient-ils leur rôle dans cette coopération ?

Il serait donc pertinent que les responsables de structures et les cadres soient formés à la promotion de la santé et à la coordination. L'université de Besançon, par exemple, forme des étudiants à un master intitulé « Master santé publique et environnement, spécialité : les fonctions de coordination dans le système de santé à finalité professionnelle ». Les objectifs de cette formation sont de développer des compétences pour faciliter les coopérations dans le champ de la santé en formant les étudiants aux fonctions de coordination des personnes, des structures et des organisations dans le champ de la santé. La fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) revendique d'ailleurs cette formation : « Ce rôle de coordination amène à des compétences propres et spécifiques que le professionnel doit acquérir dans le cadre d'une formation bien spécifique, diplômante et reconnue » [40].

Le document de travail « référentiel d'activité des cadres de santé » [41] identifie d'ailleurs la coordination comme une des compétences des cadres. À l'heure où la formation des cadres de santé est modifiée, il est également important de tenir compte de cet aspect dans leur formation.

CONCLUSION

Cette étude a permis de clarifier les mécanismes et les réseaux de coopération entre les infirmiers et les assistants de service social et d'élaborer un dispositif de formation intégré à leur formation initiale, leur permettant de développer des aptitudes à coopérer en situation de travail. Au-delà de cet aspect, une dynamique de réflexion sur la coopération sanitaire et sociale et sur la promotion de la santé en formation initiale a été engagée.

Dans un contexte où la question de la coopération sanitaire et sociale se pose au cœur des politiques de santé, cette dynamique enclenchée à l'IRFSS Auvergne semble importante à maintenir et à alimenter. Mais intégrer la formation à la coopération dans la formation initiale des professionnels sanitaires et sociaux ne suffira pas à lever tous les freins à la coopération sanitaire et sociale. Plusieurs questions restent en suspens : comment optimiser les informations écrites entre professionnels pour qu'elles n'apparaissent pas comme une contrainte ? Comment permettre aux professionnels d'un territoire de se connaître ? Comment organiser la coopération dans nos institutions tout en laissant aux professionnels la souplesse nécessaire ? Comment impliquer les professionnels dans les actions collectives ? Quelle formation pour les cadres ? Comment amener les professionnels d'autres champs professionnels (éducation, justice, ...) à s'impliquer dans la promotion de la santé ?

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteur de l'étude déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références bibliographiques

1. BOUCHER R, BOURES PA, BOYE JP, et al. Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social. Le decloisonnement, une fausse évidence. L'articulation du sanitaire et du social, une voie recommandée. Rapport au ministre chargé des affaires sociales Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Éditions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique ; 2007.
2. PIERRE/JEANGUIOT N. Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. Recherche en soins infirmiers ARSI. Dec 2006 ; (87).
3. VOISIN A. A l'articulation du sanitaire et du social, s'engager dans une logique de coopération. Soins cadres. Fev 2006 ; (57) : 19.

4. GAUTHIER C, HURTAUD C. Rapprochement des formations initiales du sanitaire et du social. Soins cadres. Fev 2006 ; (57) : 41.
5. Fédération internationale des travailleurs sociaux ANAS. Politique internationale à propos de la santé. Revue française de service social. 2009 ; (233) : 100-101.
6. HARGOUS P UNAFAM. La coordination des dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Un autre regard. 2009 ; (4) : 6.
7. BARRE-HOUDART S, LAROSE D. Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation. Réflexions hospitalières. Juillet Août 2006 ; (511) : 42.
8. Loi n° 75-535 du 30/6/1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
9. Loi n° 83-663 du 22/7//1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état.
10. Loi n° 2002-2 du 2/1/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
11. Loi n° 2002-303 du 4/3/2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de soin.
12. Ordonnance n° 2005-406 du 2/5/2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
13. Loi n° 2011-940 du 10/8/2011 modifiant certaines dispositions de la loi no 2009-879 du 21/7/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
14. Loi n° 2009-879 du 21/7/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires article L 1434-17.
15. ARS Auvergne. Synthèse du Projet régional de santé Auvergne 2012-2016 http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/votre_ars/PRS_MINI_SITE/documents/synthese_PRS_ARS_VF.pdf Consulté le 10/2/2013.
16. Conseil Général de l'Allier. Schéma unique des solidarités. <http://www.allier.fr/1738-schema-unique-des-solidarites.htm> Consulté le 16/3/2013.
17. DELAUNE F, BATT A. La prise en charge de la souffrance psychique dans les situations de précarité : analyse des dispositifs de coopération entre le secteur social et le secteur psychiatrique. Déc 2003 ; p 20.
18. FERRAND JL. Partenariat et formation professionnelle continue : de l'existence d'un concept. Revue Éducation permanente. 1997 ; 2 (131) : 76.
19. MUCCHIELLI A. Le modèle des réseaux, l'interface entre le sanitaire et le social. Soins cadre. Février 2006 ; (57) : 31.
20. DUMOULIN P, DUMONT R, BROSS N, MASCLÉ G. Travailler en réseau Méthodes et pratiques en intervention sociale. Paris : Dunod ; 2003.
21. ESCALIER-NICOLAS MF. La coopération inter établissements. La coopération : facteur d'efficience et de qualité de la prise en charge des personnes âgées en institution. Mémoire de l'école nationale de la santé publique : Rennes. 2005.
22. GUILLOU M. Le partenariat en formation le cas des industries de l'énergie du bassin havrais. Master 2 pro métiers de la formation Parcours ingénierie et conseil en formation, UFR des Sciences de l'homme et de la société département des sciences de l'éducation : Rouen. Sept 2009 : p 14.
23. LANDRY C, SERRE F. Ecole et entreprise : vers quel partenariat ? Édition PUQ ; 1994 : p 15.
24. MERINI C. Le partenariat en formation – De la modélisation à une application. Edition L'Harmattan ; 1998.
25. MAROY C. Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? In Le partenariat : définitions, enjeux, pratiques Revue Éducation permanente. 1997 ; 2 (131) : 30.
26. JACQUES A. L'aide au retour à domicile après hospitalisation pour les personnes âgées : un pont entre le domaine sanitaire et le domaine social. Revue française de service social ANAS ; (233) : 59-68.
27. ZAY D. Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? In Le partenariat : définitions, enjeux, pratiques. Éducation permanente. 1997 ; 2 (131) : 23.
28. ANDRE E. Initier et structurer une démarche de coopération pour un établissement public médico-social l'exemple de l'établissement public St Antoine. EHESP. Dec 2010 ; p 12.
29. OMS Europe. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986. <http://www.euro.who.int/fr/home> Consulté le 11/5/2013.
30. Article R 4311-1 du code de la santé publique.
31. Article L 411 du code de l'action sociale et des familles.
32. BRIANCON S. Principes et méthodes en santé publique-savoirs de base Chapitre 5 : L'intervention en santé publique. Ecole de santé publique-Nancy université ; Juin 2009.
33. Ministère de la santé et des solidarités DHOS. Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière. Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations. Mars 2007.
34. LE BOTERF G. Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins. Gestions hospitalières. Février 2010 ; (493) : 4.
35. PICHERAL H. L'articulation des secteurs sanitaire et social, une formule incantatoire ? Soins cadres. Février 2006 ; (57) : 23.
36. BARDIN L. L'analyse de contenu. Paris : Presses universitaires de France Mercurès ; 2011.
37. Arrêté du 31/7/2009 modifié relatif au diplôme d'état d'infirmier annexe 2 référentiel de compétences.
38. PSIUK T. La démarche clinique. Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. Recherche en soins infirmiers. Mars 2006 ; (84) : 17.
39. Arrêté du 29/6/2004 relatif au diplôme d'état d'assistant de service social titre 2 contenu et organisation de la formation.
40. FNESI. La jeunesse construit le système de santé français de demain. <http://www.fnesi.org/> Consulté le 9/5/2013.
41. CEFIEC Document de travail Référentiel d'activité cadre de santé <http://www.cefiec.fr/> Consulté le 20/5/2013.