



**HAL**  
open science

## Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé

Agnès Dollet

► **To cite this version:**

Agnès Dollet. Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. Santé publique et épidémiologie. 2013.  
hal-01866651

**HAL Id: hal-01866651**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01866651>**

Submitted on 3 Sep 2018

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2012-2013

Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé

Soutenu en juin 2013

Madame Dollet Agnès

Maître de stage :

Madame Besiers-Tabourneau Catherine

Guidant universitaire :

Madame Hutinet Joelle

## REMERCIEMENTS

Je remercie l'IRFSS Auvergne et spécialement sa directrice Me Besiers–Tabourneau pour m'avoir permis d'effectuer mon stage dans la structure

Je remercie également le Conseil Régional Auvergne qui a financé mon remplacement sur l'équipe de formateurs pendant la durée de mon stage

Un grand merci également à l'équipe de Moulins du laboratoire Acté (Université Blaise Pascal de Clermont–Ferrand) et spécialement à Cedric Kempf dont les conseils et les encouragements m'ont été précieux

Merci également à M. Oberlé (directeur de l'IREPS Auvergne) de m'avoir accordé une rencontre qui m'a permis d'orienter mon travail

Merci également à Me Hutinet pour sa guidance

Et enfin merci à tous mes collègues formateurs sanitaires et sociaux de l'IRFSSA qui m'ont permis de faire avancer ma réflexion en la partageant

## Sigles et abréviations

APA = aide personnalisée à l'autonomie

ASS = assistant de service social

CLIC = centre local d'information et de coordination gérontologique

DMS = durée moyenne de séjour

EHPAD = établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

GCS = groupement de coopération sanitaire

GPE = sonde de gastrostomie percutanée endoscopique

IDE = infirmier diplômé d'état

IRFSS = Institut régional de formation sanitaire et sociale

SSIAD = service de soins infirmiers à domicile

UTAS = unité territoriale d'action sociale

# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>1 –Contexte</b>	<b>9</b>
1.1 –La coopération sanitaire et sociale : une réponse aux problématiques de santé de la population ?	9
1.2 –La formation des professionnels de santé	10
1.2.1 –Les enjeux de la formation initiale sanitaire et sociale	10
1.2.2 –La formation à la Croix-rouge : le projet savoir coopérer	10
1.2.3 –La formation à l'IRFSS Auvergne	10
1.3 –La promotion de la santé	11
1.4 –La coopération sanitaire et sociale : point de vue des formateurs de l'IRFSS Auvergne	13
1.5 –Les objectifs du stage (arbre d'objectifs)	14
<b>2 –Méthodes</b>	<b>15</b>
2.1 –La mise en place du projet « savoir coopérer »	15
2.2 –L'étude de terrain	15
2.2.1 –Méthode d'échantillonnage	16
2.2.2 –Recueil des données	16
2.2.3 –Analyse des données	16
2.2.4 –Information de l'équipe de formateurs	16
<b>3 –Résultats</b>	<b>17</b>
3.1 –Approche bibliographique	17
3.1.1 –Évolution de la coopération sanitaire et sociale	17
3.1.1.1 –L'histoire : d'une spécialisation des professions à une incitation à coopérer	17
3.1.1.2 –Aujourd'hui : les instruments juridiques du décloisonnement sanitaire et social	18
3.1.2 –Coopération sanitaire et sociale : de quoi parle-t-on ?	18
3.1.2.1 –Un but commun ou des problèmes communs à résoudre	18
3.1.2.2 –Une communication efficace	19
3.1.2.3 –Une connaissance et une reconnaissance mutuelle des acteurs	19
3.1.2.4 –Une implication de la hiérarchie dans la coopération	19
3.1.3 –Apprendre à coopérer	20
3.2 –L'analyse des entretiens	21
3.2.1 –Les professionnels concernés par l'étude	21
3.2.2 –La coopération sanitaire et sociale : point de vue des professionnels	21
3.2.2.1 –Perception de la coopération	21
3.2.2.2 –Coopérer : pour quels bénéficiaires	22
3.2.2.3 –Les réseaux de coopération	22
3.2.2.4 –Les conséquences du manque de coopération	23
3.2.3 –Des buts communs	24
3.2.3.1 –Les conditions préalables à la promotion de la santé	24
3.2.3.2 –Promouvoir la santé : la triade besoins–demandes–réponses	24
3.2.3.3 –Coopérer pour promouvoir la santé : les actions collectives	26
3.2.3.4 –Coopérer pour rester professionnels	26
3.2.4 –Les facteurs permettant la coopération	26
3.2.4.1 –Le partage d'informations	27
3.2.4.1.1 –Des moyens de communication parfois formalisés	27
3.2.4.1.2 –Une communication le plus souvent spontanée et informelle	28

3.2.4.1.3 –La communication écrite	28
3.2.4.2 –Se connaître, se reconnaître	29
3.2.4.2.1 –Des facteurs favorisant la connaissance mutuelle	29
3.2.4.2.2 –La connaissance des différents métiers	30
3.2.4.2.3 –La complémentarité dans la prise en charge	30
3.2.4.3 –Une culture commune	31
3.2.4.3.1 –La promotion de la santé	31
3.2.4.3.2 –La place de la formation	32
3.2.4.4 –La position de la hiérarchie	32
3.3 –Le projet savoir coopérer	34
3.3.1 –Les séances réalisées au cours de la première année de formation	34
3.3.2 –La boîte à outils « apprendre à coopérer »	34
3.3.2.1 –Pallier 1 : comprendre	35
3.3.2.2 –Pallier 2 : agir	35
3.3.2.3 –Pallier 3 : transférer	35
<b>4 –Discussion</b>	<b>37</b>
4.1 –Les apports de l'étude	37
4.2 –La place de la promotion de la santé dans les formations initiales d'infirmier et d'assistant de service social	37
4.2.1 –La formation des infirmiers	37
4.2.2 –La formation des assistants de service social	39
4.3 –La coopération des formateurs : un préalable à la formation des étudiants	41
4.3.1 –Des liens entre les équipes de formateurs	41
4.3.2 –La place de la directrice régionale et des directeurs de filières	41
4.3.3 –La pérennisation du projet : une implication de l'ensemble de l'équipe	41
4.4 –Coopérer au delà des filières infirmière et assistante de service social	43
4.5 –La formation pour mieux se connaître	43
4.5.1 –La formation continue	43
4.5.2 –La formation des responsables	45
<b>Annexe I : charte d'Ottawa</b>	<b>XLIX</b>
<b>ANNEXE II : guide d'entretiens</b>	<b>LIII</b>
<b>Annexe III : Bilan de la première année de savoir coopérer</b>	<b>LV</b>
<b>annexe iv : Planification du projet savoir coopérer sur les trois ans de formation</b>	<b>LIX</b>



## INTRODUCTION

Depuis sa création, la Croix Rouge Française a pour but de participer à l'amélioration de la santé de la population et ceci à plusieurs niveaux : en participant directement aux soins par le réseau des établissements sanitaires et sociaux qu'elle gère, mais aussi par la formation des professionnels de santé formés dans ses Instituts de formation.

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers de ses établissements par une meilleure prise en compte globale de la personne, dans une approche pluri-professionnelle, la Croix Rouge française a pour projet de favoriser le déclioisonnement des professions sanitaires et sociales, dès la formation initiale. La mise en place du nouveau programme des études infirmières en 2009 a été l'occasion, pour ses Instituts de formation, de réfléchir à un dispositif permettant d'améliorer les capacités à coopérer des futurs professionnels : le projet « savoir coopérer ».

L'Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale d'Auvergne (IRFSS Auvergne) a été créé en 2007. Une école d'assistants de service social et un Institut de Formation en Soins Infirmiers ont alors été réunis dans les mêmes locaux. Dès la rentrée scolaire 2012-2013, l'IRFSS Auvergne a, comme tous les instituts de formation Croix-Rouge, mis en place le projet « savoir coopérer ». Début 2012, un « groupe projet » composé de deux formateurs de la plate forme sanitaire et de deux formateurs de la plate forme sociale a été chargé de réfléchir aux modalités de mise en place de ce projet. Il est rapidement apparu que les formateurs de l'IRFSS Auvergne, tous infirmiers ou assistants de service social avec de solides expériences de terrain, ressentaient confusément l'utilité de cette coopération interprofessionnelle, mais avaient beaucoup de mal à mettre des mots derrière cette évidence. Il a donc semblé nécessaire, afin de permettre de baser le dispositif de formation non seulement sur de la théorie, mais aussi sur des bases concrètes, de connaître plus précisément la réalité et la diversité des pratiques de coopération du terrain. Lors des premières réunions de ce groupe projet, plusieurs questions sont venues sur la table : comment faire adhérer les étudiants à cette idée de coopération, quels exemples de cette coopération seraient-ils amenés à voir, à expérimenter en stage ? Comment les professionnels sur le terrain coopèrent-ils ? Pour résoudre quels problèmes ? Cette coopération leur paraît elle naturelle ? Difficile ? Très vite, il a paru nécessaire de faire une étude auprès des professionnels de terrain pour avoir une idée plus précise de la diversité de leurs pratiques de coopération.

C'est dans ce cadre que j'ai commencé mon stage de master 2 santé publique et environnement au sein de l'IRFSS Auvergne qui m'a demandé d'animer et de coordonner le groupe projet chargé d'élaborer le projet « savoir coopérer » et de le mettre en œuvre pour les étudiants en première année de formation. L'objectif général de mon stage 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.

# 1 - Contexte

## 1.1 - La coopération sanitaire et sociale : une réponse aux problématiques de santé de la population ?

En France, avec l'essor des pathologies chroniques et l'allongement de la durée de la vie, de nouvelles problématiques sont apparues mêlant problèmes de santé et problèmes sociaux (SIDA, toxicomanie, dépendance, handicaps, ...). Aujourd'hui, les déterminants de la santé sont de plus en plus sociaux, et la *«santé des populations ne relève pas du seul champ biomédical mais tout autant, sinon plus, du domaine social»*(1). De même, les conséquences sociales des problèmes de santé (handicaps, déficiences, longue maladie, dé-socialisation, exclusion...) sont de plus en plus importantes (2). Dans le champ des maladies chroniques, *« la façon dont une personne gère sa maladie dépend des ressources auxquelles elle peut avoir accès pour prévenir, traiter ou soulager la maladie, ou pour promouvoir sa santé. Le rôle secondaire du travail social consiste à contribuer à garantir l'accès à ces ressources »*(3). La coopération sanitaire et sociale est donc importante pour répondre aux problèmes de santé de la population. Les associations d'usagers sont également nombreuses à souligner la nécessité d'une coordination (4) des acteurs et il semble qu'il *«ne reste qu'à ouvrir la porte, à se lancer, à corps perdu, dans une coopération effrénée avec les autres établissements ou structures sociales et médico-sociales, mais aussi avec le secteur sanitaire et même...avec les professionnels libéraux!»*(5).

Pourtant, la coopération sanitaire et sociale semble être lente à se mettre en place. Différentes raisons sont évoquées par Alain Muchielli (6) pour 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. Une étude de l'INSERM (7) constate également des difficultés à se parler, à utiliser le même langage, à comprendre le mode de fonctionnement de l'autre.

En région Auvergne, le projet régional de santé 2012-2016 évoque à plusieurs reprises la coopération sanitaire et sociale. Par exemple, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a pour objectif d'assurer *« un parcours de soins adapté à la personne par une organisation coordonnée de l'offre tant en termes d'accès aux droits qu'aux soins en travaillant sur les articulations entre acteurs quel que soit leur champ d'intervention »*(7)

Dans le département de l'Allier, le conseil général élabore un schéma unique des solidarités (8) concernant la protection de l'enfance, la petite enfance, les personnes âgées et les personnes handicapées pour la période 2013-2017. Le but est d'aboutir à un document unique permettant de servir de cadre de référence et de garantie de cohérence à l'action départementale, d'établir une correspondance entre les politiques et les dispositifs pour faciliter l'accompagnement des personnes tout au long de leur vie, de déterminer l'organisation de l'offre et les modes de financement des futures actions et de formaliser les conditions de mise en œuvre des partenariats institutionnels.

## 1.2 - La formation des professionnels de santé

En tant qu'Institut de formation formant des professionnels sanitaires et sociaux, nous nous devons d'accompagner, dans nos formations, l'évolution des professions. « *La régionalisation de la formation sanitaire et sociale pose plusieurs questions dont celle de l'articulation entre les filières santé et sociale* »(9).

### 1.2.1 - Les enjeux de la formation initiale sanitaire et sociale

Le contexte des formations sanitaires et sociales est aujourd'hui très tendu. Les formations sont financées par les conseils régionaux, les programmes de formation sont élaborés par les ministères de la santé et du social, « l'universitarisation » impose une coopération avec l'université. Ces différents partenaires ont parfois des logiques et des enjeux différents imposant aux Instituts de formations des orientations parfois contradictoires. Les Instituts de formation tels que nous les connaissons sont menacés, la régionalisation envisagée rend leur avenir incertain. Les écoles sont ainsi en recherche d'innovation pour assurer leur survie. Former des professionnels à coopérer entre eux est un moyen d'allier innovation pédagogique et réponse aux besoins des populations. Avec ses dix huit Instituts de Formation Sanitaires et Sociaux, la Croix Rouge est bien placée pour innover en matière de formation des professionnels de santé.

### 1.2.2 - La formation à la Croix-rouge : le projet savoir coopérer

La Croix-Rouge a été à l'initiative des toutes premières formations des professionnels sanitaires et sociaux en France. A l'heure actuelle, les dix huit Instituts Régionaux de Formation Sanitaires et Social de la Croix Rouge française, offrent la possibilité de se former 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 .

La Croix-Rouge a pour projet de favoriser le décloisonnement des professions sanitaires et sociales pour une meilleure prise en compte globale de la personne dans une approche pluri-professionnelle ( promotion de la santé ). Depuis plusieurs années, elle a favorisé le rapprochement de ses formations sanitaires et sociales en les installant dans les mêmes locaux. L'apparition du nouveau programme des études infirmières en 2009 a été l'occasion d'amorcer un travail de réflexion avec « Le Boterf Conseil » concernant la coopération entre professionnels sanitaires et sociaux. Cette réflexion a permis d'élaborer un dispositif de formation destiné à améliorer les capacités à coopérer des professionnels formés dans ses instituts ( le projet « savoir coopérer ») que les instituts de formation de la Croix- Rouge doivent mettre en place.

### 1.2.3 - La formation à l'IRFSS Auvergne

Actuellement, l'IRFSS Auvergne comprend un établissement unique à Moulins. Celui ci est composé de trois plate formes avec une directrice à la tête de chacune d'elles et une directrice régionale à la tête de l'IRFSS Auvergne.

## Contexte

La plate forme sociale est composée d'une formation au Diplôme d'État d'Assistant de Service Social, la formation d'Auxiliaire de Vie Sociale et la formation de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale.

La plate forme sanitaire est composée d'une formation au Diplôme d'État d'Infirmier et la formation au Diplôme d'État d'Aide-soignant.

La plate forme formation professionnelle continue est représentée par la formation continue sanitaire et sociale, les premiers secours et la prévention des risques. Les formations proposées répondent pour la plupart à des appels d'offre.

Les formations sont assurées par une équipe de 50 personnes dont 33 formateurs diplômés, et ayant exercé dans les métiers du sanitaire et du social. Les formateurs qui ont travaillé dans le secteur social constituent l'équipe de la plate forme sociale ou de la formation continue et les formateurs qui ont travaillé dans le domaine sanitaire constituent l'équipe de la plate forme sanitaire. Les projets pédagogiques de chacune des plate formes sont séparés. Les réunions pédagogiques et les différentes instances sont distinctes.

Plusieurs orientations prioritaires sont affichées dans le projet de formation de l'IRFSS Auvergne : la transversalité sanitaire et sociale favorisant une approche globale de la personne, une ouverture à l'international favorisant la dimension interculturelle, et l'innovation pédagogique favorisant l'individualisation des parcours de formation.

L'équipe pédagogique a à cœur de proposer des formations adaptées aux réalités des métiers sanitaires et sociaux en complète évolution. Afin de permettre le développement de la promotion de la santé, un partenariat a été engagé avec l'Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand. Ce partenariat devrait permettre d'offrir aux étudiants infirmiers et assistant de service social de l'IRFSS Auvergne, la possibilité de passer une licence professionnelle « chargé de projet et intervention en éducation et promotion de la santé » en même temps que leur diplôme d'état. D'autre part, dans le cadre de « l'universitarisation » des formations sanitaires et sociales, un partenariat avec l'université d'Auvergne de Clermont-Ferrand est effectif. Faisant partie des Institut de formation de la Croix-Rouge, l'IRFSS Auvergne doit, comme tous les établissements Croix-Rouge de France, mettre en place le projet « savoir coopérer ». Mais il y a dans cet institut une volonté d'aller au delà des exigences de ce projet national en liant le projet « savoir coopérer », la licence professionnelle et le projet Erasmus avec une étude auprès de professionnels sanitaires et sociaux permettant d'étudier la diversité des pratiques de coopération.

### 1.3 - La promotion de la santé

En 1986, l'Organisation mondiale de la santé définissait la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa (11). L'ensemble de ce chapitre s'y réfère. 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* ». Aujourd'hui, « *l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* » (12) Les infirmiers sont donc bien des professionnels de la santé.

L'assistant de service social, lui, « agit avec les personnes, les familles, les groupes par une approche globale pour améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, sanitaire, familial, économique, culturel et professionnel, développer leurs propres capacités à maintenir ou restaurer leur autonomie, et faciliter leur place dans la société, mener avec eux toute action susceptible de prévenir ou de surmonter leurs difficultés... »(13). Il est donc important de souligner que, les assistants de service social, sont également des professionnels de santé.

La charte d'Ottawa (Cf. annexe 1) 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 davantage de moyens de l'améliorer (11). C'est donc en articulant les champs d'intervention sanitaire et social que l'on permet aux individus de maîtriser et d'améliorer leur santé. En effet, articuler ces deux champs d'intervention 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, ce qui leur permet d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et sur ses déterminants. Le secteur sanitaire ne peut être le seul acteur de la promotion de la santé. « La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales, bénévoles, autorités locales, industries et médias ». La coordination des actions et donc la coopération des professionnels est donc indispensable à la promotion de la santé.

La charte d'Ottawa mentionne certaines conditions préalables indispensables à la santé ce sont : vivre en paix, pouvoir se loger, accéder à l'éducation, pouvoir se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

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. Pour la santé publique, le diagnostic prend en compte les besoins de santé définis par des professionnels, une demande exprimée par le groupe et des réponses déjà existantes (12). Cette démarche utilisée en santé publique peut également s'utiliser pour une démarche individuelle.

Un des axes de la promotion de la santé défini par la charte d'Ottawa est la réorientation des services de santé. La charte d'Ottawa stipule que « les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également ...des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évoluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considéré dans son intégralité ». La charte d'Ottawa mentionne donc la formation des professionnels de santé comme étant un axe de la promotion de la santé.

### 1.4 - La coopération sanitaire et sociale : point de vue des formateurs de l'IRFSS Auvergne

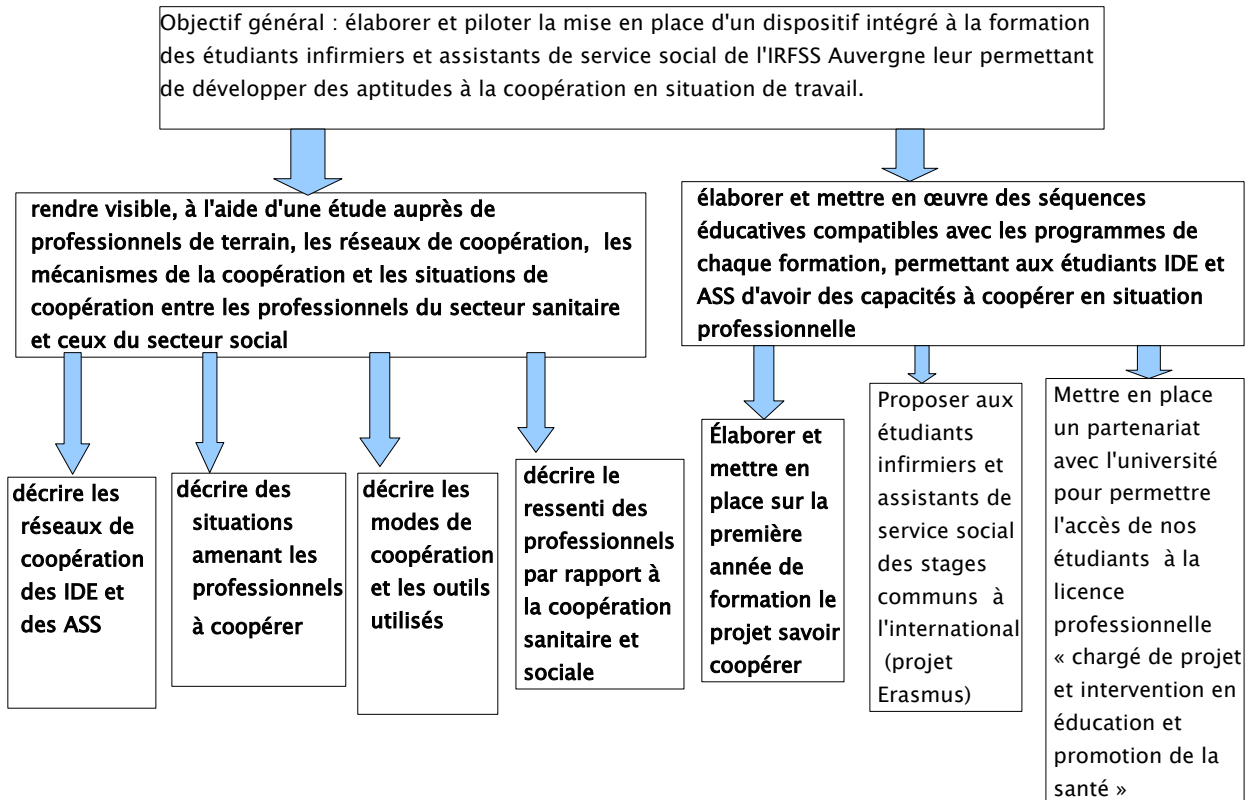
Au début du projet, les discussions entre les formateurs sanitaires et sociaux de l'IRFSS Auvergne faisaient apparaître un intérêt pour cette idée de coopération sanitaire et sociale. Mais celle-ci recouvrait une réalité très différente en fonction de l'expérience professionnelle de chacun. Pour certains, il s'agissait de faire des économies, pour d'autres c'était un moyen de répondre de manière pertinente aux besoins de santé de la population, mais quels besoins ? Pour certains formateurs, comme pour la direction de l'IRFSS Auvergne, il était évident que le but de la coopération sanitaire et sociale était lié 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 était loin d'être clairement identifié. Coopérer représentait également une réalité très diverse pour chacun : pour certains il s'agissait de transmettre les coordonnées d'un autre professionnel à l'utilisateur qui en a besoin, d'autres évoquaient une notion d'objectifs communs, et d'autres encore faisaient référence à la notion de travail en réseau. Qu'est-ce que coopérer ? Que recouvre cette notion dans le cadre du travail sanitaire et social, pour quoi inciter les professionnels sanitaires et sociaux à coopérer ? Quel est le rôle de chacun dans cette coopération ?

De même, certains formateurs considéraient qu'il y avait une place dans la formation pour l'apprentissage de la coopération. Mais d'autres estimaient que les professionnels sanitaires et sociaux coopèrent déjà entre eux, et jugent superflue une éventuelle formation à la coopération.

A ce stade, l'équipe enseignante a exprimé la sensation qu'on allait trop vite, qu'avant de mettre en place un dispositif de formation pour aider nos étudiants à coopérer, il serait utile de préciser les objectifs de cette coopération, d'identifier les partenaires, les services que la coopération permet de rendre aux usagers du système de santé... Les injonctions de la Croix-Rouge nationale étaient de mettre en place le projet savoir coopérer à partir de septembre 2012. L'IRFSS Auvergne a néanmoins tenu à coupler la mise en place de ce projet sur la première année de formation avec une étude de terrain permettant d'éclaircir cette notion de coopération sanitaire et sociale.

A ce stade du travail, nous faisons l'hypothèse que les professionnels sanitaires et sociaux de terrain coopèrent déjà entre eux, que cette coopération permet de promouvoir la santé, mais que son efficacité peut être améliorée et que la formation initiale des infirmiers et des assistants de service social peut contribuer à cette amélioration.

## 1.5 - Les objectifs du stage (arbre d'objectifs)



Je ne développerai dans ce mémoire que les deux principaux axes de mon travail : la mise en place du projet "savoir coopérer" et l'étude de terrain (en caractères gras dans l'arbre d'objectifs).

## 2 - Méthodes

A ce stade, nous disposons donc de deux approches complémentaires qui ont permis au groupe projet d'élaborer le dispositif pédagogique sur les trois ans de la formation :

- la mise en place du projet savoir coopérer sur la première année de formation
- et une étude de terrain explorant les pratiques de coopération des professionnels

### 2.1 - La mise en place du projet « savoir coopérer »

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 formateurs de la filière sanitaire et de formateurs de la filière sociale pour élaborer et mettre en œuvre le projet « savoir coopérer » de la Croix-Rouge nationale au sein de notre institut de formation. Un groupe projet composé de deux formateurs volontaires de chacune des deux filières a été constitué. A partir de septembre 2012, la coordination et l'animation de ce groupe a été assurée par une stagiaire en master 2 santé publique et environnement.

Les actions pédagogiques intégrées dans le projet ont respecté les recommandations de la Croix-Rouge nationale, mais ont été adaptées au contexte de l'IRFSS Auvergne.

A partir de septembre 2012, une réunion de suivi entre la directrice de l'IRFSS Auvergne et l'animatrice du groupe projet a eu lieu tous les 15 jours afin de rendre compte de l'avancée du travail et de le modifier en fonction des remarques. Les équipes de formateurs ont été informées de l'avancée des travaux, par les membres du groupe projet, au cours des réunions pédagogiques de chacune des filières de formation au fur et à mesure de l'avancée du travail.

Un bilan des séquences pédagogiques réalisées au cours de la première année de formation effectué en mai 2013 a servi, ainsi que l'étude de terrain, à réaliser une boîte à outils pédagogique mise à disposition des formateurs de l'IRFSS Auvergne pour former au « savoir coopérer ».

### 2.2 - L'étude de terrain

Dans un premier temps, une revue de littérature a permis d'éclaircir l'histoire des professions et la notion de coopération et de donner une grille de lecture à l'étude de terrain.

Dans un deuxième temps, l'étude de terrain a permis d'analyser les pratiques de professionnels concernant la coopération sanitaire et sociale. Les objectifs de cette étude n'étant 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, nous avons choisi de faire une étude qualitative. Nous avons retenu l'entretien semi-directif comme méthode de recueil des données. En effet, l'entretien semi directif et son analyse thématique de contenu permet de balayer tous les thèmes étudiés en laissant la personne enquêtée s'exprimer librement. Afin d'accentuer la diversité des témoignages, nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels, les entretiens en binômes infirmier-assistant de service social nous ont semblé moins pertinents. La durée et le lieu des entretiens n'étaient pas définis



à l'avance, mais décidés avec les professionnels au moment de la prise de contact.

Le recueil des données étant sous forme de témoignages, les propos des professionnels n'ont pas été vérifiés sur le terrain, ils sont le reflet des représentations individuelles des formes de coopération, plutôt que des pratiques réelles.

### 2.2.1 - Méthode d'échantillonnage

Pour des raisons de faisabilité et de cohérence, nous avons choisi, dans notre échantillon, des professionnels exerçant sur le territoire de santé de l'IRFSS Auvergne. Afin d'étudier des situations variées, nous avons inclus des professionnels infirmiers et assistants de service social travaillant dans des conditions diverses (hôpital, institutions, libéral...). Nous projetions donc de mener des entretiens auprès de 5 professionnels sanitaires et 5 professionnels sociaux travaillant dans des institutions différentes susceptibles de rencontrer des situations de coopération variées (service hospitalier, service d'un hôpital spécialisé, réseau de soin, éducation nationale, infirmier libéral, assistant de service social de secteur). Le choix final a été fait pour l'hôpital par les directeurs des soins, qui ont fait appel à des volontaires. En dehors de l'hôpital, nous avons fait appel à des professionnels intervenant dans la formation à l'IRFSS Auvergne.

### 2.2.2 - Recueil des données

Afin de servir d'aide mémoire pour ne pas omettre de recueillir les informations nécessaires, un guide d'entretien (Cf. annexe 2) a été élaboré. Mais nous ne nous sommes pas interdit de compléter les questions posées si besoin. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de l'interviewé, puis retranscrits. Les entretiens ont ensuite été anonymisés.

### 2.2.3 - Analyse des données

L'analyse des entretiens a été faite à partir de leur retranscription, par analyse thématique de contenu (15). Les entretiens ont d'abord été codés en fonction de l'émergence des thèmes principaux puis analysés.

### 2.2.4 - Information de l'équipe de formateurs

Les formateurs du groupe projet ont été informés des résultats de l'étude au cours des réunions de ce groupe et une présentation de l'étude et de la « boîte à outils » a été faite à l'ensemble des formateurs au cours de la réunion institutionnelle de fin d'année scolaire.

### 3 - Résultats

#### 3.1 - Approche bibliographique

Dans un premier temps, une revue de la littérature a permis d'éclaircir la culture de ces deux professions à travers leur histoire. Puis des lectures sur la notion de coopération ont permis de déterminer les éléments pouvant servir de base à l'analyse des entretiens de terrain.

##### 3.1.1 - Évolution de la coopération sanitaire et sociale

Les professions d'infirmiers et d'assistant de service social ont un passé commun. Ce passé est-il un frein ou un levier à la coopération ? En ce qui concerne les domaines sanitaires et sociaux, les pouvoirs publics incitent fortement les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, mais aussi infirmiers et assistants de service social) à coopérer. D'où vient cette incitation ? Ces deux professions autrefois communes ont éprouvé la nécessité de se différencier, pourquoi maintenant devraient-elles coopérer ? Est-ce un retour en arrière ?

###### 3.1.1.1 - L'histoire : d'une spécialisation des professions à une incitation à coopérer

Les informations contenues dans ce chapitre font principalement référence à un rapport de 2007 sur le décloisonnement sanitaire et social(16) et à un article de Nicole Pierre-Jeanguiot paru dans la revue l'ARSI en 2006 (17)

Pour comprendre comment ces deux professions se sont construites, il est pertinent de se référer à leur histoire. 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 de deux ans, la première année est commune aux deux formations. Puis, les professions se spécialisent, les infirmières délaissent les soins généraux aux aides soignants et se consacrent aux soins techniques nécessaires pour accompagner les progrès médicaux, elles sont de plus en plus des auxiliaires médicales. L'arrêté du 5/3/1969 supprime la première année commune aux études d'assistant de service social et d'infirmier, ces deux professions sont alors complètement indépendantes l'une de l'autre. En 1979, les diplômes d'état d'infirmier et d'infirmier psychiatrique qui étaient différents sont réunis au sein de la même formation.

Les institutions suivent la même évolution que les métiers et en 1975, la loi de coordination des institutions sociales et médico-sociales (18) instaure une séparation entre les institutions sanitaires d'une part et les établissements médico-sociaux d'autre part. En 1983, les lois de décentralisation (19) donnent aux départements la responsabilité de gérer l'essentiel des compétences sociales. Les hôpitaux, évoluent vers de plus en plus de technicité et se spécialisent.

Puis les pathologies de la population évoluent, elles sont de plus en plus chroniques et l'allongement de l'espérance de vie oblige à transformer les prises en charge, les inégalités se creusent. Le cloisonnement entre les institutions et les professionnels des domaines sanitaires et sociaux finit par rendre difficile la prise en charge globale des personnes et entraîne une discontinuité des prises en charge qui affecte surtout les personnes les plus en difficulté.

### 3.1.1.2 - Aujourd'hui : les instruments juridiques du décloisonnement sanitaire et social

Plusieurs mesures tentent alors de nuancer ce cloisonnement. La loi du 2/1/2002 (20) rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit une possibilité de coopération entre les organismes à caractère sanitaire et les organismes à caractère social, la loi du 4/3/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (21) confirme cette évolution en définissant les réseaux de santé (coexistence de personnels sanitaires, médicaux, sociaux et de représentants d'usagers) et encourageant leur création.

A l'hôpital, la nouvelle gouvernance (22) instaure l'organisation par pôles avec à leur tête un médecin, un cadre administratif et un cadre de santé dans l'idée de favoriser l'interdisciplinarité.

Et enfin la loi «Hôpital patients santé et territoires » (23) organise la santé à une échelle territoriale et donne la possibilité de décliner le plan régional stratégique de santé à l'échelle d'un territoire de santé sous la forme de contrats locaux de santé (24). L'objectif de ces contrats est d'instaurer des partenariats locaux sur les questions de santé, ils impliquent la coordination des acteurs intervenant sur le même territoire. Cette loi dote également les institutions de véritables moyens de coopération sanitaire et sociale : les groupements de coopération sanitaire (GCS), les réseaux de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires,... Ces instruments juridiques sont encore peu utilisés.

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

Le monde évolue, les situations professionnelles sont de plus en plus complexes. Afin de les prendre en charge, les professionnels sont de plus en plus amenés à coopérer entre eux. S'interroger sur ce type de partenariat revient à s'interroger sur le type d'activités gérées en commun, les méthodes, et les modes de relations contractuelles... (25). Il nous a paru nécessaire d'éclaircir cette notion de coopération pour pouvoir situer la coopération sanitaire et sociale. Les informations contenues dans ce chapitre font principalement référence à l'ouvrage de Philippe Dumoulin, Régis Dumont, Nicole Bross et Georges Masclat : Travailler en réseau méthodes et pratiques en intervention sociale (26). Cet ouvrage précise que coopérer suppose plusieurs caractéristiques et facteurs que nous allons examiner.

#### 3.1.2.1 - Un but commun ou des problèmes communs à résoudre

Marie France Escalier-Nicolas (27) donne une définition de la coopération qui fait appel à la notion de partenariat : coopérer c'est « collaborer/travailler ensemble sur un projet commun, être partenaires ». Mathieu Guillou dans son mémoire (28), explique qu'il « faut voir dans le partenariat à la fois le fait que les partenaires associent leurs ressources, leur volonté ou leur savoir-faire sur la base de leurs différences, et que ce faisant, il s'établit des partages d'autorité et de pouvoir ». Pour lui, le partenariat répond d'abord et avant tout à une logique de l'action, on construit un partenariat pour faire quelque chose ensemble. Pour Carol Landry (29) : « Le partenariat résulte d'une entente entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives ». Landry propose alors une classification des modes de partenariats de l'information mutuelle à la fusion en passant par la consultation, la coordination, la

## Résultats

concertation, la coopération, le partenariat et la cogestion. Pour Corinne Merini (30) : « Le partenariat apparaît comme une nouvelle forme d'organisation de l'action. Il vise à prendre en compte simultanément la complexité des milieux, dans l'espoir de résoudre conjointement, un problème reconnu commun » Le partenariat peut s'exercer entre des institutions ou entre des individus. Finalement, comme l'évoque Christian Maroy (31), toutes ces pratiques désignent surtout 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.

### 3.1.2.2 - Une communication efficace

Pour que la coopération soit possible, il faut que les acteurs puissent communiquer. Il faut donc que les institutions mais aussi les acteurs de terrain acceptent de consacrer des moyens à la coopération. Coopérer implique donc des espaces d'échange et de communication entre les professionnels. Ces espaces peuvent être matérialisés par du temps commun, un espace commun et des outils de communication (évaluation, fiche navette, fiche de bilan,...) (32).

Pour que la communication soit efficace, il faut que les acteurs puissent se comprendre, aient des références communes, une culture commune. « Les principaux obstacles à la conduite d'une action partenariale résident dans le manque de références communes, de cadre d'analyse transversal et d'un langage permettant de communiquer, c'est à dire dont les mots signifieraient la même chose pour ceux qui les emploient » (33). Le travail de compréhension et de partage des concepts sont à la base d'une démarche de coopération. La dimension éthique permet par exemple, de faire le lien avec les valeurs et les références sur lesquelles s'appuie le projet commun. C'est ce qui donne du sens au travail commun.

### 3.1.2.3 - Une connaissance et une reconnaissance mutuelle des acteurs

« L'objectif premier de toute coopération est l'amélioration de la réponse aux besoins des usagers. Le mode de coopération doit donc apporter une plus-value à la personne » (34). La coopération n'a de sens que si les acteurs apportent des compétences différentes au service du projet commun. Pour pouvoir coopérer, les professionnels doivent donc se connaître, connaître 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 même, il sera important de chercher à préserver l'altérité des coopérants. De cette altérité naît la richesse de la coopération au cours de laquelle émergent des objectifs communs mais qui permet à chacun de garder parallèlement ses objectifs propres. Cette reconnaissance mutuelle va permettre un processus de compromis, d'ajustement mutuel permettant de construire une coordination des actions. Ce processus de compromis implique pour chaque professionnel de remettre ses pratiques en question.

### 3.1.2.4 - Une implication de la hiérarchie dans la coopération

Le problème commun auquel les professionnels sont confrontés doivent non seulement constituer une source d'incertitude pour les professionnels de première ligne, mais aussi pour les organisations dont ces professionnels dépendent et donc pour leurs responsables. En effet, un réseau de professionnels coopérant entre eux ne peut survivre, en tant qu'organisation formelle reconnue et acceptée, que s'il y a motivation des acteurs mais aussi et surtout des

responsables. Les auteurs de « travailler en réseau » identifient dans leur ouvrage quatre formes de réseaux correspondant à quatre degrés divers d'implication des responsables et de coopération entre les professionnels :

- ✓ Le partenariat incantatoire qui se résume à un carnet d'adresse permettant de référer un usager à un autre professionnel.
- ✓ Le réseau spontané ou informel qui correspond à un partenariat spontané ou palliatif ou « pairage » : les professionnels ont un problème commun à résoudre et vont se contacter pour résoudre ce problème. C'est la forme la plus courante de coopération dans le milieu sanitaire et social. Au fil du temps, ces relations favorisent la reconnaissance réciproque, le partage des mêmes valeurs de travail, notamment dans le rapport à l'usager. La coordination se fait par « ajustement mutuel », laissant place à l'expérience, au tâtonnement. Cette forme de partenariat est souvent efficace pour résoudre un problème commun mais est souvent peu visible des usagers comme des autres professionnels et elle est souvent éphémère.
- ✓ Le réseau professionnel qui correspond à un partenariat idéologique ou « horizontal-remontant » : celui-ci va plus loin que le partenariat spontané, les professionnels ont explicité des valeurs partagées et ont réfléchi aux problèmes qu'ils sont amenés à résoudre ensemble (projet commun). Il peut mettre en relation tous les professionnels amenés à intervenir auprès de l'usager dans une étape de son parcours, mais il peut également impliquer les responsables et les cadres intermédiaires. Des règles de fonctionnement communes ont été identifiées, il est organisé, structuré. Il permet à tous les professionnels susceptibles d'intervenir de se reconnaître à partir d'un objectif partagé, de prendre contact entre eux pour faciliter la coordination des actions. 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. Un inconvénient: il laisse peu de place à la personnalisation ou l'individualisation des actions auprès des usagers. Des outils communs peuvent être mis en place (dossiers, procédures, ...).

Plus le partenariat est organisé, plus le réseau sera pérenne et vivra indépendamment des personnes qui coopèrent.

### 3.1.3 - Apprendre à coopérer

« Pour qu'une coopération interdisciplinaire fonctionne, il est nécessaire que les professionnels placés dans les structures mises en place pour ce faire apprennent à travailler de manière coopérative : l'organisation ne suffit pas... on ne peut (et heureusement!) forcer personne à coopérer. 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) » (35). Les moyens et le contexte dépendent des organisations dans lesquelles les acteurs travaillent, mais la formation peut amener les professionnels à vouloir coopérer et peut les amener à acquérir des aptitudes personnelles leur

permettant de coopérer (Savoir coopérer). Il y a donc là un enjeu pour la formation des professionnels et « sans doute, la clé de la réussite tient-elle à la formation initiale et continue des 850 000 professionnels de santé et des 800 000 travailleurs sociaux dans la perspective probable de nouveaux métiers (prévention, éducation à la santé... tant en ville qu'à l'hôpital, en milieu institutionnel ou associatif » (36).

Cette revue de la littérature a permis de connaître un mieux ces deux métiers, et de comprendre à travers leur histoire pourquoi, bien que le contexte juridique favorise la coopération sanitaire et sociale, celle-ci est encore peu effective. Les facteurs de la coopération ont servi de trame pour l'analyse des entretiens auprès des professionnels de terrain.

### 3.2 - L'analyse des entretiens

#### 3.2.1 - Les professionnels concernés par l'étude

Nous avons rencontré 10 professionnels : 4 assistants de service social et 6 infirmiers. Parmi eux 5 travaillent en structure employant des professionnels pluridisciplinaires (2 à l'hôpital général, 2 en hôpital psychiatrique et 1 infirmière coordinatrice dans une EHPAD) et 5 interviennent auprès d'usagers à domicile (2 en milieu scolaire, 1 libérale, 1 en UTAS, 1 coordinatrice d'un SSIAD). Parmi ces professionnels plusieurs interviennent dans des réseaux de santé (CLIC et réseau diabète). La durée des entretiens a varié de 60 minutes à 1 heure 30.

#### 3.2.2 - La coopération sanitaire et sociale : point de vue des professionnels

##### 3.2.2.1 - Perception de la coopération

Pour tous les professionnels rencontrés travaillant dans des institutions, la coopération sanitaire et sociale fait partie du quotidien : « *le social oui pour nous, c'est une évidence... Enfin je veux dire pour moi, l'assistante sociale, au jour d'aujourd'hui dans notre service, elle est aussi indispensable qu'un médecin* » (IDE hôpital). L'infirmière coordinatrice dans une EHPAD souligne : « *J'ai trouvé qu'en tant qu'infirmière, le fait de collaborer avec une assistante sociale qui pouvait nous aiguiller, renseigner les familles correctement sur les possibilités qu'elles avaient d'aides pour les retours à domicile, pour les dossiers d'hébergement, pour tout cela, ça a été un atout extraordinaire* ». De manière générale, ces professionnels ont l'impression que la coopération fonctionne bien et parfois même, comme en milieu scolaire, elle semble vraiment étroite : « *Pour nous, c'est l'équipe quoi. C'est notre équipe* » (IDE scolaire)

Ce qui apparaît comme une évidence dans les structures, l'est moins à domicile. Une assistante de service social ayant travaillé en UTAS mentionne : « *l'infirmière qui allait donner le traitement de Mme Machin, on la voyait pas quoi. Il n'y avait pas lieu* ». L'assistante sociale d'une UTAS exprime également le fait qu'elle est rarement en situation de coopération avec des infirmiers même si cela lui arrive de temps en temps : « *on ne peut pas non plus interférer dans le champ de chacun, et ça doit rester des choses qui sont du sur mesure en fonction des besoins des personnes qu'on accompagne* ». De même, l'infirmière libérale rencontrée exprime que : « *c'est vrai que c'est rare qu'on ait des contacts* ». Même si elles sont plus rares à domicile, ces professionnels soulignent qu'ils vivent des situations de coopération sanitaire et sociale :

« *Nous on fait appel, quand on sait pas faire, on appelle* » (IDE libérale)

Pour tous les professionnels rencontrés, la coopération est nécessaire à certains moments de la prise en charge, ce qui ne veut pas dire que celle ci doit être entièrement conjointe. Chacun garde son métier et ses compétences même si, à certains moments, la prise en charge est coordonnée : « *ces jeunes filles dont je vous parle, on les a reçues à un instant T ensemble. Ensuite, ... chacune a repris son métier. La jeune fille qui était anorexique, on a vu avec la maman au niveau social, puis moi, ce n'était plus de mon domaine. Elle a été revue par la collègue infirmière plusieurs semaines durant.. il y a des choses qui ont été mises en place au niveau médical. Donc elle a repris son rôle et moi je me suis détachée parce que ça n'était plus mon domaine* » (ASS scolaire).

### 3.2.2.2 - Coopérer : pour quels bénéficiaires

La plupart des personnes prises en charge par les infirmiers ou les assistants de service social de terrain ne nécessitent pas une prise en charge conjointe. La coopération est indispensable pour la prise en charge de certaines personnes en situation complexe, qui sont à un moment donné fragilisées ou à risque de fragilité. Une infirmière hospitalière parle de « *gens qui n'ont pas de famille, des gens qui ont une perte d'autonomie, des gens qui ont des troubles cognitifs, ou alors des syndromes dépressifs, etc des gens qui ont besoin d'aides* », l'assistante de service social en milieu scolaire précise : « *le partage du travail avec la collègue infirmière, il est pas du tout systématique. Il se fait quand on sent qu'il ... peut concerner les deux corps de métier* ».

### 3.2.2.3 - Les réseaux de coopération

Pour les professionnels rencontrés, la coopération n'est pas limitée aux infirmiers et aux assistants de service social. Les réseaux de coopération sont beaucoup plus vastes.

Tous les professionnels rencontrés, pensent qu'ils coopèrent également avec beaucoup d'autres corps de métiers : professionnels de l'éducation, de la justice, administratifs, associations, prestataires de services divers, .... Les infirmiers citent d'autres professionnels sociaux (les auxiliaires de vie, aides ménagères, les AMP) mais aussi les professionnels médicaux et les autres paramédicaux bien sûr. Les assistants de service social, citent également d'autres professionnels sanitaires (les aides soignants, les médecins), mais aussi les administrations, les associations et les autres professionnels sociaux.... Une assistante de service social travaillant dans une UTAS explique ainsi que « *là, effectivement on a travaillé avec la mairie, on travaille avec la DATER et puis après en interne avec notre conseillère technique pour activer des financements : financement politique de la ville, ...enfin plusieurs financements.* » Les réseaux de coopération sont très vastes et diffèrent selon les situations rencontrées et les secteurs d'activité.

Plusieurs infirmiers évoquent également la coopération ville-hôpital en expliquant qu'elle fonctionne mal entre infirmiers : « *les libéraux ... et le milieu hospitalier...On communique très peu, c'est pas dans les mentalités. Et c'est vraiment 2 mondes, oui, c'est 2 mondes à part...L'hôpital c'est l'hôpital, ce qui se passe à l'extérieur c'est l'extérieur. Et finalement entre les deux d'un côté comme de l'autre, on n'a pas tant de liens que ça.* » (IDE hôpital) . Ou encore : « *On a essayé... mais on n'a pas toujours les informations. parce qu'on est infirmière,*

## Résultats

*on n'est pas de la famille, il y a toujours la barrière »* (IDE lycée). D'autres évoquent la coopération entre les structures médico-sociales et l'hôpital : *"d'une manière générale, les relais entre professionnels ne sont pas trop trop... si c'est des personnes qui viennent d'un foyer par exemple, avec l'équipe là c'est toujours un peu compliqué »* (IDE psychiatrie). Les réseaux de santé sont évoqués comme pouvant être une aide à la coopération sanitaire et sociale, mais encore très peu utilisée : *«Un petit peu les réseaux, vous savez le réseau soins palliatifs. Mais ça reste rare. Moi, ça fait 5 ans que je suis dans le service, je l'ai peut être vu 3 ou 4 fois... Après c'est un tort je pense, mais on fait très peu appel à eux »*. Plusieurs professionnels hospitaliers évoquent également le « CLIC » comme pouvant favoriser la coopération.

### 3.2.2.4 - Les conséquences du manque de coopération

Les professionnels rencontrés mettent en évidence, à travers les situations qu'ils décrivent, les conséquences engendrées par le manque de coopération sanitaire et sociale.

Il peut s'agir de retards dans les prises en charge : *« des fois ça cristallise un peu les soucis des patients qui sont là, parce que ça peut durer un petit moment avant que quelqu'un puisse régler la situation »* (IDE psychiatrie). Mais aussi : *« une IDE qui au cours d'un entretien recueil des informations sociales, ne va pas savoir quoi en faire. Si les infos ne sont pas partagées, les problèmes sociaux ne seront pas traités »* (ASS scolaire).

Il peut s'agir également de réponses non adaptées : *« il y a 15 jours, visite à l'hôpital pour une inscription présentée par l'assistante sociale : quelqu'un de complètement désorienté, calme, donc qu'elle pensait complètement adapté à la résidence. Et quand on est arrivé en visite là-bas, la personne était sanglée au fauteuil, donc forcément pas déambulante. Mais quand on essaie de la détacher, et bien, c'est quelqu'un qui s'est spontanément précipité sur son placard, a pris sa valise, mis ses affaires dedans et essayé de partir. Donc, l'assistante sociale a découvert la situation en même temps que nous, dans la chambre, en disant « je suis désolée, mais visiblement, ça va pas le faire ». 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).

De même, le manque de coopération entre l'hôpital et le domicile peut conduire à un défaut dans la continuité des prises en charge et parfois à une ré hospitalisation ou un placement en institution qui aurait pu être évité : *«je le voyais bien en diabéto sur les plaies chroniques. Le fait d'avoir très peu de communication et que chacun... Et ben, ça nous donnait des gens qui avaient des plaies quasiment cicatrisées... Et c'est des gens qu'on voyait revenir au bout d'un mois, un mois et demi et où tout était à refaire. Voilà, on repartait de zéro »* (IDE hôpital).

Par contre, si la coopération se passe bien cela permet à la personne d'être orientée rapidement et de diminuer la durée, donc le coût de l'hospitalisation : *« une demande de convalescence c'est ce qui retarde, ... ce qui gonfle l'hospitalisation, les jours de DMS en fait. Donc du coup, on est sensibilisés ... Voilà le plan social arrive rapidement quoi. Je veux pas dire au même niveau que pourquoi la personne est rentrée, mais ça rentre dans les critères à évaluer au même titre que le risque d'escarres et l'évaluation de la douleur »* (IDE hôpital) .



### 3.2.3 - Des buts communs

Les professionnels rencontrés ont tous parlé de problèmes communs à résoudre. Ils ont tous relaté des situations qu'ils ont à appréhender ensemble. Elles peuvent se situer à plusieurs niveaux de la prise en charge.

#### 3.2.3.1 - Les conditions préalables à la promotion de la santé

Certains infirmiers ont évoqué la possibilité pour eux de faire appel ou de conseiller aux usagers de faire appel aux assistants de service social pour des personnes qui n'ont pas de logement ou pas de revenu, cela entraînant des conséquences pour leur santé : « *dans un sens on collabore parce qu'on fait appel les uns aux autres* » (IDE libérale). Pour tous les professionnels rencontrés, c'est le rôle des assistants de service social de garantir ces conditions. Les assistants de service social en polyvalence de secteur dans les UTAS sont en première ligne pour ces services : « *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... des personnes qui nous sont orientées dans le cadre du RSA* » (ASS UTAS). Les assistants de service social ont dans ce cadre là des partenariats multiples et variés avec des administrations, des associations, mais peu avec des infirmiers, il s'agit d'un partenariat purement incantatoire.

#### 3.2.3.2 - Promouvoir la santé : la triade besoins-demandes-réponses

Tous les professionnels rencontrés reconnaissent à l'infirmier et à l'équipe paramédicale 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. Pour s'assurer qu'il mange, qu'il mange correctement. ...* » (IDE hôpital). La discussion et la partage d'informations avec l'assistant de service social permettent d'affiner ces besoins en fonction du contexte de vie de la personne : « *nous, c'est comme ça qu'on a su qu'il vivait vraiment dans des conditions précaires* » (IDE hôpital). Les besoins sont alors personnalisés en fonction du contexte.

Les assistants de service social sont plus investis dans le recueil des demandes des personnes : « *elle voit vraiment ce que les gens acceptent aussi... elle va au lit du patient. Elle voit avec lui* » (IDE hôpital). Mais les infirmiers ont également un rôle dans cette démarche " *quand on sait que c'est une entrée en institution, nous, on voit avec la famille où ils veulent... où éventuellement ils seraient susceptibles d'envoyer la personne* ». La coopération entre professionnels sanitaires et sociaux permet de s'assurer que les demandes des usagers sont prises en considération : « *c'est le patient (ou la famille si le patient n'est pas apte), mais c'est le patient qui décide quoi* » (ASS psychiatrie). Pour qu'elle puisse exprimer une demande, il est important que la personne ou sa famille aient été informés du ou des problèmes, des conséquences possibles, des différentes réponses existantes. La coopération entre ces deux corps de métier permet « *l'information du futur résident. Parce que souvent les gens sont au courant qu'ils sortent de l'hôpital, qu'ils vont dans une maison ... alors « repos » etc...enfin, je pense que de fait, soit le service, soit la famille a été quelque part mise devant le fait accompli. Il va bien falloir avertir la personne qu'elle va en maison de retraite parce que nous on arrive en se présentant comme cadre et psychologue de la maison de retraite* » (IDE coordinatrice)

## Résultats

EHPAD).

Parfois les demandes exprimées par les personnes et les besoins définis par les professionnels ne concordent pas. Une information conjointe sanitaire et sociale permet de s'assurer que la personne a bien eu toutes les informations nécessaires à la prise de décision. La coopération peut alors faciliter l'acceptation d'une dépendance qui s'installe ou d'un changement dans les besoins et aider à orienter la demande : *« des gens qu'il faut commencer avec la famille à persuader un petit peu d'aller en maison de retraite, des gens qui au début ... n'en ont pas bien envie. Donc là , ça permet d'étayer un peu l'argumentation. Et nous, d'un point de vue infirmier et purement médical et paramédical, elle, plus sur les conditions de vie à domicile, et la famille derrière, voilà sur le côté affectif. 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). Lors des sorties d'hôpital, la coopération implique également parfois les professionnels du domicile : *« quand moi, je vois le patient, j'essaie autant que faire se peut de retransmettre à la collègue de secteur pour que, quand la famille vient en consultation sur le secteur, ...on ait le même discours en tous cas. ... Si je prêche pour une maison de retraite, qu'elle n'aille pas dire : bah, oui, elle va rentrer à domicile »*. (ASS psychiatrie)

Des réponses sont ensuite proposées à la personne et discutées avec elle et/ou sa famille en fonction de ses possibilités financières, de son accès aux aides, mais aussi en fonction de l'offre d'aides au niveau local. C'est l'assistant de service social qui s'occupe de la partie accès aux aides : *« suivant les aides, les gens ne peuvent pas payer, ils n'ont pas droit aux aides, l'assistante sociale va trouver un système »* (IDE libérale). Les réponses proposées tiennent compte des besoins mais aussi des demandes des bénéficiaires, cela demande parfois une négociation avec l'équipe médicale. Là encore, pour que la personne puisse faire un choix, il faut qu'elle soit informée des différentes possibilités et de leurs avantages et inconvénients. Les informations sur les différentes aides sont souvent apportées par l'assistant de service social : *« elle lui apporte des réponses un peu plus précises. Quant à ce que pouvait faire la jeune fille, comment elle pouvait aborder les choses avec ses parents, qu'elles étaient ses droits par rapport à la garde chez son père ou chez sa mère »* (IDE scolaire). La coopération sanitaire et sociale est donc indispensable pour permettre à la personne d'être acteur de son projet.

Il est important de tenir compte, très tôt dans la prise en charge, des possibilités d'aide au niveau local. Les possibilités locales influencent parfois la prise en charge médicale et vice versa. Ainsi, l'infirmière de médecine raconte qu'une personne handicapée et hospitalisée n'a pas pu bénéficier d'un « traitement », parce que la structure où elle vivait n'aurait pas pu le prendre en charge : *« si elle a une GPE on ne peut pas la reprendre quoi. Il y a eu tout un dispositif de mis et une réunion pour voir un petit peu ...au jour d'aujourd'hui qu'est ce qu'on fait ? Et il en est ressorti que... pas de GPE quoi, sinon plus de structure pour elle»*. La coopération sanitaire et sociale permet alors de prendre en compte toutes les conséquences des actes médicaux pour la personne.

Malheureusement, l'accompagnement se prolonge parfois au delà du décès et l'assistant de service social peut être amené à proposer des réponses particulières : *« quand on a un décès... des fois il y a des problèmes financiers ne serait ce que pour les enterrements, les choses comme ça, donc on fait aussi appel à elles sur des patients hospitalisés qui ont des enfants handicapés ou enfants en bas âge, voir un petit peu qu'est ce qu'on peut faire pour eux. »* (IDE

hôpital). Mais aussi, parfois les personnes vulnérables prises en charge ont besoins d'être protégées. Les demandes de protection sont en général gérées par les assistants de service social : « *En principe, je ne mets pas l'infirmière là-dedans, je prends seule la décision* » (ASS psychiatrie).

C'est donc bien grâce à une coopération et une coordination efficace que cette négociation entre équipes médicales, paramédicales et assistants de service social permet aux personnes de faire des choix concernant leur propre santé et les déterminants de celle-ci. Comme le résume avec ses mots une assistante de service social d'un service de psychiatrie : « *On est dans le même bateau, quoi. Le bateau, c'est le patient qui est devant et il faut le mener à l'autre rive, quoi. Voilà, il faut que cela se passe le mieux possible, dans l'intérêt du patient* ».

### 3.2.3.3 - Coopérer pour promouvoir la santé : les actions collectives

Les infirmiers comme les assistants de service social sont peu investis dans la mise en place d'actions collectives. Tous les professionnels concernés disent en effet que : « *notre mission première c'est l'individuel* » (ASS scolaire), mais aussi : « *c'est pas forcément ce qu'on a nous, dans nos pratiques au quotidien* » (ASS UTAS). Quand ils s'investissent dans ces actions collectives, ils sont parfois amenés à coopérer entre eux. C'est le cas par exemple des infirmiers scolaires qui relatent : « *Des fois, on la sollicite pour participer avec nous à certaines interventions auprès des jeunes. L'année dernière, on a fait l'éducation à la sexualité avec des élèves de seconde et première* ».

Le plaidoyer est également une action qui profite à la collectivité et que les professionnels peuvent utiliser pour signaler par exemple aux pouvoirs publics des réponses insuffisantes. Seule l'assistante sociale de l'UTAS nous a parlé de cette action de plaidoyer : « *nous, on fait remonter des choses en terme de manque de réponses sur ...à un moment donné : manque d'orthophonie ou des choses comme ça... nous on interpellait pour que ça puisse être relayé plus haut* » (ASS UTAS). Aucun des professionnels rencontrés ne nous a fait part de coopération lors d'actions de plaidoyer, pourtant celles-ci n'en seraient que plus efficaces.

### 3.2.3.4 - Coopérer pour rester professionnels

Le fait de coopérer ou de partager sa vision d'une situation avec d'autres professionnels permet aussi de prendre du recul avec cette situation et de rester dans le champ professionnel. L'assistante de service social scolaire explique par exemple : « *on s'enferme très vite dans la situation, alors là, pour le coup, comme on traite qu'avec des ados souvent ils vous prennent en otage : "vous en parlez à personne!" Alors oui d'accord sauf que il ne faut pas non plus que... l'affect prenne le dessus quoi... Le fait d'en parler ensemble permet de prendre du recul, on pèse les mots...des fois rien que le fait de parler d'une situation ça nous fait penser à d'autres choses, donc ça c'est super riche.* »

## 3.2.4 - Les facteurs permettant la coopération

Les professionnels rencontrés évoquent plusieurs facteurs facilitant ou freinant la coopération sanitaire et sociale.

### 3.2.4.1 - Le partage d'informations

Il ne peut y avoir de coopération sans partage d'informations. Tout ce qui peut favoriser la communication contribue à la coopération. Qu'il soit formalisé ou non, ce partage d'informations prend du temps.

#### 3.2.4.1.1 - Des moyens de communication parfois formalisés

Dans les institutions, différents moyens sont mis en place pour faciliter la communication entre les professionnels. Plusieurs professionnels indiquent que la proximité des bureaux, par exemple, facilite la communication : *« on est à côté, donc c'est vrai que c'est pratique. Quand on a besoin et qu'elle est là, forcément »* (ASS scolaire), mais aussi *« dans le département je dois être la seule à avoir un bureau implanté au sein même de l'unité... Le matin, j'arrive, ... je pose mon sac, je prends mon téléphone, je vais dire bonjour aux collègues »* (ASS psychiatrie). De même l'assistante sociale en milieu scolaire évoque l'éloignement comme étant un frein à la communication avec les enseignants : *« Ici j'ai un peu plus de mal parce que... Ben déjà parce qu'on est loin, l'établissement est grand »*.

D'autres moyens sont parfois mis au service des professionnels par les institutions pour qu'ils puissent se joindre à tout moment : *« elles ont un « bip » pour les urgences, elles ont toujours une secrétaire qui passe bien les messages »* (IDE hôpital). L'organisation du travail est également citée : *« 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).

Que ce soit en psychiatrie, à l'hôpital général ou en milieu scolaire, la possibilité de se rendre au domicile des patients permet aux assistants de service social de rencontrer les professionnels du domicile : *« je suis allée en visite à domicile...enfin j'ai fixé la visite à domicile pour qu'elle soit là, pour montrer aussi à cette dame qui était très réticente ...que tout le monde travaillait ensemble »*(ASS hôpital). Sortir des institutions semble beaucoup moins facile pour les infirmiers.

Certaines réunions organisées de manière institutionnelle comme les staffs hospitaliers ou les réunions de concertation dans les collèges, ont pour but le partage d'informations en équipe pluridisciplinaire. Ces réunions ont été mentionnées par tous comme étant des éléments facilitant la coopération : *« Après ce qui est bien... c'est quand on arrive à faire des staffs... où on puisse se parler tous ensemble »* (ASS hôpital) , *« 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). Mais aussi : *« ça fonctionne pas mal, les réunions de concertation, sur les élèves. Ça ne fonctionne pas partout pareil, mais ce qui est intéressant c'est qu'on se voie à hauteur d'une fois par semaine, ou une fois tous les quinze jours, et on va échanger sur des situations d'enfants »* (ASS scolaire). Ces réunions ne sont pas toujours régulières, mais sont parfois organisées à la demande, entre professionnels d'institutions différentes (réseaux de santé, UTAS, CLIC). Une infirmière coordinatrice d'EHPAD évoque également une entrevue systématique entre elle-même, l'assistante sociale hospitalière et le futur résident ou sa famille avant chaque entrée en institution : *« c'est plutôt positif en fait, parce que d'abord l'accueil du résident est plus organisé, on les a déjà rencontrés avant, donc les gens ils ne déboulent pas avec leurs valises et puis, voilà ! La première rencontre n'est pas l'admission définitive. C'est quand même beaucoup plus serein, ...on a des renseignements beaucoup plus précis »*.

### 3.2.4.1.2 - Une communication le plus souvent spontanée et informelle

La plupart du temps, les professionnels de manière tout à fait informelle, ont mis en place des moyens de se rencontrer ou de se croiser pour pouvoir communiquer régulièrement : « *on sait où la joindre si on a un soucis, si c'est urgent* » (IDE psychiatrie). Mais aussi « *quand l'assistante sociale appelle pour me parler, j'ai une plage horaire par jour où je me bloque une heure et où la secrétaire me concentre tous les RV téléphoniques, que ce soit les assistantes sociales, les familles etc* » (IDE coordinatrice EHPAD) ou encore : « *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).

Tous les professionnels rencontrés nous ont également parlé de temps de communication tout à fait spontanés et inorganisés qui sont essentiels pour le partage d'informations. Ces temps de communication sont parfois conviviaux autour d'une pause ou d'un café : « *moi je vais en salle des profs, on boit un café ensemble c'est un moment d'échange* » (ASS Collège). Mais ces temps de concertations sont aussi spontanés dans une chambre d'hôpital ou au détour d'un couloir : « *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).

L'assistante sociale en milieu scolaire souligne la nécessité d'avoir la volonté d'aller à la recherche des informations même si cela demande des efforts quand la coopération n'est pas organisée : « *Il faut arriver aussi à se motiver pour partager ou travailler ensemble ça demande de l'énergie supplémentaire* ».

### 3.2.4.1.3 - La communication écrite

A l'hôpital, les dossiers de soins sont des supports de transmission d'information incontournables pour les professionnels : « *quand on remplace et que l'effectif des assistantes sociales est au minimum, comme cette semaine, on n'a pas le temps et puis on ne connaît pas bien les équipes donc on regarde dans les dossiers leurs dernières transmissions et puis on arrive bien à comprendre la situation* » (ASS Hôpital). Les assistants de service social écrivent également dans les dossiers de soins : « *Elle a une fiche sociale qu'elles remplissent 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).

Les dossiers de demandes d'admission dans d'autres structures sont également des supports de transmission d'informations entre professionnels de structures différentes : « *Il y a un support papier qui est le dossier d'inscription qui transite par l'assistante sociale* » (IDE coordinatrice EHPAD). Depuis quelques années, les professionnels n'ont plus besoin de faire un dossier pour chaque structure : « *Ça s'est beaucoup simplifié tout ce qui est demandes de convalescence. Parce que maintenant on les fait sur trajectoire, donc on fait une demande qu'on dispatche dans les différents services de convalescence qu'on souhaite* » (IDE hôpital). Ce temps passé à transmettre des informations surtout si elles sont écrites, est vécu par les infirmiers hospitaliers, par exemple, comme une contrainte, comme du temps qui n'est pas passé auprès des patients : « *au jour d'aujourd'hui on passe plus de temps sur les papiers* ».

## Résultats

*qu'auprès des gens, il faut être bien au clair là dessus... avec la charge de travail qu'il y a dans les services, pas tant d'un point de vue soin (parce que je ne pense pas qu'il y en ait forcément beaucoup plus qu'avant), mais on a toute cette lourdeur administrative qui nous prend de plus en plus de temps »* (IDE hôpital). Le temps ou la gestion du temps peuvent donc être des freins à la coopération sanitaire et sociale.

### 3.2.4.2 - Se connaître, se reconnaître

Les professionnels rencontrés expliquent tous que se connaître et connaître les missions et les limites des différents métiers, mais aussi avoir conscience de leur complémentarité favorise la coopération.

#### 3.2.4.2.1 - Des facteurs favorisant la connaissance mutuelle

La plupart des professionnels disent connaître mieux les professionnels travaillant dans leur structure, ce qui leur permet de coopérer. A contrario, l'assistante de service social scolaire mentionne le fait de travailler dans plusieurs établissements comme étant un frein à la coopération : *« Quand vous êtes sur 2,3,4 établissements, chaque établissement a un fonctionnement très différent. C'est vraiment la capacité d'adaptation qui est importante parce que il faut s'adapter aux équipes, au caractère de chacun, au chef d'établissement »*

S'ils ne travaillent pas dans la même structure, le fait de travailler ensemble ou d'avoir travaillé ensemble rend la coopération plus facile : *« on a des médecins psychiatres qui interviennent aux lits portes et aux urgences et du coup, qui sont en lien avec les 2 unités et je trouve que ça c'est bien pour améliorer les relations entre nous. Parce qu'ils connaissent les deux, qu'ils connaissent bien les médecins là bas »* (IDE psychiatrie). De même, l'infirmière coordinatrice d'EHPAD mentionne qu'elle n'hésite pas à faire appel à une assistante sociale hospitalière avec laquelle elle a auparavant travaillé. L'assistante sociale hospitalière signale que le coordonnateur du CLIC a auparavant travaillé à l'hôpital, ce qui facilite la coopération avec le CLIC. L'assistante de service social de l'hôpital signale que *« 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 »*. L'infirmière libérale signale qu'elle entre en contact facilement avec le centre social car elle les connaît puisqu'elle travaille pour le SSIAD et que le SSIAD est une structure du centre social. L'infirmière coordinatrice d'EHPAD précise au contraire qu'elle a du mal à travailler avec les assistantes sociales de secteur car elle ne les connaît pas et l'infirmière hospitalière ne travaille pas avec les réseaux de santé car elle les connaît peu : *« je sais pas trop quels sont les tenants et, en fait les aboutissants... On les connaît pas tant que ça non plus »*.

Le fait de travailler depuis longtemps ensemble est cité par plusieurs professionnels comme un élément facilitant la connaissance des habitudes des uns et des autres : *« on se connaît. Ils savent comment je travaille, moi je sais, par exemple, ... si j'ai une grille GIR à remplir, je sais à qui je demande et à qui je ne demande pas ... et du coup, voilà, et si j'ai besoin d'un renseignement sur le traitement, je vais plus aller vers quelqu'un d'autre »* (ASS psychiatrie).

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. C'est pas toujours lisible, je pense, nos organisations et à quel moment on peut nous joindre, et ça des fois, ça participe à ce que ça rende opaque et que ça mette des freins ...Une fois qu'on a identifié le bon interlocuteur, c'est plus facile, on l'a dans nos tablettes. On identifie une personne, on sait qu'elle peut intervenir sur ce champ de compétence là et que c'est ce qui nous concerne à ce moment là c'est plus facile. Voilà on a les coordonnées, même si elle est pas là au moment où on appelle, on laisse un message, on sait que l'information va circuler dans les deux sens »*

S'ils ne travaillent pas ensemble ou dans la même structure, la communication est plus facile entre professionnels exerçant le même 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. Donc du coup voilà, pour nous c'est aidant ça »* (ASS UTAS). Les assistants de service social de ville disent passer parfois par l'intermédiaire des assistants de service social de l'hôpital pour contacter l'infirmier : *« c'est vrai qu'en général ça se fait plus entre assistantes sociales »* (IDE psychiatrie).

#### 3.2.4.2.2 - La connaissance des différents métiers

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 quoi »* (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 : *« les soignants n'ont peut être pas bien compris nos missions Voilà. Après il nous arrive hein des fois, on nous appelle pour des choses qu ne sont pas du tout de notre compétence... »* (ASS hôpital). De même, *« je me dis que 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).

#### 3.2.4.2.3 - La complémentarité dans la prise en charge

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 : *« On a une vision différente en fait. L'infirmière sera plus axée sur le soin, par exemple... Moi, ce sera plus au niveau pratique : ... est-ce qu'il y a un frigo, est-ce qu'il y a de l'eau , est-ce qu'il y a de l'électricité, est-ce qu'il y a le téléphone, est-ce que... Alors que l'infirmière verra plus par rapport aux soins, quant à la toilette, est-ce que la douche va être accessible ou est-ce que les toilettes sont... »* (ASS psychiatrie). Les infirmiers rencontrés ont tous conscience des apports de l'assistant de service social à leur profession : *« à la base on a une formation d'infirmière. Oui, on est au courant de certaines choses, mais je veux dire, on ne connaît pas les textes, on ne connaît pas leurs textes de lois, on ne connaît pas les nouvelles applications de l'APA... On sait pas les possibilités de financement divers et variés, on ignore complètement...Non, non, 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. Je n'aurais jamais, ...je ne*

*pourrai jamais me rendre compte ... sauf si les textes changent d'ici là mais ça m'étonnerait, Je ne pourrai jamais me rendre compte de ... est ce que M. Machin est capable de faire sa toilette tout seul ou pas. Est-ce qu'il lui faut une aide, est-ce qu'il est perdu, qu'est-ce qu'il peut faire ou pas tout simplement »(ASS psychiatrie).*

### 3.2.4.3 - Une culture commune

Trois 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 coopération : *« voilà, on savait... on ne se briffait même pas avant, quoi. On savait... Mme Machin... on savait où on voulait aller, l'objectif final c'était ça, et tous les chemins qu'on pouvait prendre, on se comprenait » (ASS psychiatrie) « Et puis c'est vrai qu'on est quand même relativement sur la même longueur d'onde quoi » (IDE hôpital) « 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).*

Les assistants de service social rencontrés évoquent spontanément le secret professionnel comme étant un frein à la coopération : *« c'est toujours très délicat parce que : est ce que là on est dans le secret, est ce que là on peut dire les choses? » (ASS scolaire).* Parfois quand on n'a pas cette culture commune, la confiance manque et certains professionnels évitent la coopération : *« Je vais pas au conseil de classe pour plusieurs raisons : déjà parce que j'ai pas le temps et aussi parce que 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).* Cette culture commune permet d'avoir confiance dans les autres professionnels et de pouvoir partager des informations en accord avec la personne et dans son intérêt.

#### 3.2.4.3.1 - La promotion de la santé

Les représentations de son propre métier ont également une incidence sur la volonté ou non de coopérer. En effet, les infirmiers dont la représentation du métier est très technique sont considérés comme moins coopérants : *« ils n'ont pas l'œil du patient dans sa globalité, en fait... C'est pas que « un patient », c'est un être humain, à la base. Avec son histoire de vie, avec son vécu, avec son savoir, avec ses manques, avec son expérience, avec...Ils sont vachement accés « soins » et que « soins »... Ils considèrent : le patient, le soin du patient, le médicament du patient quoi » (ASS psychiatrie).* Les assistants de service social qui ne se sentent que peu concernés par la santé ont également plus de mal à trouver un sens à cette coopération sanitaire et sociale : *« de plus en plus il y a une grosse part de santé, et moi, je m'y retrouve pas forcément » (ASS scolaire).* Si les professionnels ne font pas de lien entre leur métier et la promotion de la santé, ils ont du mal à percevoir clairement le sens de la coopération sanitaire et sociale : *« Après, c'est vrai que la coopération... c'est vraiment propre à chacun, quoi. C'est comment on voit son travail, déjà, soi. .. Alors, 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) ou encore : « "Je pense que, dans certains services, si on se posait un petit peu et qu'on prenne un peu le recul nécessaire pour parler... du devenir ..." (ASS hôpital).*



Dans le milieu hospitalier, les contraintes financières sont importantes et les professionnels ont parfois l'impression que ces contraintes entravent la qualité des prises en charge : « *à un moment donné, on a aussi la pression des médecins qui nous prescrivent à chaque fois... voilà faire sortir la patiente, où en est on ?* » (IDE hôpital). La coopération sanitaire et sociale en ramenant une dimension de promotion de la santé, permet aux professionnels, d'avoir des arguments, de s'allier pour une meilleure « qualité » de la prise en charge des personnes. « *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).

#### 3.2.4.3.2 - La place de la formation

Les professionnels rencontrés citent la formation initiale comme un moyen d'acquérir cette culture commune : « *le fait qu'on ait une formation même si elle est différente, 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). Mais aussi : « *l'école fait une année préparatoire commune pour passer le concours ASS ou infirmière. Je pense que ça, c'est intéressant parce que du coup, ça les sensibilise à un métier, que ce soit ASS ou infirmière, et du coup c'est peut être de nature à se dire à un moment donné, quand ces personnes là vont être infirmiers ou professionnels, de dire ben tiens là le service social peut être compétent il peut être interpellé. Ou l'ASS de se dire ben tiens, là du coup, ça relève du soins, l'infirmière peut être aussi un interlocuteur* » (ASS UTAS).

Mais d'autres citent également le fait de participer ensemble à des formations continue comme étant un 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). En donnant une culture commune aux professionnels, la formation permet donc la coopération sanitaire et sociale .

#### 3.2.4.4 - La position de la hiérarchie

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.

La plupart des professionnels pensent que leurs supérieurs hiérarchiques ne s'impliquent pas assez dans la coopération sanitaire et sociale : « *Alors c'est pas... que c'est pas son problème. Je pense qu'il a ... enfin il a tellement de choses à gérer que ... Je pense que lui, il n'a pas le temps d'impulser tout ça* » (ASS hôpital) « *Ils s'en foutent. Le tout c'est que le travail soit fait* » (ASS psychiatrie).

Quand ils sont cités comme participant à la coopération : « *Jusqu'à présent, elle favorisait beaucoup* » (IDE hôpital), les supérieurs hiérarchiques ont alors tendance, non pas à organiser la coopération, à la permettre, la coordonner, mais plutôt à l'incarner, la coopération sanitaire et sociale passe par eux : « *Déjà quand elle arrive, elle nous demande les gens qu'il faut voir en*

## Résultats

*social donc elle a un récapitulatif. Et si nous, on est occupées à quelque chose quand l'assistante sociale arrive, c'est elle qui fait le lien* »(IDE hôpital) « *Il y a certains services, 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). Le risque est que si ce responsable n'est pas là ou si on change de responsable, la coopération ne fonctionne plus.

De manière générale, la coopération sanitaire et sociale n'est pas organisée, elle se fait de manière empirique et est propre à chaque professionnel : « *il n'y a rien d'officialisé, on nous dit pas quand vous avez telle situation, les trois critères là il faut appeler l'assistante sociale. Ça, ça n'existe pas sur l'hôpital* » (IDE hôpital) « *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 pérenne : « *Quand je remplace dans d'autres services je me rends compte que ce n'est pas évident partout. Et que le fonctionnement est très différent* » (ASS hôpital) « *Oui ça fonctionne moins bien, il y a des infos qu'on n'a pas. On se rend compte pendant les vacances d'été par exemple où là c'est 3 semaines, on est contents quand elle revient* » (IDE psychiatrie).

Le manque de réflexion et d'organisation de la coopération sanitaire et sociale est également inter institutionnel, avec les mêmes conséquences : « *C'est variable voilà. 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) « *Une fois qu'on a identifié le bon interlocuteur, c'est plus facile...C'est plus compliqué si on s'adresse au service d'à côté et que l'info n'est pas communiquée au bon interlocuteur et bien, paf après ça reste là, et on ne va pas plus loin* »(ASS UTAS). Cela explique bien sûr que dans l'ensemble lorsque les professionnels se connaissent, ont tissé des liens, la coopération en général fonctionne, par contre dès qu'il y a un changement de professionnel, des vacances, un changement d'habitude, c'est plus difficile.

Une réflexion et un début d'organisation concernant la coopération sanitaire et sociale 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 dans les institutions sur la qualité 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 également de faciliter la coopération entre acteurs sanitaires 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). Mais la plupart des professionnels de première ligne déplorent ne pas être assez impliqués dans ces réflexions : « *on n'en a pas la maîtrise quoi, c'est en amont!* » (ASS UTAS) « *ça a intéressé ses collègues cadres et ils ont pu faire ensemble une procédure qu'après nous on a un peu validée* » (ASS hôpital) « *Oui il y a des fiches de poste mais je ne suis pas sûre qu'elles soient communiquées dans les services* » (ASS hôpital).

D'autre part, une assistante de service social souligne également 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)*

### 3.3 – Le projet savoir coopérer

Pour sa première année de mise en œuvre, les résultats de l'étude ne nous ont pas servis puisque celle-ci n'était pas encore réalisée. Mais l'étude a servi à planifier la mise en œuvre de ce projet pour les années à venir et à préciser le contenu d'une « boîte à outils ».

#### 3.3.1 - Les séances réalisées au cours de la première année de formation

Les grandes étapes de l'apprentissage à la coopération ont été planifiées pour les trois ans des formations (Cf. annexe IV). Au cours de l'année scolaire 2012-2013, plusieurs séances pédagogiques ont été effectuées pour les étudiants en première année de formation assistant de service social et infirmier :

- une séance d'introduction au « savoir coopérer » dont l'objectif était d'inciter les étudiants à échanger sur leurs représentations de la coopération et de leurs deux métiers.
- Une conférence avec un juriste sur le thème : le secret professionnel est-il un frein à la coopération ?
- une exploitation de stage commune, dont l'objectif était 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 et le projet régional de santé.

Un bilan de cette première année de « savoir coopérer » a été effectué par les étudiants et les formateurs ont été surpris de leur intérêt pour ce dispositif et de leurs acquisitions au cours de ces séances (Cf. Bilan en annexe III).

#### 3.3.2 - La boîte à outils « apprendre à coopérer »

L'aspect positif de cette première année et les apports de l'étude nous ont confortés dans l'envie de continuer le projet. Mais il est vite apparu au groupe projet que le fait d'avoir un stagiaire à mi-temps facilitait vraiment la mise en œuvre, et qu'il serait difficile de pérenniser le projet sans cet apport (le stage se finissant fin juin). Il fallait donc trouver un moyen pour que le projet puisse être repris par les formateurs responsables de chaque unité d'enseignement. L'idée d'une « boîte à outils » regroupant les supports pédagogiques utilisés cette année et mise à disposition de l'équipe de formateurs nous a paru intéressante. La « boîte à outils » réalisée reprend les séances pédagogiques réalisées cette année, mais elle a été enrichie en tenant compte des apports de l'étude réalisée et du bilan effectué à la fin de cette première année. Les séances pédagogiques y sont classées selon les trois paliers de progression identifiés dans les référentiels des deux formations (comprendre, agir et transférer). Cet outil se veut évolutif, mis à disposition des formateurs, il peut être enrichi au fur et à mesure des expérimentations de chacun.

### 3.3.2.1 - Pallier 1 : comprendre

L'étude effectuée auprès des professionnels nous a confortés dans l'idée qu'il était indispensable pour les professionnels de connaître les compétences et les missions associées à chaque métier, les limites de chaque profession et le rôle de chacun dans la coopération. . Nous avons donc ajouté aux séances pédagogiques réalisées cette année des éléments permettant aux étudiants de s'approprier la notion de promotion de la santé que nous n'avions pas assez mise en évidence. Grâce à l'étude, nous sommes en mesure d'amener les étudiants à prendre conscience du rôle de chaque profession dans la prise en charge des usagers et de faire des liens avec la triade « besoins–demandes–réponses ».

Dans ce chapitre de la boîte à outils, on trouve des séances pédagogiques permettant aux étudiants de comprendre les différents métiers, leur contexte, la promotion de la santé, les lieux de travail de ces professionnels, la coopération et ses invariants. Ces séances pédagogiques (réalisées en groupes d'étudiants mixtes infirmiers et assistants de service social) sont surtout basées sur des travaux de groupe, des cours magistraux, mais aussi des tables rondes avec des professionnels et un photo–langage sur les représentations des métiers. 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.

### 3.3.2.2 - Pallier 2 : agir

Ce chapitre 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 d'exprimer et partager leurs valeurs, leur opinion. Ces séances sont conduites à partir de situations vécues en stage ou proposées par les formateurs, et analysées en groupe mixtes (infirmiers et assistants de service social). Ces séances sont positionnées sur la première et la deuxième année de la formation.

Nous n'avions pas pensé au partage de valeurs lors des séances pédagogiques proposées cette année. Suite à l'étude, le partage de valeurs nous a semblé important pour aider à l'acquisition d'une culture commune. Nous avons rajouté une séquence pédagogique permettant aux étudiants d'acquérir cette aptitude dans la « boîte à outils ».

### 3.3.2.3 - Pallier 3 : transférer

Les séances pédagogiques incluses dans ce chapitre 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 étude individuelle.

Ce chapitre comprend également les stages à l'étranger qui permettent aux étudiants d'acquérir des capacités d'adaptation nécessaires à la coopération. Ces séances seront situées au cours de la deuxième et de la troisième année de la formation. Nous avons discuté également de la pertinence pour nos étudiants de travailler ensemble une situation d'éducation pour la santé, mais cela n'a pas été retenu pour le moment.

## 4 - Discussion

### 4.1 - Les apports de l'étude

Cette étude, bien que ne comportant que 10 entretiens et ne pouvant donc pas être généralisée, 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. Ces situations concernent des individus malades ou en bonne santé en situation de fragilité, mais également des groupes. La coopération sanitaire et sociale permet aux professionnels de prendre en charge ces situations dans un esprit de promotion de la santé et de proposer des réponses à leurs problèmes en tenant compte de leurs besoins mais aussi de leurs demandes. Les conséquences d'un défaut de coopération peuvent être graves pour les personnes (prise en charge inadéquate, ré hospitalisations,...).

Mais plusieurs facteurs freinent cette coopération :

- les professionnels ne se connaissent pas toujours et surtout ne connaissent pas bien les différents métiers,
- ils ne se sentent pas suffisamment acteurs de la promotion de la santé pour s'impliquer activement dans la coopération
- la hiérarchie ne s'implique pas assez dans l'organisation de cette coopération et le partage de valeurs ce qui ne permet pas de passer d'un partenariat spontané à un réseau professionnel pérenne et indépendant des individus.

La formation initiale peut permettre aux étudiants d'acquérir des aptitudes à la coopération. La boîte à outils proposée peut permettre aux formateurs d'améliorer la formation des futurs professionnels. L'étude réalisée a permis de réajuster son contenu et de prendre conscience du rôle de chaque professionnel concernant la promotion de la santé.

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

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

L'étude a permis de mettre en évidence que lorsque les professionnels ne se sentent pas concernés par la promotion de la santé, ils ont du mal à comprendre le sens de cette coopération. C'est lors de la formation initiale que se forgent les premières représentations du métier. Il paraît donc important d'insister auprès des étudiants sur la place de chaque profession dans la promotion de la santé.

#### 4.2.1 - La formation des infirmiers

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). Quatre unités d'enseignement permettent d'arriver à cette compétence : 2 unités d'enseignement « santé publique et économie

de la santé » et deux unités d'enseignement « soins éducatifs et préventifs ». La promotion de la santé est abordée dans une unité d'enseignement « santé publique et économie de la santé ».

Est-il pertinent de se satisfaire d'aborder la promotion de la santé uniquement dans ces unités d'enseignement alors qu'elle concerne, on l'a vu, tous les aspects du métier d'infirmier ? Le cœur de métier des infirmiers est la démarche clinique. Cette démarche leur permet de prendre soin d'une personne sur la base d'un diagnostic destiné à identifier des problèmes de santé, de poser des objectifs et de proposer un projet de soins. La démarche clinique est partagée entre deux compétences : la compétence 1 (évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier) et la compétence 2 concevoir et conduire un projet de soins infirmiers). Le référentiel de compétences infirmier (37) précise pour la compétence 1 « *la nécessité d'évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique et repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé* ». La compétence 2 est précisée par les éléments suivants : « *élaborer un projet de soins dans un contexte de pluri-professionnalité et argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel,...* ». La coopération et la promotion de la santé entrent donc dans ces deux compétences.

Le lien avec la promotion de la santé n'est pas forcément 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* » (38). Cette démarche interdisciplinaire peut également s'élargir au social.

#### 4.2.2 - La formation des assistants de service social

Le programme des études d'assistant de service social (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. Il est précisé que cette discipline contribue au travail social à travers les données régionales et locales de santé, les maladies à retentissement social, les dépendances, la prévention, et l'éducation sanitaire. Cette unité de formation dure 120 heures et doit aborder la législation, l'économie de la santé, le cadre institutionnel, l'anatomie et la physiologie, les incidences des pathologies sur la personne, les déterminants de la santé, la santé publique et la santé communautaire. La notion de promotion de la santé n'est pas explicitement mentionnée dans ce chapitre, mais il est possible et certainement intéressant d'aborder la notion de promotion de la santé dans ce volet de la formation. Il serait également intéressant de rendre visibles pour les étudiants l'apport de leur profession à la démarche de promotion de la santé, et 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 chapitre « 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<sup>ème</sup> année. L'objectif est d'aider 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 nous reste à raisonner l'articulation entre la démarche clinique infirmière, la démarche sociale, et la promotion de la santé pour la rendre effective auprès de nos étudiants.

### 4.3 - 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 organisée.

#### 4.3.1 - Des liens entre les équipes de formateurs

L'étude a permis de clarifier, pour les formateurs de l'IRFSS Auvergne, la perception des partenariats de terrain, et a convaincu chacun de son rôle 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 qui concernent ces deux métiers (l'éthique par exemple) et mettre en synergie des ressources pour créer une équipe de formateurs aux compétences diverses. Il reste à rendre visibles les compétences de chaque formateur pour qu'elles puissent être mises au service de l'ensemble des formations et créer des espaces de communication pérennes, tout en veillant à garantir la pertinence et la cohérence de chaque dispositif de formation.

#### 4.3.2 - La place de la directrice régionale et des directeurs de filières

Nous l'avons vu tout au long de ce travail, pour qu'un réseau de coopération soit pérenne et professionnel, il faut qu'il soit organisé, que l'information circule parmi les participants, qu'ils aient conscience d'avoir des problèmes communs à résoudre et qu'ils sachent à qui s'adresser. Il est donc important que les directeurs de filières soient porteurs de ce projet, se l'approprient, le fassent vivre et l'organisent pour que les formateurs puissent coopérer efficacement. La coopération sera plus facilement identifiée par nos étudiants et par nos interlocuteurs (financeurs, partenaires,...) comme une particularité de l'IRFSS Auvergne, si elle figure dans les projets pédagogiques et si des liens apparaissent entre les projets pédagogiques des différentes formations sanitaires et sociales. Ce travail concernant la coopération sanitaire et sociale questionne l'organisation des formations et de l'équipe de formateurs dans notre institut.

#### 4.3.3 - La pérennisation du projet : une implication de l'ensemble de l'équipe

Cette première année de mise en œuvre du projet « savoir coopérer », nous a permis de nous rendre compte que l'ensemble des formateurs s'est impliqué dans le projet et a participé à certaines séquences pédagogiques. Mais le projet a été porté essentiellement par le groupe projet et son animateur. Cela a été possible puisque une personne était disponible pour l'animation de ce

groupe. Cette situation ne sera plus identique dans les années à venir. Il est donc important de définir une organisation permettant l'implication de chaque formateur. La création de la « boîte à outils » met à disposition des formateurs des séquences pédagogiques reproductibles. Les unités d'enseignement pouvant intégrer ces séquences ont été identifiées. Il est important que chaque formateur s'empare de ces outils, les fasse vivre et les améliore. Ils le feront s'ils sont incités à le faire par leur hiérarchie et s'ils sont personnellement convaincus de sa pertinence.

#### 4.4 - 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. Il serait intéressant, et la Croix-rouge nationale nous y incite, d'élargir la formation à la coopération aux autres professions formées à l'IRFSS Auvergne. La « boîte à outils » 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. Il sera certainement nécessaire de construire d'autres situations et de continuer à enrichir l'outil. 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 pertinente dans 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 ?

#### 4.5 - La formation 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 plusieurs types de formation peuvent répondre à cet objectif.

##### 4.5.1 - La formation continue

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,... Mais cela veut également dire, former ensemble des professionnels hospitaliers, des professionnels d'institutions et des professionnels libéraux. Il serait pertinent, à ce titre, 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. Jusqu'à présent, il y a un cloisonnement des formations continues qui sont propres à chaque filière professionnelle. Il sera plus facile pour les professionnels de s'inscrire à des formations continues communes si les organismes de formation coopèrent également entre eux. Il reste à faire un diagnostic des besoins et des demandes des professionnels en terme de formations, et à planifier avec les autres acteurs de la formation continue du territoire les formations possibles en identifiant des formateurs dans chacune des filières de formation concernées.



## 4.5.2 - La formation des responsables

L'étude a montré que les responsables des structures ne favorisent pas la coopération par manque d'implication et de concertation. 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 ? Lesquels ? quelle est leur représentation de la coopération sanitaire et sociale ? de la promotion de la santé ? se sentent ils concernés par la promotion de la santé ? La coordination ?

Il serait donc pertinent que les responsables de structures 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).

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

# Bibliographie

- (1) Voisin A. A l'articulation du sanitaire et du social, s'engager dans une logique de coopération. Soins cadres. 2006 Fev ; (57) :19
- (2) Gauthier C, Hurtaud C. Rapprochement des formations initiales du sanitaire et du social. Soins cadres. 2006 Fev ; (57) :41
- (3) Fédération internationale des travailleurs sociaux ANAS. Politique internationale à propos de la santé. Revue française de service social. 2009 ; (233) : 100-101
- (4) Hargous P UNAFAM. La coordination des dispositifs sanitaires et médico-sociaux. Un autre regard. 2009 ; (4) :6
- (5) Barré-Houdart S, Larose D. Coopération sanitaire, sociale et médico-sociale ou l'art de la maturation. Réflexions hospitalières. 2006 Juillet Août ; (511) : 42
- (6) Mucchielli A. Le modèle des réseaux, l'interface entre le sanitaire et le social. Soins cadre. 2006 fev ; (57) : 31
- (7) Delaune F, Batt A, INSERM. 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. 2003 Déc ; p 20
- (8) ARS Auvergne (page consultée le 10/2/2013). Synthèse du Projet régional de santé Auvergne 2012-2016 [en ligne]  
[http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS\\_auvergne/votre\\_ars/PRS\\_MINI\\_SIT\\_E/documents/synthese\\_PRS\\_ARS\\_VF.pdf](http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/votre_ars/PRS_MINI_SIT_E/documents/synthese_PRS_ARS_VF.pdf)
- (9) Conseil Général de l'Allier (page consultée le 16/3/2013) Schéma unique des solidarités [en ligne] <http://www.allier.fr/1738-schema-unique-des-solidarites.htm>
- (10) 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
- (11) OMS Europe (page consultée le 11/5/2013). charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986 [en ligne]
- (12) Briançon 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 (9)
- (13) Article R 4311-1 du code de la santé publique
- (14) Article L411 du code de l'action sociale et des familles
- (15) Bardin L. L'analyse de contenu. Paris :Presses universitaires de France Mercurès ; 2011
- (16) Boucher R, Bourès PA, Boyé JP, Dublineau H, Jaeger M, Larcher P, Maçon H, Marchal H, Pauc M. Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social Le décloisonnement, 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
- (17) Pierre/Jeanguiot N. Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. Recherche en soins infirmiers ARSI. 2006 dec ; (87)
- (18) Loi n°75-535 du 30/6/1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- (19) Loi n° 83-663 du 22/7//1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'état
- (20) Loi n°2002-2 du 2/1/2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- (21) Loi n°2002-303 du 4/3/2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de soin

- (22) ordonnance n° 2005-406 du 2/5/2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- (23) Loi no 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
- (24) 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
- (25) Ferrand JL. Partenariat et formation professionnelle continue : de l'existence d'un concept. *Revue Éducation permanente*. 1997 ;2 (131) : 76
- (26) Dumoulin P, Dumont R, Bross N, Masplet G. Travailler en réseau Méthodes et pratiques en intervention sociale. Paris : Dunod ; 2003
- (27) 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] ; 2005
- (28) 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] Rouen : UFR des Sciences de l'homme et de la société département des sciences de l'éducation ; sept 2009 :p14
- (29) Landry C, Serre F. Ecole et entreprise : vers quel partenariat ?. Édition PUQ ; 1994 : p15
- (30) Merini C. Le partenariat en formation - De la modélisation à une application. Edition L'Harmattan ;1998
- (31) Maroy C. Le partenariat : concept ou objet d'analyse ?. In *Le partenariat : définitions, enjeux, pratiques* *Revue Éducation permanente*.1997 ;2 (131) :30
- (32) Jacques André. 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
- (33) 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
- (34) André Emmanuel. Initier et structurer une démarche de coopération pour un établissement public médico-social l'exemple de l'établissement public St Antoine. *EHESP* 2010 Dec ; p12
- (35) Le Boterf G. Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins. *Gestions hospitalières*. 2010 fev ; (493) :4
- (36) Picheral H. L'articulation des secteurs sanitaire et social, une formule incantatoire ?. *Soins cadres*. 2006 fev ; (57) : 23
- (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*. 2006 mars ; (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 (page consultée le 9/5/2013). La jeunesse construit le système de santé français de demain. [en ligne]
- (41) CEFIEC Document de travail Référentiel d'activité cadre de santé (page consultée le 20/5/2013) [en ligne] [http://www.cefiec.fr/crbst\\_76.html](http://www.cefiec.fr/crbst_76.html)

## ANNEXE I : CHARTE D'OTTAWA



## ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIENS

## ANNEXE III : BILAN DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE SAVOIR COOPÉRER









## ANNEXE IV : PLANIFICATION DU PROJET SAVOIR COOPÉRER SUR LES TROIS ANS DE FORMATION









---

## 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. Grâce à une étude réalisée auprès d'infirmiers et d'assistants de service social, 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 des actions dans la formation des cadres.

---

MOTS CLEFS : COOPÉRATION SANITAIRE ET SOCIALE. 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 lead 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 of actions in the training of managerial staff.

---

COOPERATION – NURSE – SOCIAL WORKER – STUDIES – HEALTH PROMOTION

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL : **IRFSS AUVERGNE** 20 rue Vert-Galant  
03000 MOULINS