



Étude préliminaire

Impact de la **formation initiale** sur la **collaboration** entre étudiants infirmiers et élèves aides-soignants : Vers une meilleure compréhension des **dynamiques interprofessionnelles**.

L'importance de la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants n'est plus à démontrer, mais de réelles difficultés sont constatées dans ce domaine.

Afin de trouver des pistes de réflexion pour améliorer ce travail d'équipe, les formations initiales de ces deux professions ont été questionnées, en partant du postulat selon lequel la mise en place de parcours communs de formation pourrait améliorer la collaboration entre infirmiers et aides-soignants en modifiant les représentations des apprenants.

Mots clés :

Collaboration, Identité professionnelle, Interprofessionnalité, Travail d'équipe, Infirmier, Aide-soignant, Institut de formation

The importance of collaboration between nurses and nursing assistants is well established, but there are real difficulties in this area.

In order to find ways of improving this teamwork, the initial training courses for these two professions were questioned, based on the premise that the introduction of common training courses could improve collaboration between nurses and nursing assistants by modifying learners' representations.

Keywords:

Collaboration, Professional identity, Interprofessionality, Teamwork, Nurse, Nursing assistant, Training institute

I. CONSTAT

Il est important d'améliorer la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants, car celle-ci est la cheville ouvrière de la prise en charge du patient. Au niveau des instituts de formation, les apprenants mettent régulièrement en avant des difficultés de collaboration.

Ces difficultés sont repérées lors des stages cliniques mais également au sein même de l'institut.

Nous nous sommes alors questionnés sur les raisons de cette problématique.

A quoi est-ce dû ? Est-ce un simple constat personnel ou cela se confirme-t-il dans la littérature ?

Ayant un objectif commun - la prise en soin des patients -, comment et pourquoi de telles difficultés apparaissent-elles ?

Est-ce en lien avec la fonction des professionnels ? Ou sont-ce des représentations particulières de la collaboration ? Nous nous questionnons également sur l'impact de ces difficultés sur les étudiants et élèves, et la vision qu'ont les professionnels sur le terrain. De plus, cela transparait-il ensuite chez les étudiants et élèves ?

Depuis de nombreuses années, nous tentons de mettre en œuvre au sein des services de soins de la cohérence et de la cohésion d'équipe. Le développement du sentiment d'appartenance à une même équipe, à un même pôle, à un même établissement a toujours été au cœur de nos missions de formation.

Afin d'approfondir ces a-prioris, des entretiens exploratoires seront nécessaires. Mais nous devons également identifier les différents concepts qui sous-tendent la collaboration.

Nous en avons extrait deux, à savoir, la gestion d'équipe de professionnels en lien avec le management et les valeurs professionnelles partagées, et la sociologie des organisations en lien avec la collaboration.

Pour développer ces concepts, nous nous sommes penchés sur une conférence de Marilou Bélisle, professeure agrégée à la faculté d'éducation de

RENAUD WINTER

Cadre de santé Formateur,
Coordinateur pédagogique
IFAS Haguenau et
Wissembourg (67)^a *

LAETITIA DIETEMANN

Cadre supérieure de santé
des Instituts de Formation en
santé, Coordinatrice
pédagogique, Adjointe à la
direction, Instituts de
Formation en Santé du Centre
hospitalier de Saverne (67)^b

^a Institut de Formation en
Soins Infirmiers et
Aide-Soignant du Centre
Hospitalier de Haguenau, 21
rue de la Redoute, 67500
HAGUENAU, et du Centre
Hospitalier Intercommunal de
Wissembourg, 24 Rte de
Weiler, 67160 Wissembourg
^b Instituts de Formation en
Santé du Centre hospitalier
de Saverne, Formations
aide-soignante et en soins
infirmiers, 19 Côte de
Saverne, 67703 SAVERNE

*Auteur correspondant :
renaud.winter@ch-haguenau.fr

l'Université de Sherbrooke (Canada). Nous avons pris comme modèle de référence, la professionnalisation des étudiants en sciences de la santé.

(<https://cfrps.unistra.fr/formations/journees-pedagogiques/la-professionnalisation-des-etudiants-en-sciences-de-la-sante-2018/>) du 15 Novembre 2018.

Elle questionne la création d'une culture commune, qui aboutirait à un sentiment d'appartenance à un même corps professionnel.

1. L'identité professionnelle :

Philippe CHARRE, Directeur des soins, s'est intéressé à cette question de l'identité professionnelle.(1)

Il fait le lien entre la collaboration et la reconnaissance d'une identité professionnelle propre à l'aide-soignant.

Il explique que la création de cette identité professionnelle doit être réfléchi très tôt et incombe en grande partie aux IFAS.

Il donne également la définition de l'identité professionnelle. Il y fait le lien entre l'identité individuelle et l'identité collective, qui seraient toutes deux les bases fondamentales de l'identité professionnelle.

Il se base sur les écrits de M. KADDOURI(1), qui définit l'identité personnelle comme l'identité héritée et l'identité collective comme l'identité visée. Toutes deux ne sont pas des identités figées mais évoluent avec l'environnement et les expériences vécues par les professionnels.

Il précise que "la personne va se construire, comme l'analyse C. DUBAR : « une identité professionnelle (de métier) en se projetant dans une filière de qualification impliquant des reconnaissances de professionnalités structurantes. »".(1)

Il ajoute que "cette identité professionnelle ne peut se conforter et s'épanouir que si l'individu se projette dans l'appartenance à un métier et sa reconnaissance dans celui-ci."(1)

Ainsi nous constatons qu'il fait la part belle à la reconnaissance dans la construction de l'identité professionnelle.

En effet, il semblerait qu'une part importante des difficultés de construction de l'identité professionnelle pour les aides-soignants, soit la non-reconnaissance de leur utilité primordiale dans les prises en charge.

"Pour pouvoir se construire au travers l'appartenance à un groupe professionnel, il faut que l'individu soit identifié et reconnu dans le regard de l'autre dans ses domaines de compétences et de qualité au travail."(1)

Il émet l'hypothèse que l'identité professionnelle de l'aide-soignant se construit dès la formation. En effet, accompagné par l'équipe pédagogique, l'élève doit réussir à faire la part des choses entre le "prescrit" et le "réel", c'est-à-dire entre la théorie et la pratique. "C'est de cette analyse réflexive que l'EAS¹, aidé dans cette démarche par les équipes

pédagogiques, va se constituer un champ de compétences qui lui permettra de construire et de développer son identité professionnelle."(1)

Tournons-nous maintenant vers ce qu'est la collaboration en lien avec le travail en interprofessionnalité.

2. La collaboration :

"D'Amour² définit la collaboration professionnelle en santé comme « les relations et les interactions entre professionnels leur permettant de partager leurs connaissances, leur expertise et leur expérience pour les mettre au service des patients »"(2)

Cette collaboration est présente dans les référentiels de formation et de compétences des infirmiers et des aides-soignants.

a. Référentiel infirmier :

Ainsi l'arrêté du 31 juillet 2009, relatif au métier d'infirmier, y consacre plusieurs compétences :

- **Compétence 10 : Informer, former des professionnels et des personnes en formation**
- 4. Superviser et évaluer les actions des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration ;(3)

L'un des critères d'évaluation de cette compétence en stage est énoncé : "1. Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant."(3)

b. Référentiel aide-soignant :

Quant au référentiel relatif au métier d'aide-soignant, il définit le métier d'aide-soignant ainsi : "En tant que professionnel de santé, l'aide-soignant est habilité à dispenser des soins de la vie quotidienne ou des soins aigus pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et dans le cadre d'une responsabilité partagée.(4)"

La collaboration, dans le référentiel AS, est abordée, à trois niveaux

- dans le critère 6 de la compétence 1 du premier bloc :
"Mobiliser les ressources de la personne dans les activités réalisées et, en collaboration avec l'infirmier, les autres professionnels, les aidants, adapter son accompagnement pour développer et maintenir ses capacités"
- Dans le critère 5 de la compétence 4 du deuxième bloc :
"Mettre en œuvre des soins personnalisés en collaboration avec l'infirmier(ère) et en lien avec l'équipe pluri-professionnelle à partir de l'évaluation de la situation"

¹ EAS = élève aide-soignant

² Danielle D'Amour : Professeure émérite, Faculté des sciences infirmières, Montréal (Canada)

- Enfin dans la compétence 11 du cinquième bloc :

“Organiser son activité, coopérer au sein d’une équipe pluri-professionnelle et améliorer sa pratique dans le cadre d’une démarche qualité et gestion des risques.”(4)

c. Du point de vue législatif :

Le Code de la santé publique (Article R4311-4) précise : *“Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l’infirmier ou l’infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d’aides-soignants, [...] qu’il encadre et dans les limites respectives de la qualification reconnue à chacun du fait de sa formation.”*

Par le biais des textes législatifs nous constatons à quel point le travail en collaboration est important. La thématique retenue dans le cadre de notre recherche a bien un fondement législatif.

d. D’un point de vue sociologique :

Lorsque l’on parle de collaboration, parfois un amalgame est fait avec le travail interprofessionnel ou le travail en interdisciplinarité.

Mais qu’est-ce réellement ? Sont-ce des synonymes ?

Différents professionnels ont étudié le sujet (Brunet et Vinet, 1978 ; Poupard et al. 1986 ; Larivière, 1994 ; D’Amour, 1997 ; Sicotte et al, 1998).

“Il ressort de ces études que les différents groupes de professionnels ont tendance à satisfaire leurs aspirations professionnelles et à maintenir leur autonomie plutôt qu’à travailler en collaboration. Les modes de relation se limitent soit à des relations de subordination, soit à un certain parallélisme disciplinaire où les professionnels travaillent côte à côte sans véritables rapports de collaboration.”(2)

Depuis de nombreuses années, des sociologues et des chercheurs tentent de définir la collaboration interprofessionnelle.

Strauss (1992), [...], décrit la collaboration sous l’angle d’un travail d’articulation autour d’un patient inscrit dans une trajectoire de maladie.

Wagner (1995), [...], définit la collaboration comme la contribution volontaire d’efforts personnels pour l’accomplissement de tâches interdépendantes.

Dumais (1991) s’est inspiré de travaux de Racine (1979) sur les théories de l’échange pour définir la collaboration comme la circulation de biens matériels ou symboliques comprenant le don, le prêt et l’échange.

À partir des travaux de Mauss (1980) en anthropologie symbolique, Gauvreau (1994) évoque une réciprocité alternée, un moment pour donner, un moment pour recevoir.

Dans le domaine de la santé, la collaboration est généralement définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée (Golin et Ducanis, 1981 ; Ivey et al, 1988).

Les écrits sur la question font de la collaboration interprofessionnelle un ensemble de relations et d’interactions qui permettent à des professionnels

de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci (Baggs et Schmitt, 1988 ; Mariano, 1989 ; Liedtka et Whitten, 1998).(2)

Nous pouvons relever plusieurs éléments prédominants. Tous ces chercheurs mettent en avant l’échange qui se produit entre les professionnels qui collaborent. D’Amour met en exergue trois composantes, trois déterminants pour définir la collaboration interprofessionnelle : *“le système professionnel, les déterminants interactionnels et les déterminants organisationnels.”(2)*

i. Le système professionnel :

Dans le cadre du système professionnel, D’Amour met en opposition la logique de professionnalisation et la logique de collaboration. D’après elle, ces deux logiques sont aux antipodes l’une de l’autre.

Elles n’existent pas de manière indépendante l’une de l’autre. La logique de professionnalisation tend à voir la prise en charge comme quelque chose de mécanique, de déshumanisée. Alors que la logique de collaboration est plutôt vue comme un ensemble d’éléments à prendre en compte (les facteurs bio-psycho-sociaux, le partage de compétences et de connaissances, que ce soit avec le patient ou les professionnels, etc.).

ii. Les déterminants interactionnels :

“Les principaux déterminants interactionnels de la collaboration sont la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le leadership, le climat.”(2)

Elle questionne ici la capacité individuelle à faire confiance à l’autre dans la réussite de la collaboration. La confiance étant la capacité à s’ouvrir à l’autre et accepter qu’il puisse avoir un avis sur notre façon d’agir.

Par rapport à la cohésion, nous la comprenons comme la capacité à travailler avec l’autre, à suivre des décisions prises, chaque membre de cette collaboration acceptant d’aller dans “le même sens”, afin que les actions soient cohérentes entre elles pour le patient.

D’Amour met en avant la communication comme facteur déterminant. Comment peut-on réussir à travailler de concert si nous ne communiquons pas convenablement ?

Pour nous, cela représente un des éléments les plus importants, dans le cadre global de nos missions de soins.

iii. Les déterminants organisationnels :

Il semble important de souligner que l’organisation est un élément à prendre en compte. Il ne peut y avoir d’organisation optimale sans soutien de la structure. D’après nous, le soutien s’entend par la mise en place d’une organisation globale du poste de travail, mais également des outils mis à disposition.

iv. L’approche organisationnelle :

Si on se base sur les théories de Friedberg et Crozier (Friedberg, 1993 ; Crozier et Friedberg, 1995), pour développer la collaboration comme une

approche organisationnelle, nous pouvons définir celle-ci comme *“la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance”*(2).

Friedberg puis Friedberg et Crozier, dans leur approche systémique, définissent trois éléments de l'action collective : La notion d'acteurs stratégiques, la contingence des acteurs, le pouvoir comme capacité d'action.

1. La notion d'acteurs stratégiques : nous le comprenons comme le fait que chaque acteur “utilise” la collaboration afin d'arriver à leurs fins dans leur propre intérêt. Chaque acteur manœuvre à garder sa propre marge d'autonomie dans ces interactions.
2. La contingence des acteurs : l'idée est de maintenir le fonctionnement dans un système où chacun y trouve son compte, tout en s'adaptant aux contraintes imposées à l'ensemble des membres du collectif.
3. Le pouvoir comme la capacité d'action : Selon Friedberg et Crozier, les deux notions précédentes ont comme conséquences la mise en place d'un système de pouvoir de chaque personne soumise à l'action collective. Il s'agit de percevoir l'interaction humaine comme une relation de pouvoir. *“Ainsi, le système d'action, perçu comme un ordre négocié, est le produit de relations de pouvoir par lesquelles des acteurs interdépendants ont stabilisé leurs interactions.”*(2)

Friedberg (1993) propose quatre dimensions situées sur quatre continuums :

- le degré de formalisation et de codification de la régulation,
- le degré de finalisation de la régulation,
- le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation,
- le degré de délégation explicite de la régulation qu'elle soit endogène ou exogène.

- Une des difficultés de la formalisation réside dans le fait “d'obliger” la collaboration, alors que d'essence même la collaboration doit être envisagée comme un acte volontaire.
- La finalisation s'entend comme la mise en avant d'un objectif, d'un but à atteindre pour l'ensemble des collaborateurs.
- En ce qui concerne la prise de conscience et l'intériorisation de la régulation, il s'agit pour les acteurs de dépasser le simple cumul d'actions individuelles afin d'arriver à une action commune. Pour cela, il est primordial que les professionnels se connaissent, se fassent confiance, et partagent des lieux d'actions communs.
- Concernant les infirmiers et les aides-soignants, la notion de délégation était présente dans les référentiels métiers, notamment le référentiel de formation AS de 2005, ce qui “obligeait” à la collaboration. Actuellement, cette notion a disparu au profit de la collaboration et du travail en commun. La délégation peut s'entendre autant par ce qui est imposé par les métiers qu'en lien avec l'organisation même des structures de soins.

Suite à l'explicitation des notions clés de notre réflexion, un objectif clair se dégage. Nous voulons trouver des clés pour améliorer cette collaboration. Est-ce possible en formation initiale ? Il en ressort une interrogation :

“Comment la mise en place de parcours communs de formation, améliore-t-elle la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants ?”

Nous dégageons une hypothèse :

Si le parcours de formation commun permet de modifier les représentations des apprenants, alors celui-ci permet d'améliorer la collaboration des infirmiers et des aides-soignants.

Nous allons approfondir **l'apprendre ensemble** et **l'apprendre à travailler ensemble**.

Comment cela peut-il s'organiser ? Un tel dispositif existe-t-il ? Si oui, quels sont les éléments facilitateurs à sa mise en place ou au contraire, quels sont les freins qui empêchent de répondre à cette commande ?

II. LA FORMATION EN COLLABORATION

1. L'éducation interprofessionnelle

Le Canada a lancé, en 2003, une initiative appelée « Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient ».

D'après Serge Gallant, Mireille Clerc, David Gachoud et Diane Morin, dans l'article “Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?”, l'OMS s'intéresse à l'éducation interprofessionnelle (EIP) depuis les années 1970.

“L'OMS qui préconise l'EIP³ depuis 1978, réaffirmait très récemment son soutien pour l'éducation et la pratique interprofessionnelles, les positionnant comme des stratégies ayant à la fois le potentiel de favoriser de meilleurs résultats cliniques pour le patient et celui de permettre la gestion efficace de la crise mondiale en personnel de santé.”(5)

Dans cet article, ils mettent en avant qu'il y aurait trois raisons fondamentales au développement de l'EIP⁴ :

- les exigences en matière de qualité des soins et de sécurité des patients,
- l'évolution des types de soins aux patients
- la pénurie en professionnels de la santé.

Cet article date de 2011, et nous constatons actuellement (2023) que les intérêts relevés sont

³ EIP : Éducation InterProfessionnelle

⁴ Idem

toujours amplement valables. En effet, chacune des trois raisons n'a de cesse de s'accroître.

Un autre point important, en lien avec les raisons fondamentales de la formation interprofessionnelle, est que "la collaboration est indispensable dans l'organisation des soins. Cela nécessite notamment de définir le rôle de chacun et de reconnaître ses compétences"(6).

L'élément qui nous semble ici important et qui peut être une difficulté à la mise en place de la collaboration et de la formation interprofessionnelle, est la méconnaissance du travail de l'autre.

Il nous apparaît indispensable de connaître les compétences que confère aux collègues leur formation professionnelle.

Les étudiants en soins infirmiers connaissent-ils le référentiel de formation des élèves aides-soignants et réciproquement ?

Qu'ont mis en place les instituts de formation et notamment ceux où les deux formations cohabitent, pour permettre à leurs apprenants de développer ces connaissances ?

Fin des années 2000, à Rennes, un dispositif de formation regroupant de multiples instituts de formation en santé (diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, pharmaciens, podologues, sage-femmes) a été mis en place/ testé.

"[...]il fallait envisager les différents aspects d'un travail en inter professionnalité : difficultés, avantages, aspects pratiques pour comprendre le

rôle de chacun dans un travail collaboratif. Il s'agissait également pour les apprenants de connaître les différentes professions de santé, leurs compétences propres et partagées, pour en faire des partenaires de travail".(6)

Afin de mettre en place cette formation, il a fallu la construire. Elle a été pensée en interprofessionnalité, c'est-à-dire que des formateurs de chaque formation initiale ont participé à son ingénierie.

"La première étape était de déterminer les besoins des apprenants."(6).

Se pose alors la question de ce qui constitue une collaboration efficace.

Quelles sont les déterminants qui permettent d'affirmer que la collaboration mise en place est efficace, au service du patient et de la structure de soin ?

Le bulletin des médecins Suisses a en partie essayé d'y répondre.

Pour cela, ils se sont basés sur les écrits de différents auteurs (Muchinsky PM., D'Amour D, Oandasan I., Office fédéral de la santé publique., San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M., Mulvale G, Embrett M, Razavi SD, McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E) pour définir les principaux facteurs influençant la collaboration (voir schéma 1).

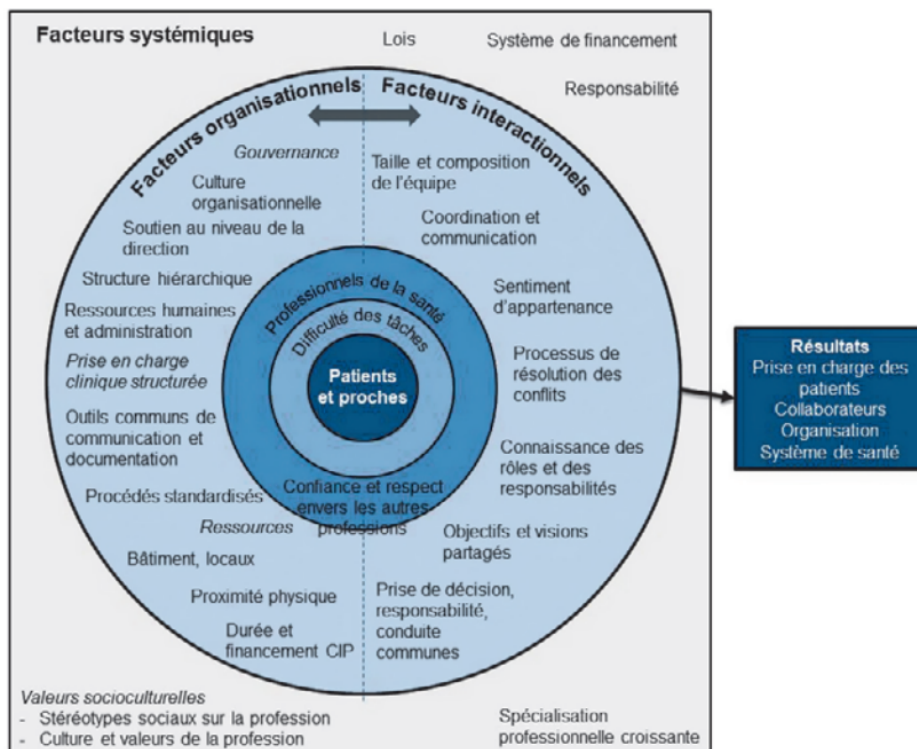


Schéma 1 : Facteurs postulés influant sur la collaboration interprofessionnelle (7)

"Le modèle est centré sur le patient et ses proches, puisque toutes les personnes concernées poursuivent le même objectif avec le patient, à savoir une prise en charge optimale."(7)

Selon eux, l'un des éléments primordiaux pour une collaboration opérante est la capacité d'une équipe

"à développer une perception commune du patient et que ses différents membres obtiennent, traitent et interprètent l'information de manière semblable"(7).

Un autre point, est la connaissance du travail des autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle.

Une meilleure articulation dans les prises en soins serait permise par la connaissance des tâches et missions des différents professionnels, ainsi qu'une meilleure connaissance de ses collègues (en lien avec le concept du "Know who").

Ils mettent également en avant un facteur qui peut influencer sur la collaboration qui est l'envie des professionnels à collaborer. Il est possible d'amener des professionnels à travailler sur le même poste de travail, dans le même service, mais si la volonté de collaborer, de constituer une équipe de soins n'est pas présente, cette collaboration devient utopique.

Le quatrième critère est la communication. Il faut que les professionnels soient en capacité de communiquer, de manière optimale. Il est donc nécessaire que les temps d'échange soient

organisés afin que chacun puisse s'exprimer et se faire entendre, aussi bien lors des réunions pluridisciplinaires que des temps de rencontre.

"L'échange mutuel est facilité par des relations continues entre les membres de l'équipe, la proximité sur le lieu de travail, des processus standardisés et des structures organisationnelles propices à la collaboration interprofessionnelle"(7).

Un autre élément est apparu au cours de nos recherches, la confiance.

Comment peut-il y avoir de collaboration s'il n'y a pas de confiance ?

Selon Eckenschwiller et al., la collaboration dépend de multiples critères (représentés dans le schéma 2 ci-après).(8)

CADRE THÉORIQUE

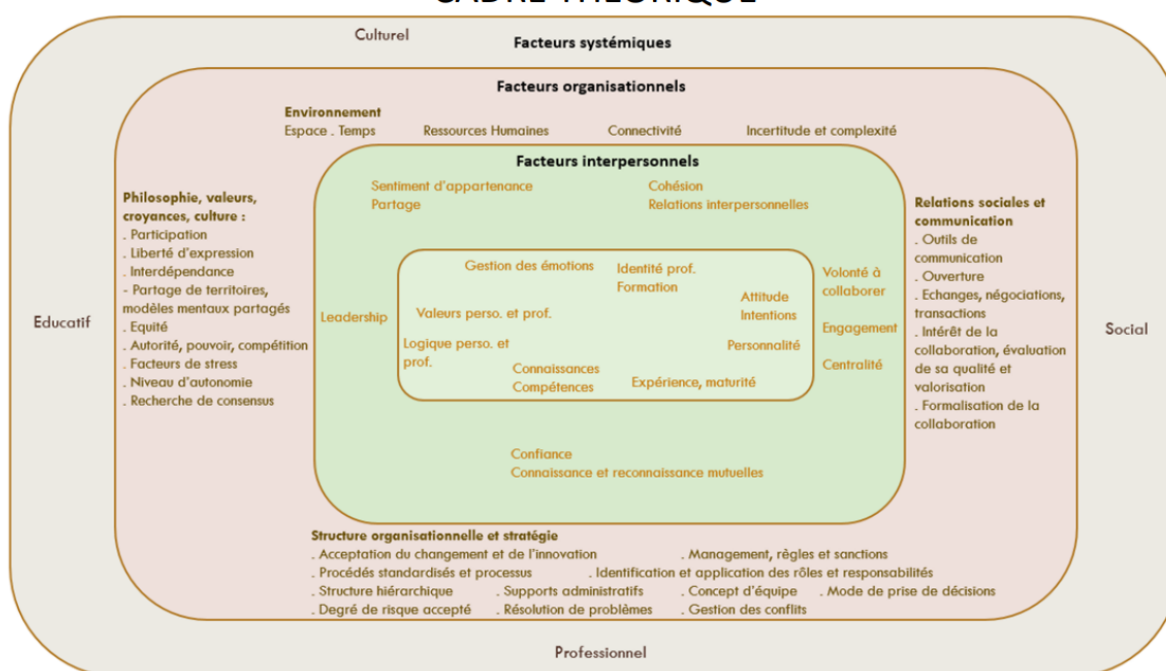


Schéma 2 : Les critères de la collaboration (8)

Maroua Ben Maouia, dans sa thèse, (Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim, publiée en 2017), reprend la définition de Crozier et Friedberg de 1977, de la confiance. Elle la définit comme *" un construit social qui se réfère à l'expérience et au passé commun de l'interdépendance entre les membres d'une équipe."*(9)

Nous évoquons plus haut, la nécessité de connaître les missions des différents professionnels avec qui nous travaillons.

Mais, le temps imparti à notre recherche ne nous permet pas d'approfondir ce thème.

Nous avons décidé de questionner au préalable les représentations des apprenants à propos de cette notion de collaboration.

Mais si nous questionnons les représentations, il nous faut les définir au préalable.

Avant de questionner ces représentations, voici leurs définitions.

2. Les représentations :

Tout d'abord qu'est-ce qu'une représentation.

D'après le Larousse, psychologiquement, c'est une *"Perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet."*

Dans le domaine de la santé et de la collaboration interprofessionnelle, le concept de représentation fait référence aux perceptions, aux croyances, aux attitudes et aux connaissances que les professionnels de la santé ont concernant différents aspects de la santé, de la maladie, des patients et de leur pratique interprofessionnelle. Les représentations peuvent influencer la manière dont

les professionnels comprennent, interprètent et agissent dans leur environnement de travail.

Les représentations peuvent être liées à des domaines tels que les maladies, les traitements, les interventions, les politiques de santé, les rôles et responsabilités des différents professionnels de santé, ainsi que les interactions avec les patients et les familles. Elles peuvent être construites à partir de l'expérience, de l'éducation, des normes professionnelles, des interactions sociales et des valeurs individuelles et collectives.

L'importance des représentations dans ce domaine réside dans leur impact sur la communication, la coordination, la confiance, la prise de décision et la qualité des soins. Des représentations partagées et compatibles entre les professionnels peuvent favoriser une collaboration efficace et une prise en charge cohérente des patients.

Celles qui nous intéressent plus précisément sont les représentations sociales et professionnelles qu'ont les apprenants et par voie de conséquences les professionnels, de leurs missions, métiers et rapports à ceux-ci.

Un article de la revue "Recherche en soins infirmiers" nous amène une certaine réponse.

"[Une] représentation sociale est une forme de savoir naïf, construite collectivement par des groupes sociaux à propos d'un objet (chose plus ou moins abstraite), qui permet d'organiser en partie des conduites par rapport à cet objet."(10)

Serge Moscovici définit "Les représentations sociales sont des entités presque tangibles. Elles circulent, se croisent et se cristallisent sans cesse à travers une parole, un geste, une rencontre, dans notre univers quotidien."(11)

Toujours selon S. Moscovici (11), il y a trois conditions sine qua non pour qu'il y ait construction de représentations sociales au sein d'un groupe :

- "une dispersion de l'information concernant l'objet avec des visions différentes. La représentation sociale se dégage d'une pensée dynamique du groupe, qui construit sans fin. Cette construction collective est souvent implicite à partir de la communication.
- la pression à l'inférence, c'est-à-dire, la nécessité de développer des discours, des conduites cohérentes, des manières d'aborder l'objet par l'enjeu.
- la focalisation renvoie à la position du groupe par rapport à l'objet, car l'objet a un enjeu et le groupe ne va aborder celui-ci que d'une façon."(10)

L'élaboration d'une représentation sociale est rendue possible par deux processus essentiels : « l'objectivation » et « l'ancrage » (Moscovici, 1961).

- L'objectivation est le processus par lequel le groupe rend concret un concept abstrait en lui faisant subir plusieurs transformations. Ce processus permet de réduire la complexité de l'environnement social.

- Par la suite, le processus d'ancrage permet de rendre familier et intelligible ce qui est méconnu et étranger. Ce processus permet l'intégration de la représentation et de son objet dans le système préexistant de pensée (Moscovici, 1961, Jodelet, 1984). L'ancrage permet ainsi d'incorporer un nouvel élément de savoir dans un réseau de catégories plus familières afin de rapidement le maîtriser (Doise, 1990).(12)

Carine Pianelli, dans son article co-écrit avec Jean-Claude Abric et Farida Saad, Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation (2010), définit le rôle des représentations. "les représentations permettent aux individus d'acquérir et d'intégrer de nouvelles connaissances."(12)

Elle détaille trois types de relations entre les représentations. La relation de "Réciprocité [...], d'antonymie [...] et d'emboîtement".(12)

"La relation de « réciprocité » a été proposée par Abric et Vergès (1996) lors de leur étude sur les représentations sociales de l'Argent et du Travail. Dans ce type de relation, les objets de représentation sont en relation d'influence réciproque mais pas de dépendance. Les objets de représentation renvoient l'un à l'autre, mais leur noyau central reste autonome puisqu'il comporte des éléments centraux spécifiques à chacune des représentations (Guimelli et Rouquette, 2004)."(12)

"La relation « d'antonymie » a été proposée par Guimelli et Rouquette (2004) suite à leurs travaux sur les représentations de la Sécurité et de l'Insécurité. Ce type de relation a également été mis en évidence entre les objets sociaux Travail et Chômage étudiés par Milland (2001, 2002). La relation d'antonymie concerne les objets de représentation qui ont une définition antonymique. Les champs représentationnels de ces objets sont traversés par des thèmes communs à partir desquels se structure leur représentation. Toutefois, chaque représentation est autonome puisque chaque noyau central comporte des items spécifiques à chaque objet de représentation."(12)

"Enfin, la relation « d'emboîtement » est fondée sur une hiérarchie, une dépendance d'un objet par rapport à l'autre. Ce type de relation a été déterminé par Abric et Vergès dans leurs études sur les représentations de la Banque, du Prêt et de l'Argent (Vergès, 1992 ; Abric et Vergès, 1994). Les représentations entretenant une relation d'emboîtement se réfèrent aux mêmes valeurs. Les jugements normatifs portés sur les objets inférieurs ne dépendent pas de l'objet lui-même mais de l'objet supérieur dont ils dépendent. Ces représentations ne diffèrent donc entre elles que sur la dimension fonctionnelle de leur noyau central (Abric, 2001)."(12)

Dans notre réflexion, le type le plus cohérent par rapport à la création de nouvelles représentations ou du moins l'évolution d'une représentation préexistante est la relation d'emboîtement. En effet,

dans leur article, ils mettent en avant que “La relation d’emboîtement permettrait [...] de favoriser l’autonomisation de nouvelles représentations à partir de représentations déjà existantes dans l’environnement social.”(12)

Pour faire le lien avec les propos de S. Moscovici, nous pouvons définir que les représentations antérieures constitueront des points d’ancrage pour tout nouvel objet. “De ce fait, le processus d’ancrage d’une nouvelle représentation dans le système de pensée peut être considéré comme l’emboîtement de cette représentation dans une ou plusieurs représentations préexistantes.” (12)

III. ENQUÊTE SOUS FORME DE FOCUS GROUP :

1. Méthode

Pour conforter notre hypothèse de réponse, nous avons décidé d’interroger des apprenants, étudiants infirmiers⁵ et élèves aides-soignants⁶, lors de focus group. Il nous semblait incohérent de se questionner sur la collaboration et ne pas faire les entretiens dans un cadre s’y approchant.

Nous avons réalisé cela en deux temps. Un premier avec trois apprenants, deux étudiantes et une élève, puis un deuxième avec trois élèves et une étudiante. Systématiquement, un consentement oral a été donné à l’utilisation des propos, par chacun des participants.

Plusieurs thèmes ont émergé de ces deux temps. D’une part, la collaboration et ses représentations, et d’autre part, la formation initiale et ses impacts sur les représentations.

Profils des apprenants participants :

Pseudonyme	Formation en cours	Genre	Âge (ans)	Expérience antérieure dans le domaine sanitaire ou médico-social
ESI 1	IFSI	F	34	Oui
ESI 2	IFSI	F	20	Non
ESI 3	IFSI	F	25	Oui
EAS 1	IFAS	F	48	Oui
EAS 2	IFAS	F	29	Oui
EAS 3	IFAS	F	31	Non
EAS 4	IFAS	F	33	Non

⁵ Etudiant en soins infirmiers : ESI

⁶ Elève aide-soignant : EAS

2. Résultats

	ESI 1	ESI 2	ESI 3	EAS 1	EAS 2	EAS 3	EAS 4
Thème 1 : Collaboration							
Hiérarchie / les représentations	+++	++	+	++	0	+	+
Facteurs d’influence	++	+++	+	+	+	+	+
Thème 2 : Formation initiale							
Impacts	++	+	0	+	++	+	+
Situations permettant l’apprentissage de la collaboration	+++	+++	++	++	++	+++	++

3. Discussion Focus Group :

Nous avons extrait de la retranscription de ces focus group sept éléments significatifs :

- leur représentation du concept de la collaboration,
- les éléments qui la constituent,
- l’impact de la formation initiale sur leur vision de cette collaboration,
- les situations qui, d’après eux, permettent un apprentissage de cette collaboration.
- Ensuite les éléments de leurs représentations qui ont évolué au cours de la formation,
- les freins qu’ils soulèvent pour une bonne collaboration,
- et les différents éléments qu’ils estiment nécessaires à mettre en œuvre au sein des formations initiales pour améliorer la collaboration sur le terrain.

Ces éléments significatifs peuvent être répartis en deux grands chapitres.

Tout d’abord la collaboration, avec un point particulier sur la hiérarchie et les facteurs d’influence sur la collaboration.

En deuxième, la formation initiale, avec son impact sur les représentations et différents éléments permettant l’amélioration de la collaboration, d’après les personnes interrogées.

Toutes les citations sont le fruit d’une retranscription des dires des apprenants interrogés. Leurs propos n’ont pas été corrigés ou reformulés.

a. La représentation qu’ont les apprenants de la collaboration

Une des représentations les plus courantes est la supposée hiérarchie entre infirmier et aide-soignant. L’ESI 1 estime que c’est “c’est un travail main dans la main. Il n’y a pas de hiérarchie. “. L’ESI 2 semble d’accord. ESI 2 : “C’est à peu près la même chose, enfin c’est une équipe sur le même pied d’égalité.”. Une autre évoque l’intérêt de la place de chacun : ESI 1 : “C’est ça en fait, elles ont pas les mêmes

responsabilités. Mais ce n'est pas parce qu'elles ont pas les mêmes responsabilités que ça génère forcément une hiérarchie. [...]

L'une des ESI dit avoir été persuadée, en début de formation, qu'il y avait une réelle hiérarchie, et que les infirmières et les aides-soignants ne travaillaient pas du tout ensemble. ESI 1 : "Moi je n'y connaissais rien du rôle de chacun en rentrant en formation AS. Je pensais que l'infirmière était la cheffe de l'AS. Maintenant je vois la collaboration différemment."

Elles sont plusieurs à mettre en avant le fait que ce sentiment hiérarchie existe toujours dans certains services où elles ont pu aller. Il s'agit, pour elles, de clichés qui ont la peau dure. ESI 2 : "Il y en a pour qui l'infirmière est supérieure à l'AS, alors que c'est totalement faux. Une infirmière fonctionne en équipe, avec une AS de même qu'une AS fonctionne avec une infirmière. Elles se complètent dans le quotidien."

Ces propos vont dans le sens de notre questionnement initial.

Les apprenants mettent également en avant que ce supposé sentiment de supériorité des infirmières ou d'infériorité des aides-soignants est réellement un frein à la bonne collaboration.

Cela renvoie aux principes énoncés par S. Moscovici, notamment l'idée de l'ancrage des représentations. On peut constater ici, que les apprenants avaient des idées préconçues de la collaboration, fruit de leurs expériences antérieures, que ce soit professionnelles ou personnelles, et qu'elles se sont basées sur ces représentations pour construire leur définition.

Le concept des représentations développées par les apprenants interrogés correspond également aux relations de représentation développées par Pianelli (12), et notamment la relation d'emboîtement, qui présuppose une relation de hiérarchie fonctionnelle, nécessaire à l'organisation.

b. Les facteurs d'influence sur la qualité de la collaboration :

Les apprenants interrogés ont soulevé les facteurs favorisant et défavorisant la collaboration.

Ils ont mis en avant un lien entre collaboration et confiance.

i. Confiance :

Pour les apprenants, il semblerait qu'il n'y ait pas de collaboration sans confiance.

Ce terme revient sept fois lors de nos deux focus group. ESI 1 : "C'est vraiment cette idée qu'on se fait confiance en équipe. Si l'une ne se sent pas capable, l'autre est là aussi pour aider." EAS 1 : "[...] Comme disait la collègue, je pense qu'il y a surtout une relation de confiance."

Lorsque nous avons essayé d'approfondir cette notion, ils ont pour la plupart, explicité cela par la connaissance primordiale de "l'autre".

A plusieurs reprises, les apprenants ont mis en avant le fait qu'ils ne connaissaient pas vraiment le rôle de leurs collègues. Il en est de même pour les professionnels qu'ils ont rencontrés sur le terrain.

EAS 1 : "J'ai déjà vu des difficultés de collaboration. Surtout avec le nouveau référentiel. J'ai vu une nouvelle AS, qui est diplômée depuis quelques

mois, se disputer, plutôt s'expliquer, avec une vieille infirmière. Elle lui disait qu'elle pouvait faire certains soins, les nouveaux soins que le nouveau référentiel autorise. L'infirmière ne voulait rien savoir. Elle lui disait qu'elle ne connaissait pas le nouveau référentiel et qu'elle ne la laisserait pas faire de glycémie par exemple. Alors que c'est autorisé maintenant. Lorsque les collègues qui doivent collaborer ne connaissent pas ce que peut faire l'autre, ça peut créer des embrouilles."

Il ne s'agit pas là que de la connaissance professionnelle de la personne mais également personnelle.

EAS 1 : "[...] Après je pense que dans les équipes où ils travaillent tous ensemble depuis des années, c'est aussi plus simple."

Ils ont également soulevé la notion d'équipe.

Ces différentes notions, notamment la confiance, reprennent les concepts développés par D'Amour(2), sur les déterminants interactionnels, où la confiance à l'autre est un impératif dans la réussite de la collaboration.

ii. L'équipe et la communication :

Selon eux, différents éléments en lien avec la notion d'équipe sont importants dans la collaboration. Ainsi ils ont évoqué le travail d'équipe (travailler ensemble), l'esprit d'équipe (une équipe soudée), l'entraide dont doit faire preuve une équipe. Le terme d'équipe est apparu 15 fois au cours de nos échanges. Lorsqu'ils se sont exprimés sur ces éléments, l'un d'eux a surtout pointé du doigt le fait que l'infirmière et l'aide-soignante forment un duo. EAS 3 : "Maintenant on parle vraiment d'un duo, infirmière aide-soignant au-delà de l'équipe en elle-même, [...] on marche à deux." Dans le même ordre d'idée, ils ont mis en avant la complémentarité des fonctions.

EAS 2 : "ça va être le travail d'équipe."

ESI 3 : "Complémentaire en fait."

EAS 2 : "C'est vraiment, on se complète dans nos compétences"

ESI 3 : "C'est que l'un sans l'autre ça ne fonctionne pas."

Ils parlent également de maillon : ESI 1 : "[...] C'est un tout, c'est une équipe. Si on enlève un des maillons de la chaîne, la chaîne, elle sert plus à rien."

La conclusion de ce constituant, pour eux, est la communication.

La communication à différents moments, formels (transmissions d'équipe, réunions...) mais aussi informels (échanges en dehors de ces temps) a été mise en avant par les apprenants interrogés.

Ils associent à cette communication, l'écoute indispensable pour pouvoir se parler et travailler ensemble.

Nous pouvons à nouveau faire le lien avec les propos de D'Amour, concernant la communication. Dans son article, cité plus haut (L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé(2)), elle met en avant les différents déterminants interactionnels (la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le leadership, le climat).

Un autre constitutif majeur mis en avant est l'entraide.

iii. L'entraide :

ESI 2 : "Face à certaines situations, on a vraiment vu que c'est une vraie équipe, Infirmière et AS et que si l'une a du mal, l'autre peut l'aider."

Ils ont plusieurs fois évoqué l'aide que chacun peut apporter à l'autre, que ce soit dans le quotidien des missions auprès des patients mais également dans l'échange d'expériences.

L'une des personnes interrogées nous explique qu'elle avait été surprise de voir qu'une aide-soignante avait expliqué un geste technique à une infirmière.

ESI 2 : "une aide-soignante qui avait vraiment beaucoup d'expérience et qui du coup savait des choses qu'elle apportait même aux infirmières qui venaient de débiter et ça j'ai trouvé que ça, c'était vraiment très impressionnant. [...] C'était pour une sonde gastrique, par exemple, où elle avait déjà assisté plusieurs fois et c'était une des premières fois que l'infirmière le faisait parce que c'était une jeune diplômée. Et elle a vraiment, elle l'a guidée. Elle a dit "OK d'habitude elles font comme ça", et j'ai trouvé ça super impressionnant."

On peut également reprendre ici le concept de reconnaissance. Comme l'expliquait M. Kaddouri(1), pour qu'un individu se construise une place socialement, il faut qu'il ait une reconnaissance de ses compétences propres.

Mais tous ces éléments constitutifs d'une bonne collaboration ont aussi leurs pendants négatifs.

iv. Les freins :

Nous pouvons décliner tous ces constituants comme des éléments positifs, mais également comme des freins. C'est à dire que lorsqu'il n'y a pas la présence de ces éléments, la collaboration peut être mise à mal.

S'il n'y a pas de confiance, de partage de connaissances, ou tout simplement de respect entre les professionnels, cela peut conduire à des situations de scission voire d'absence de collaboration. Chacun va travailler pour lui-même ou tout du moins faire les tâches pour lesquelles il est affecté sur son poste.

Les participants aux focus group ont évoqué l'importance de cadrer cette collaboration afin d'éviter que chacun travaille dans son coin et qu'elle soit mise à mal.

L'un d'eux explique avoir rencontré certaines infirmières dont les représentations ne permettent pas une collaboration efficiente

Ces infirmières dévalorisaient les tâches des aides-soignantes. *EAS 2 : "elle me dit "oh j'en ai un peu marre, je fais que du rôle aide-soignant ces derniers temps, je fais que des changes, des toilettes, des choses comme ça". Je lui ai dit "mais tu sais c'est un peu ton rôle propre notamment, de faire ce genre de choses. Tu en feras tout le long de ta carrière. Il n'y a pas que les aides-soignants qui font ça."*

Dans le même ordre d'idée, ils ont questionné la connaissance qu'avaient les étudiants en santé de

leur propre rôle. Ils mettaient en avant principalement des situations vécues où les étudiants infirmiers mettaient rapidement de côté les soins dits de base. D'après les interviewés, ils sont parfois choqués que les étudiants en soins infirmiers passent très rapidement de l'accompagnement à la toilette, les changes, etc. aux soins techniques, narcissiquement plus valorisants.

EAS 3 : "C'est quelque chose qui m'a énormément choqué".

EAS 4 : "moi j'ai l'impression que les nouvelles IDE, celles qui sont encore à l'école, essaient de valider rapidement les soins de nursing, pour ne plus avoir besoin d'en faire. Elles pensent sûrement que ça ne fait pas partie de leur rôle."

Par rapport au cadre nécessaire, l'un des participants nous a donné sa vision d'une situation vécue en simulation entre les étudiants en soins infirmiers en première année de formation et les élèves aides-soignants.

ESI 2 : "il y avait vraiment la collaboration C'était défini. Le cadre était là. Ok, on va faire ça comme ça. Moi je peux faire ça. Donc toi tu vas pouvoir m'aider à faire ça. Il y avait vraiment cet échange, cette ligne de communication et c'était impressionnant. Comme si ça s'était déjà fait avant entre les mêmes personnes sauf que c'était la première fois."

Ils reprennent une part des éléments mis en avant par Friedmann et Crozier(2). En effet, on pourrait décliner ou traduire leurs explications par les trois éléments de l'action collective (la notion d'acteurs stratégiques, la contingence des acteurs, le pouvoir comme capacité d'action). Mais également les quatre dimensions nécessaires qui sont sources de difficultés, citées plus haut.

Tous ces thèmes abordés par les apprenants sont développés dans l'article de Gallant et al.(5). Il traite autant de l'envie de collaborer que de la communication nécessaire.

Également explicité par Fiquet et al. (6) : la connaissance des rôles et missions de soi-même mais aussi de l'autre sont indispensables pour envisager de créer une collaboration.

Il peut alors y avoir un réel impact de la formation sur la collaboration.

c. La formation initiale et la collaboration :

i. Les impacts par rapport à la vision de la collaboration :

L'une des étudiantes ne pense pas que sa vision de la collaboration ait changé durant la formation : *ESI 2 : "Ben c'est pas qu'elle a évolué ou non. Mais c'est plutôt qu'elle s'est renforcée, cette idée de confiance et de collaboration. Et notamment au travers des exercices qu'on a eu de simulation. "*

Elle reprend ici le temps de formation commun qu'ils ont eu. Il s'agissait d'un temps de simulation de soins de confort et de bien-être, auquel participaient des étudiants infirmiers en Semestre 2 et des élèves aides-soignants avec 7 mois de formation.

Cette même étudiante met en avant l'élément qu'elle a identifié comme différent entre le terrain de stage et la mise en place d'un temps de partage simulé.

ESI 2 : "[...] quand on est en stage, on a déjà cette collaboration. Mais on a notre posture d'étudiants face à déjà des professionnels qui ont leur place et qui sont déjà bien postés, entre guillemets, à leur place. Alors que là, on était des étudiants avec des étudiants et il y avait vraiment cette notion des deux côtés, d'adaptation, de la collaboration et ça c'était très très intéressant."

Il semblerait que cette simulation ait renforcé leur sentiment d'appartenance au corps paramédical.

EAS 1 : "Je rejoins mes collègues. On ne se connaissait pas, et pourtant ça a bien fonctionné entre nous. Je crois pas me rappeler qu'il y ait eu de couacs, ou autre. Tous ceux qui ont pu être acteurs dans les exercices de simulation ont bien réussi à travailler ensemble. C'est assez incroyable je trouve."

ESI 1 : "[...] c'était intéressant. C'était enrichissant dans le sens où ça nous a remis, en tout cas moi, ça m'a remis dedans. On est apprenant au même titre que les AS. On est au même niveau. [...] C'était vraiment un moment d'échange."

EAS 2 : "Ça se voyait clairement qui était inf, qui était AS. Et au fur et à mesure de la journée, parce que déjà on a dû se mélanger pour les ateliers. Ben euh, ça s'est homogénéisé." - ESI 1 : "en fait c'était naturel!"

ii. Les impacts de la formation sur la collaboration

Ils ont mis en avant le bénéfice de la formation sur la collaboration, au sein de l'institut de formation mais également au sein de service dans lesquelles ils vont en stage.

ESI 3 : "J'ai remarqué qu'avant de faire la formation, j'étais en EHPAD et les infirmières ne se mélangeaient pas du tout avec les aides-soignantes. Et puis j'ai été en stage, et j'ai vu des infirmières faire des toilettes, etc. exactement la même chose que des AS."

EAS 2 : "J'ai travaillé à l'EHPAD aussi avant. Les infirmières elles étaient là pour donner les médicaments, pour euh, pour aller les donner aux patients mais c'était tout. Il n'y avait pas plus de mélange que ça. J'ai eu que des stages où les infirmières faisaient aussi des toilettes, elles faisaient beaucoup de choses qu'avant je pensais être réservées aux aides-soignantes."

EAS 3 : "Moi je trouve que oui ma vision, elle a changé dans le sens où je trouve que le métier d'aide-soignant, il est plus valorisé. Il est plus...mis en avant. Comme si on a plus de place autant dans les transmissions où on a vraiment notre mot à dire où c'est vraiment pris en compte. [...] C'est vraiment quand l'équipe est soudée. On est vraiment sur le même piédestal en fait. Et je trouve que c'est ça qui est bien même si c'est pas le cas, que chacun a son rôle propre. Et du coup on ne voit pas de différence quand l'équipe, elle est vraiment soudée."

Donc le métier est de plus en plus valorisé je trouve."

Ils mettent en avant ici, que les stages, intégrés à la formation initiale, ont également un impact sur leur vision des métiers et de la relation aux autres professionnels.

Mais l'un d'entre eux a tout de même reconnu qu'il y avait une grande différence, pour le moment, entre institut et terrain.

EAS 2 : "Après on a eu des cours et c'est vrai que tant qu'on voit pas sur le terrain les cours c'est bien joli mais c'est que de la théorie. Et les cours qu'on a eu avec les étudiants inf. c'est pas la même chose que sur le terrain."

Ce à quoi, les autres lui ont répondu que peut-être justement, ils étaient là pour faire changer les choses.

EAS 3 : "Oui, Ben oui, je me doute, mais c'est ça le truc, si ça change jamais, eh ben... Si on est pas là, entre guillemets, pour faire changer les choses dès maintenant, dès l'apprentissage, ça évoluera jamais."

Cette notion d'impact de la formation est défendue par L. Fiquet et al.(6). Ils mettent en avant trois éléments qu'a engendrés cette formation interprofessionnelle.

Tout d'abord, une volonté de développer un travail collaboratif, c'est-à-dire que ce temps interprofessionnel a suscité l'envie d'en faire plus.

Ensuite, cela a également créé un engagement dans des dynamiques interprofessionnelles. *"Les étudiants interrogés sont nombreux à proposer des projets de travail en inter professionnalité, à initier une réflexion ou à prendre une part active dans les projets proposés.(6)"*

Et pour finir, ils mettent en exergue le changement de points de vue des étudiants inclus dans le dispositif.

Nous avons essayé d'avoir leurs avis ou idées sur ce qu'il faudrait mettre en place en formation initiale pour être le plus efficient, et permettre la mise en place d'une collaboration durable entre les infirmiers et les aides-soignants.

iii. Éléments de formation :

Ils ont été d'accord à l'unanimité sur l'intérêt de la mise en place de temps commun au sein de la formation.

Ils admettent que les temps de simulation communs étaient très intéressants pour créer un lien. Mais cela ne leur semble pas suffisant.

Ils proposent alors d'y ajouter des temps de cours plus théorique ensemble.

ESI 1 : "Je connais pas bien le référentiel AS, mais la première année de la formation infirmière est pour valider la formation AS. Et il serait bien qu'il y ait du travail de groupe ensemble, des cours mais pas forcément des cours magistraux, parce que c'est pas là qu'on va resserrer les liens. Qu'il y ait des travaux de groupe ensemble avec des thèmes communs sur les compétences communes. Théoriquement, on est censé étudier à peu près les mêmes choses sur la première année et l'année d'AS. Donc ça devrait être possible de faire ça, pour vraiment renforcer l'idée que ce n'est pas parce

qu'elle est AS qu'elle sait moins de choses, qu'elle ne peut rien apporter. Et inversement et c'est pas parce qu'elle est IDE qu'elle est supérieure."

ESI 2 : "Notamment au niveau des TP, on a sûrement fait les mêmes, des toilettes, des choses comme ça. C'est vrai qu'on aurait pu, pourquoi pas essayer de mélanger les promotions à ce niveau-là."

ESI 1 : "Tout ce qui touche au développement de la personne. Je pense au concept de bienveillance, je suppose qu'ils doivent avoir des cours là-dessus aussi. Et toutes les notions qui sont autour de l'intimité, du privé, [...]et le bien-être, comment on doit traiter un patient... Ça peut être intéressant de partager ça, faire des groupes mixtes entre IDE et AS."

EAS 1 : "Il y a d'autres cours, comme le raisonnement clinique ou les transmissions. Parce que c'est vrai que dans les services, sauf certains un peu spéciaux, les IDE et les AS font leurs transmissions entre les équipes ensemble."

Nous voyons bien ici l'intérêt que perçoivent les apprenants par rapport à des temps de formation en commun.

EAS 2 : "Moi je trouve que les TP comme on a fait : toilette complète, pose de bas, un peu techniques en commun, faire ça tous les deux. Je trouve ça bien que les étudiants puissent le faire Inf et AS."

De la même manière qu'à Rennes, fin des années 2000 (développé dans l'article de L. Fiquet et al. (6)), nous retrouvons ici les éléments constitutifs du développement de la collaboration dans ce qui pourrait se rapprocher de l'EIP (éducation interprofessionnelle). Nous identifions ici les besoins exprimés par les apprenants eux-mêmes, dans ce qu'ils considèrent comme les apprentissages nécessaires pour développer la compétence collaborative.

CONCLUSION :

Nous pouvons voir à travers les différents concepts développés et les échanges que nous avons eus avec les sept apprenants que beaucoup de choses sont encore possibles, et que la nouvelle génération croit en la

possibilité de faire évoluer la collaboration.

Le questionnement initial trouve alors une réponse positive à notre hypothèse. Il semblerait que la mise en place de temps de formation commun permettrait l'amélioration de la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants, en tout cas au niveau des apprenants interrogés et au stade de leur formation actuelle. Nous pouvons identifier ici une limite à notre travail de recherche : nous n'avons, pour le moment, pas pu tester en milieu réel notre projet. Cela demanderait une étude complémentaire, afin d'interroger des étudiants et des élèves après leur diplomation, une fois entrés dans la vie active.

L'une des remarques qui a été faite par une élève aide-soignante nous a paru tout à fait pertinente. Lorsque nous discutons de la connaissance de l'autre, elle a évoqué le fait qu'il faut se connaître professionnellement mais également personnellement (cela a été dit plus haut).

Et dans le cadre de la formation initiale, il ne faut pas penser systématiquement stricto sensu formation, Peut-être des temps de rencontre commun informels seraient judicieux. L'élève aide soignante sous entend, prévoir des temps et lieux de rencontre, où les étudiants en soins infirmiers et les élèves aides-soignants puissent se retrouver. Ce type de lieu existe déjà avec les amicales d'étudiants dans lesquelles les élèves aides-soignants ont réussi à trouver un peu leur place. Mais sa proposition était plutôt que les instituts organisent cela. Dans le cadre d'une sortie, d'une action de santé publique (cordée de la réussite par exemple), ou bien, dans le cadre de rencontres sportives ou culturelles.

A présent, nous allons prendre acte de tous les éléments recueillis lors de la réalisation de cette recherche en pédagogie. Nous avons d'ores et déjà prévu, suite à cela, de réaliser une réingénierie de nos parcours de formation pour la rentrée prochaine (septembre 2023). Au cours de l'année, 16 TP communs sont prévus, ainsi que tous les cours en lien avec les concepts clés du soin, mais aussi de l'interprofessionnalité et du raisonnement clinique.

RÉFÉRENCES

1. Charre Philippe. La construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle Aide-Soignante : levier de collaboration des Directions des Soins Gestion et Formation [Mémoire DIRECTEUR DES SOINS en ligne]. Rennes: EHESP; 2012 [cité le 19 décembre 2022]. Disponible: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/ds/charre.pdf>
2. Amour D d', Sicotte C., Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sci Soc Santé*. 1999;17(3):67-94. DOI: 10.3406/sosan.1999.1468
3. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. [En ligne].
4. Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux - Légifrance. [En ligne].
5. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Rech Soins Infirm*. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2011;106(3):40-6. DOI: 10.3917/rsi.106.0040
6. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaud P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015;16(2):105-17. DOI: 10.1051/pmed/2015018
7. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. La collaboration interprofessionnelle sous l'angle de la qualité. *Bull Médecins Suisses*. 2018; DOI: 10.4414/bms.2018.17276
8. Eckenschwiller M, Wodociag S, Mercier S. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Manag Avenir*. 2022;N° 131(5):15-38. DOI: 10.3917/mav.131.0015
9. Ben Maaouia M. Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim [phdthesis en ligne]. Université du Maine; 2017 [cité le 7 février 2023]. Disponible: <https://theses.hal.science/tel-01811203>
10. Jouanchin N. Le stage d'application dans la formation infirmière, représentations et implication professionnelles des acteurs : futurs infirmiers, formateurs et responsables/tuteurs de stage. *Rech Soins Infirm*. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2010;101(2):42-64. DOI: 10.3917/rsi.101.0042
11. Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. 3. éd. Paris: Presses Univ. de France; 2004. (Bibliothèque de psychanalyse).
12. Pianelli C, Abric J-C, Saad F. Rôle des représentations sociales préexistantes dans les processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation. *Cah Int Psychol Soc*. Liège: Presses universitaires de Liège; 2010;Numéro 86(2):241-74. DOI: 10.3917/cips.086.0241