La transmission professionnelle : processus d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail. Une recherche auprès de personnels soignants dans un Centre Hospitalier Universitaire.

Jeanne Thébault

▶ **To cite this version:**

Jeanne Thébault. La transmission professionnelle : processus d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail. Une recherche auprès de personnels soignants dans un Centre Hospitalier Universitaire.. Sciences de l'Homme et Société. Conservatoire national des arts et metiers - CNAM, 2013. Français. NNT : 2013CNAM0896 . tel-00968610

HAL Id: tel-00968610
https://theses.hal.science/tel-00968610

Submitted on 1 Apr 2014

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.

le cnam

ÉCOLE DOCTORALE ABBÉ GRÉGOIRE

Centre de Recherches sur l'Expérience, l'Age et les Populations au Travail

Centre d'Etudes de l'Emploi

THÈSE présentée par :

Jeanne THÉBAULT

soutenue le : **27 août 2013**

pour obtenir le grade de : **Docteure du Conservatoire National des Arts et Métiers**

Discipline/ Spécialité : ERGONOMIE

La transmission professionnelle : processus d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail

Une recherche auprès de personnels soignants dans un Centre Hospitalier Universitaire

THÈSE co-dirigée par :

Mr VOLKOFF Serge	Directeur de Recherches, CEE
Mme GAUDART Corinne	Chercheure, Ergonome, CNRS-CNAM-Lise

RAPPORTEURS :

Mr FOURNIER Pierre-Sébastien	Professeur de Gestion, Université de Laval (Québec)
Mme LACOMBLEZ Marianne	Professeure de Psychologie, Université de Porto

---

JURY :

Mr CAILLARD Jean-François	Professeur de Médecine du travail, CHU
Mr FALZON Pierre	Professeur d'Ergonomie, CNAM
Mr FOURNIER Pierre-Sébastien	Professeur de Gestion, Université de Laval (Québec)
Mme GAUDART Corinne	Chercheure, Ergonome, CNRS-CNAM-Lise
Mme LACOMBLEZ Marianne	Professeure de Psychologie, Université de Porto
Mr VOLKOFF Serge	Directeur de Recherches, CEE

à Marcelle,

Remerciements

L'aboutissement de cette thèse n'a été possible que grâce à la confiance, au soutien et à l'aide que m'ont accordés un ensemble de personnes que je souhaiterais fortement remercier ici.

Serge Volkoff, pour son implication, ses encouragements, sa compréhension et ses enseignements, tant sur des aspects professionnels, personnels que musicaux.

Corinne Gaudart, pour ses conseils, sa patience et sa bienveillance tout au long de l'élaboration conjointe de notre « binôme » encadrante-encadrée – j'ai beaucoup appris à ses côtés lors de nos présences communes sur le terrain.

Jean-François Caillard, pour son rôle capital de médiateur et son appui au sein du CHU, ce qui a permis à cette recherche de se réaliser dans de bonnes conditions.

Les personnels du CHU, administratifs, soignants et élèves, pour m'avoir accueillie parmi eux, m'avoir accordé de leur temps, et participé activement à cette recherche dans un contexte professionnel complexe.

Les membres du jury de me faire l'honneur de lire et d'évaluer ce travail de recherche.

Les membres du Creapt pour nos multiples discussions collectives constructives, et particulièrement Anne-Françoise Molinié et Valérie Zara-Meylan (à l'occasion de mes passages devant leurs bureaux), Christine Vidal-Gomel (depuis ma maîtrise) et Esther Cloutier qui a été associée au projet ANR.

Les équipes enseignantes d'Ergonomie du Cnam et de Paris 8, pour m'avoir accueillie en tant qu'ATER, et permis de découvrir le métier d'enseignant-chercheur.

Le Cee et ses membres, administratifs, chercheurs, documentalistes et informaticiens, qui ont contribué à ce que ce travail se réalise, et particulièrement Katia.

Mes collègues « jeunes chercheurs » de multiples horizons disciplinaires, pour leur amitié : Céline, Corinne, Jules, Julien, Loïc, Lucie, Maria Sol, Matthias, Sabina, Sylvain, Sylvie, Vincent…

Les membres de ma famille qui m'ont accompagnée et encouragée à persévérer dans cette aventure semée d'obstacles.

Enfin toutes les personnes que j'ai croisées sur mon chemin et qui m'ont prêté main-forte… en particulier Frédérick R et Alain H.

Cette recherche a été menée dans le cadre du Groupement d'Intérêts Scientifiques –Centre de Recherches sur l'Expérience, l'Age et les Populations au Travail (Creapt), dont l'organisme support est le Centre d'Etudes de l'Emploi.

Elle a en outre fait l'objet de deux financements :

- allocation de recherche de l'Université de Marne-la-Vallée pendant 3 ans (2007-2010) ;

- projet ANR « *Evolutions démographiques et du travail : étude de la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital* », dans le cadre de l'appel d'offres « *Entreprises et formes d'organisation économique. Enjeux, mutations et permanences* » (2007-2009), sous la direction de Corinne Gaudart.

Résumé

Cette recherche auprès de soignants d'un CHU vise à rendre compte, à partir d'une approche ergonomique, de la complexité de la transmission des savoirs professionnels en situation de travail, dans un contexte de transformations du monde productif. Elle propose un modèle de la « transmission professionnelle » en termes de « *processus d'élaboration d'interactions formatives* », en insistant sur leur émergence, leur déroulement et leur dynamique. Les analyses reposent sur la combinaison d'observations de situations de transmission, d'entretiens individuels et collectifs (« ateliers réflexifs ») centrés sur l'activité de transmission. Les résultats montrent que l'élaboration des interactions formatives repose sur trois composantes fortement influencées par le contexte productif : la combinaison de savoirs professionnels, la co-construction d'une relation entre protagonistes, et la conciliation entre activités de transmission et de production. Ils amènent aussi, en retour, à considérer la transmission professionnelle comme un « révélateur » des contraintes du monde productif dans lequel elle se déroule.

Mots clés : ateliers réflexifs, ergonomie constructive, interactions formatives, parcours professionnels, savoirs professionnels, soignants, transmission professionnelle, travail de soins.

Abstract

This research focused on the nursing staff in a university hospital. Its goal was to describe, based on an ergonomic approach, the complexity that characterizes the transfer of professional skills in work situations, in a context of transformations of the production world. It proposes to model the "transfer of professional skills" as a set of "processes of elaboration of formative interactions", emphasizing the emergence, the sequence of events, and the dynamics of these processes. Our analyses are based on combining the observation of situations of transfer of skills, with individual and collective interviews ("reflective workshops") focusing on the activity of transferring skills. Results show that the elaboration of formative interactions relies on three components that are strongly influenced by the context of production: combining professional skills, co-constructing a relationship between protagonists, and reconciling the activities of skills transfer and of production. Conversely, these results encourage us to consider the transferring of professional skills as revealing the constraints of the productive world in which it takes place.

Keywords: reflective workshops, constructive ergonomics, formative interactions, professional trajectories, professional skills, nursing, transfer of professional skills, healthcare work.

Table des matières

Remerciements 5
Résumé 9
Table des matières 11
Liste des tableaux 17
Liste des figures 18
Liste des annexes 19

INTRODUCTION 21

PREMIÈRE PARTIE : ENJEUX ET CONTOURS DE LA TRANSMISSION 35

CHAPITRE 1. UN MONDE DU TRAVAIL EN ÉVOLUTION : ENJEUX POUR L'HÔPITAL ET POUR LA TRANSMISSION 37

1. Des entreprises mouvantes 38

1.1. Des changements permanents et polymorphes 38
1.2. L'hôpital « en chantier » 40
1.2.1. Une rationalisation des coûts 41
1.2.2. Des transformations du management et de l'organisation 42
1.3. Incidences possibles des changements permanents sur la transmission 43

2. Une expansion des services et des relations de service 44

2.1. Une économie « servicielle » 44
2.2. La dimension relationnelle à l'hôpital 46
2.3. Incidences possibles de l'expansion des relations de service sur la transmission ... 48

3. Des populations mouvantes 49

3.1. Contexte global 49
3.1.1. Evolution du contexte démographique 49
3.1.2. Flexibilité, polyvalence, mobilité 51
3.2. Des populations mouvantes à l'hôpital 54
3.2.1. Contexte démographique du secteur hospitalier 54
3.2.2. Des enjeux de recrutements et de fidélisation du personnel 55
3.2.3. La diversification des horaires : un facteur supplémentaire d'instabilité des équipes 57
3.3. Incidences possibles de l'instabilité des personnels sur la transmission 57

4. Une organisation bâtie sur l'injonction d'autonomie des salariés 58

4.1. Un travail moins prescriptible, l'injonction de « se débrouiller » 58
4.2. Les missions « floues » à l'hôpital 60
4.3. Incidences possibles d'une prescription floue sur la transmission 63

5. Un travail plus contrôlé 64

5.1. L'expansion des « outils de gestion » 64
5.2. L'hôpital atteint de « gestionnite » 66
5.3. Incidences possibles d'un surcroît de contrôle sur la transmission 67

6. Densification et intensification du travail 68

6.1. Un resserrement des contraintes temporelles 68
6.2. L'hôpital sous pression 70
6.3. Incidences possibles d'un resserrement des contraintes temporelles sur la transmission 74

CHAPITRE 2 . QU'EST-CE QUE « TRANSMETTRE » EN SITUATION DE TRAVAIL ? 75

1. Une configuration protéiforme 77

1.1. Divers types de dispositifs et diverses finalités 78
1.2. Des acteurs aux statuts divers et plus ou moins officiels 81
1.3. A l'hôpital 86

2. Un déroulement multimodal 87

A l'hôpital 95

3. Des contenus multidimensionnels 95

A l'hôpital 102

4. Une perspective multifonctionnelle 104

A l'hôpital 111

5. Une approche ergonomique de la transmission professionnelle 112

DEUXIÈME PARTIE : CONTEXTE DE LA RECHERCHE ET MÉTHODES D'ANALYSE 119

CHAPITRE 3. LE CHU ET SES SERVICES : GESTION MOUVEMENTÉE DES RESSOURCES HUMAINES ET DIVERSITÉ DES CONTEXTES DE TRANSMISSION 121

1. Contexte et organisation du CHU 121

2. Eléments démographiques sur les personnels soignants au sein du CHU 124

2.1. Les infirmières : beaucoup de jeunes, une forte mobilité interne et externe à l'établissement 124
2.2. Les aides-soignantes : davantage d'âges « moyens », une population un peu plus stable 129
2.3. Principaux enseignements de ces analyses démographiques 132

3. Evolutions et contraintes du travail dans les trois services étudiés 133

3.1. SSR : un service en mutation qui impose aux soignants de changer leurs pratiques, et dépendant des structures en aval 134
3.2. Rhumatologie : un service qui accueille des patients aux pathologies hétérogènes et qui « désengorge » les urgences 135
3.3. Chirurgie cardiaque : un service de pointe, de plus en plus soumis à la rentabilité et rythmé par les entrées et sorties des patients 135

4. L'accueil et l'encadrement de stagiaires 137

4.1. Une réforme en cours 137
4.2. Davantage d'élèves et des discordances dans les cursus 138
4.3. La diversité des stages, et des élèves 138
4.4. Des tentatives difficiles de formalisation 139

5. Un dispositif d'accueil des nouveaux salariés : la « doublure » 140

6. Les préoccupations du CHU 141

CHAPITRE 4. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE 143

1. L'implication du CHU dans le pilotage de la recherche 144

2. Choix des services investigués 145

3. Entretiens exploratoires et observations ouvertes 146

4. Observations systématiques et autoconfrontations sur des interactions formatives 148

4.1. Présentation des 12 vacations observées (entières ou partielles) impliquant une activité de transmission 148
4.2. Choix des méthodes de relevé 150
4.2.1. Qui observer ? 150
4.2.2. Les observables retenus 151
4.3. Autoconfrontations et débriefings 152

5. Des ateliers réflexifs avec des élèves infirmiers 154

5.1. Objectifs généraux des ateliers réflexifs 154
5.2. Choix des participants 155
5.3. Organisation des ateliers 156
5.3.1. Première séance : activités réflexives ouvertes 156
5.3.2. Deuxième séance : activités réflexives autour de « cas » 157
5.3.3. Troisième séance : activités réflexives autour de « tablettes » 158
5.4. Choix des cas pour la deuxième séance 159
5.5. Choix des tablettes pour la troisième séance 160

6. Entretiens avec une formatrice en école 161

7. Participation à une formation de cadres infirmiers 161

8. Mode de présentation des résultats 162

TROISIÈME PARTIE : L'ÉLABORATION DES INTERACTIONS FORMATIVES EN SITUATION 165

CHAPITRE 5. LA TRANSMISSION, UNE TÂCHE DISCRÉTIONNAIRE 167

1. L'accueil des nouveaux : des conditions contrastées 167

2. Une redéfinition individuelle de la tâche d'accueil et d'encadrement 170

2.1. Le manque d'anticipation, vu par les encadrants 170
2.2. Une volonté de transmettre 171
2.3. Enrichir les objectifs de la transmission 172
2.4. Se donner les moyens de transmettre 173
2.5. Tenir compte du « statut » du nouveau 175

3. Les traits de discrétionnarité dans les situations observées 176

Situation 1 : quand l'équipe programme un examen blanc 177
Situations 2-3-4 : quand le statut d'une nouvelle est ambigu 178
Situation 5 : quand la plus ancienne est une nouvelle 179
Situations 6 et 7 : quand un même étudiant croise deux conceptions de l'encadrement 179
Situations 8 et 9 : quand les objectifs scolaires et professionnels sont associés ou entrent en conflit 180
Situation 10 : quand le binôme doit reprogrammer ses tâches 181
Situation 11 : quand le cumul de nouveaux crée une charge de travail supplémentaire 182
Situation 12 : quand une passation d'examen perturbe l'activité des soignantes 182

CHAPITRE 6. L'ELABORATION DES CONTENUS : COMBINER LES SAVOIRS PROFESSIONNELS 185

1. Sur le pôle « système » 185

1.1. L'acquisition des actes techniques et des connaissances médicales 185
1.2. Découvrir les aspects matériels… 188
1.3. … et les procédures administratives 189
1.4. Savoir organiser ses soins en situation 190

2. Sur le pôle « autres » 195

2.1. Donner des informations sur les collègues, savoir comment ils fonctionnent 195
2.2. Présenter les spécificités du service et les règles collectives locales 196
2.3. Insister sur le respect des collègues, et la réciprocité de l'aide 197

3. Sur le pôle « soi » 199

3.1. Insister sur la préservation de soi…. 199
3.2. … l'économie d'effort … 200

3.3. … et l'anticipation de situation de débordement 202

4. Sur le pôle « patient » 203

4.1. Combiner technique et relationnel 204
4.2. Parler d'autre chose que du soin 205

5. Combiner progressivement une diversité de savoirs professionnels 208

CHAPITRE 7 : L'ÉLABORATION D'UNE RELATION CO-CONSTRUITE 211

1. La découverte du binôme : situer le parcours de l'autre 212

1.1. Un diagnostic initial 212
1.2. L'actualisation du diagnostic 214

2. Apprécier les connaissances du nouveau au fil de la relation : les initiatives des encadrantes 216

2.1. Tester les connaissances des nouveaux 216
2.2. Organiser des « exercices » et des débriefings 219

3. Donner à voir ses connaissances au fil de la relation : les initiatives de l'encadré 221

4. La gestion conjointe de leur positionnement mutuel 223

5. Derniers préparatifs (pour l'élève), une projection dans l'avenir 226

CHAPITRE 8 : L'ÉLABORATION DE COMPROMIS : INTÉGRER LA TRANSMISSION DANS L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL 229

1. La transmission mise entre parenthèses 230

1.1. Esquives et interruptions 231
1.2. Substitution et co-action 233

2. Des opportunités en situation 236

3. Au-delà du binôme 240

3.1. Travailler avec d'autres 240
3.2. Echanges en collectif, apprentissage mutuel 241
3.3. L'encadrement d'un élève comme occasion de mutualisation des pratiques entre anciens 242

CHAPITRE 9 : LES INTERACTIONS FORMATIVES EN ACTION : LEURS CONDITIONS ET LEURS EFFETS 245

1. Comparaison de deux vacations « voisines » 246

2. Deux situations incidentelles 253

3. L'appréciation des effets de la transmission 257

DISCUSSION, PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET D'ACTION 261

1. La transmission professionnelle comme activité 262

1.1. La conciliation travail-transmission 265
1.1.1. La transmission mise entre parenthèses 265
1.1.2. Saisir des opportunités 266
1.1.3. Au-delà du binôme 266
1.2. Co-construction de la relation 267
1.3. Combiner les savoirs professionnels 268

2. La transmission professionnelle conditionnée par les contraintes du système et révélatrice de celles-ci 270

2.1. Intérêts et limites de notre approche des contextes professionnels 270
2.2. La transmission, une activité sous contrainte 271
2.3. L'élaboration des interactions formatives, un révélateur des contraintes 273

3. La transmission professionnelle et les activités réflexives au travail 274

BIBLIOGRAPHIE 281

ANNEXES 303

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des principaux éléments concernant les trois services étudiés 146

Tableau 2 : Caractéristiques des 12 vacations observées 149

Tableau 3 : Récapitulatif des autoconfrontations et débriefings 153

Tableau 4 : Synthèse des principales caractéristiques des situations observées 184

Liste des figures

Figure 1: Classification des stratégies de transmission (Cloutier et al., 2002, p 22) 89

Figure 2 : Modèle diachronique du tutorat, Kunégel (2006, p 243)..... 91

Figure 3: Les différents niveaux d'apprentissage selon les travailleurs et les travailleuses de deux usines de fabrication (Vézina, 2001, p 56) 100

Figure 4 : Schématisation des composantes des interactions formatives..... 117

Figure 5: Diagramme des âges par service (IDE, 2002-2007)..... 125

Figure 6 : Diagramme des âges par service en évolution (IDE, 2002-2007) 126

Figure 7 : Démographie des mouvements externes d'infirmiers en 2007 127

Figure 8 : Diagramme des âges par service (IDE, 2007) 128

Figure 9 : Diagramme des âges par service (AS, 2002-2007) 129

Figure 10 : Diagramme des âges par service en évolution (AS, 2002-2007)..... 130

Figure 11 : Démographie des mouvements externes d'aides-soignants en 2007 131

Figure 12 : Diagramme des âges par service (AS, 2007)..... 132

Figure 13 : Exemple de "cas" – 2ème séance des ateliers réflexifs..... 159

Figure 14 : Exemple de tablette – 3ème séance des ateliers réflexifs 160

Figure 15 : Représentation graphique de la situation 8..... 247

Figure 16 : Représentation graphique de la situation 9..... 248

Figure 17 : Modèle de la transmission professionnelle..... 264

Figure 18 : Composante des interactions formatives : concilier les activités de transmission et de production..... 265

Figure 19 : Composante des interactions formatives : co-construire la relation..... 267

Figure 20 : Composante des interactions formatives : combiner les savoirs professionnels . 269

Liste des annexes

Annexe 1 : Démographie du SSR 305

Annexe 2 : Démographie de la Rhumatologie 307

Annexe 3 : Démographie de la Chirurgie cardiaque 309

Annexe 4 : Fiche de présentation aux personnels soignants 311

Annexe 5 : Exemple de relevé d'observations systématiques 313

Annexe 6 : Fiche de présentation pour les ateliers réflexifs 315

Annexe 7 : Les cas présentés lors de la deuxième séance des ateliers réflexifs 317

Annexe 8 : Les tablettes pour la troisième séance des ateliers réflexifs 323

INTRODUCTION

Par cette recherche nous proposons d'approfondir la compréhension de la transmission en situation de travail, par le biais d'une démarche ergonomique, cherchant principalement à caractériser les facteurs qui contribuent à l'influencer en la favorisant ou la contraignant. Nous souhaitons ainsi prêter attention aux liens entre situations de travail, de transmission et de formation – pour favoriser des configurations plus harmonieuses entre elles – au regard des caractéristiques actuelles des conditions de travail.

La réflexion sur la transmission occupe une large place dans de nombreuses disciplines : Didactique disciplinaire, Didactique professionnelle, Sciences de l'éducation, Formation, Psychologie du travail, Sciences de la gestion... Notre propre recherche s'inscrit dans le champ de l'Ergonomie centrée sur l'activité. Celle-ci, selon nous, a un rôle très important à jouer dans l'analyse de la transmission, du point de vue des connaissances qu'elle permet de formaliser, des améliorations qu'elle peut apporter, des objectifs qu'elle poursuit en termes de santé et d'efficacité, mais également des méthodes qu'elle mobilise et développe. C'est ce positionnement que nous voudrions, dans cette introduction, commencer à préciser.

Les enjeux actuels de la circulation des savoirs professionnels

La thématique de la transmission en milieu de travail n'est pas nouvelle, mais elle se retrouve aujourd'hui au centre d'enjeux majeurs tant d'un point de vue social que scientifique.

Le contexte socioéconomique du monde du travail se caractérise par une forte recherche de réactivité, flexibilité et rentabilité (Askenazy, Cartron, De Coninck et Gollac, 2006). Cela se traduit dans les entreprises par de nombreux et fréquents changements dans les organisations, les objectifs de travail, les techniques de production, et par un renforcement de contraintes multiples pour les individus au travail : pressions temporelles accrues, appel à la mobilisation des individus, promotion des valeurs d'autonomie et de responsabilité, nouvelles formes d'évaluation du travail, augmentation de la mobilité et des statuts précaires, etc. Devant la rapidité et l'étendue de ces changements, les salariés, sommés de s'adapter en permanence, deviennent un « facteur » déterminant pour le maintien, voire le développement de la performance et de l'innovation au sein des entreprises. Ce sont ainsi leurs compétences

« d'adaptation » et de « créativité » qui sont recherchées. Cependant, les contraintes de travail induites par ce contexte en mouvance permanente, peuvent avoir pour effet de réduire les temps d'échanges sur les pratiques professionnelles entre les salariés – pourtant nécessaires pour l'élaboration des métiers et des pratiques individuelles et collectives – car ces temps sont perçus le plus souvent par les entreprises comme non productifs. La mobilisation des salariés se trouve ainsi à la fois attendue et contrariée.

De son côté, le contexte sociodémographique de la main-d'œuvre se caractérise par un étirement des structures d'âge. Les « seniors » sont à la fois de plus en plus nombreux en proportion dans les entreprises, et de plus en plus nombreux à quitter le monde du travail, puisque les premières cohortes du baby-boom ont atteint l'âge de la retraite. L'arrivée de « nouveaux » dans un atelier ou un service est, elle aussi, de plus en plus fréquente, en raison d'une part de nombreux recrutements (pour remplacer les départs notamment), d'autre part d'une accélération d'ensemble des mobilités liée au contexte socioéconomique décrit précédemment, et enfin d'un développement important de formations sous forme d'alternance (Volkoff, 2007b, 2011). Ainsi, les entreprises ne peuvent plus ignorer dans la gestion de leurs ressources humaines que celles-ci sont marquées par une forte diversité des âges et des parcours.

En lien avec ce double contexte, l'enjeu majeur pour les entreprises devient alors d'assurer au mieux, conserver, voire créer les conditions d'une circulation « souple » des savoirs professionnels en leur sein. Etudier la transmission en situation de travail nécessite ainsi de faire se rencontrer deux mondes, soumis chacun à des contextes, des exigences et prescriptions multiples : celui du travail et celui de la formation.

Le terme de « transmission » est fréquemment employé au sein des entreprises, dans le débat social, dans les recherches relevant de multiples disciplines, et côtoie de nombreuses autres appellations sans toutefois être vraiment défini. Plusieurs termes l'avoisinent : transfert, partage, mutualisation, coopération intergénérationnelle… Des mots s'y accolent : transmission-acquisition de compétences, transmission d'expérience, transmission intergénérationnelle, transmission de gestes, de connaissances, de savoirs, de savoir-faire… Ce terme est également associé à des dispositifs de formation plus ou moins formalisés : « sur le tas », « en alternance », sous forme de tutorat, de compagnonnage… Ce foisonnement s'accompagne d'idées reçues, de croyances qui peuvent renvoyer à des usages ambigus des notions d'âges et de générations, formulent les problèmes en termes de « tensions » ou de « conflits » entre générations et se centrent principalement sur les caractéristiques individuelles des salariés, leurs comportements ou attitudes.

Dans ce contexte, notre recherche se propose d'enrichir l'approche de la « transmission » en opérant des déplacements au regard de ces croyances, telles que nous les avons rencontrées

sur notre terrain de recherche (un Centre Hospitalier Universitaire), et auxquelles se sont confrontés avant nous d'autres chercheurs avec des problématiques et dans des secteurs différents (Cloutier, Lefebvre, Ledoux, Chatigny et St-Jacques, 2002 ; Delay, 2006, 2008 ; Delay et Huyez-Levrat, 2006 ; Flamant, 2005 ; Gaudart, Delgoulet et Chassaing, 2008). Les déplacements que nous envisageons amènent à interroger les conditions de travail, d'organisation et de gestion des ressources humaines.

Un positionnement vis-à-vis de conceptions naturalisantes de la transmission

On peut partir de ce constat : la transmission, de fait, a lieu. Elle est perçue comme utile, voire comme une nécessité, par les acteurs qui s'y impliquent, même s'ils n'en ont pas tous la même vision. Son déroulement est plus ou moins préparé, ses modalités sont plus ou moins fixées, sa mise en œuvre n'est pas envisagée *a priori* comme très difficile. Quelques règles à respecter, et le bon vouloir de chacun, devraient assurer sa réussite : il suffit qu'un « ancien » dise à un nouveau ce qu'il sait, et lui montre ce qu'il fait. Une réflexion approfondie à ce sujet, dans les entreprises, est rarement jugée indispensable.

Cette facilité supposée procède de quelques idées simples qui valent d'être critiquées. Nous retenons ici quatre d'entre elles.

- *Il suffit de formaliser les connaissances pour les transférer*

Pour une part les approches courantes de la « transmission » font implicitement référence aux théories du traitement de l'information et de la communication et à celles de l'expertise. Un « émetteur », le plus souvent « expert », possédant un ensemble de connaissances, organisé, conscient, formulable, adresse sur cette base une série de « signaux » qui vont être « décodés » et « enregistrés » par un « récepteur », le plus souvent « novice ».

Cette façon de voir – qui pour certains auteurs justifierait de renoncer au terme même de transmission qu'ils jugent trompeur (Clot, Fernandez et Scheller, 2007 ; Maggi, 2010 ; Maggi et Prot, 2012) – se développe aux côtés d'une préoccupation plus générale sur la « gestion des âges ». Celle-ci intègre à présent une problématique de gestion des connaissances et des savoirs : capitaliser, stabiliser et formaliser les savoirs afin de les transférer au sein de l'organisation pour la survie de l'entreprise (Riffaud, 2007). Ce souci de formalisation est compatible avec des démarches plus générales de standardisation des savoirs, des comportements et des pratiques en vue de centraliser les connaissances et d'exercer un contrôle sur leur contenu et leur diffusion.

On voit cependant qu'une telle grille de lecture laisse peu de place à la fois au fait que les connaissances sont « mouvantes » mais aussi à la prise en compte des savoirs tacites, issus de l'expérience, difficilement formalisables, qui posent d'évidents problèmes de codification, et que l'on souhaite pourtant valoriser en demandant aux salariés de s'investir dans l'entreprise et d'apporter d'eux-mêmes (cela, particulièrement dans les relations de services, notre contexte de recherche).

Sans être niée, la transmission de ces savoirs implicites est supposée s'effectuer naturellement entre les salariés, et plutôt de manière informelle. On peut être tenté de croire qu'elle ne réclame pas d'aménagement particulier, ni d'effort d'analyse spécifique. C'est pourtant sous cet angle que l'on devrait pouvoir aborder en particulier les savoirs professionnels non techniques : la conception du métier, le sens du métier et les valeurs qui lui sont associées, la possibilité ou non de faire un travail de qualité.

- *Il suffit de constituer des binômes ancien-nouveau pour que chacun joue son rôle*

Le contexte démographique semble assigner à la transmission quelques objectifs évidents. Il faut d'une part, maintenir les séniors au travail, en saisissant des occasions de valoriser leur expérience ; d'autre part, anticiper sur leur départ prochain en évitant de perdre des « savoirs critiques » pour l'entreprise ; enfin, favoriser l'intégration et la fidélisation des nouveaux arrivants, en les rendant « opérationnels » le plus tôt possible.

Il peut être tentant de transposer cette stratégie d'ensemble à un niveau très micro. Le tutorat se déploie ainsi comme une pratique de gestion des ressources humaines (Pelchat, Vézina, Campeau et Bradette, 2002), de même que d'autres méthodes de transfert de connaissance par parrainage ou compagnonnage.

Or, supposer qu'il suffit de faire se côtoyer un ancien et un nouveau pour que la transmission se réalise, c'est faire peu de cas du réel investissement que cela implique, des coûts que cela occasionne à l'un comme à l'autre, dans un contexte marqué notamment par une intensification du travail. C'est donc considérer que, quel que soit le contexte, en toutes circonstances, chacun joue son rôle : l'ancien a la disponibilité qu'il faut et le souhait de partager ses savoirs, et de son côté, le nouveau les intègre sans autre préoccupation. C'est faire peu de cas aussi des caractéristiques, des parcours, des statuts des uns et des autres, qui occasionnent autant de situations et de conduites singulières. On ne peut exclure par exemple que l'ancien soit tenté de restreindre les savoirs qu'il partage avec le nouveau, s'il se sent plus ou moins en concurrence avec celui-ci. Cette remarque vaut aussi d'ailleurs, et réciproquement, pour des savoirs peut-être plus « scolaires » que le nouveau hésitera à partager. Dans ces situations, « chacun joue sa place : les plus jeunes jouent leur emploi et

leur carrière ; les plus anciens jouent leur utilité quand leur expérience et la possibilité de faire un travail de qualité sont remises en question » (Gaudart, 2006, p 134).

- *Il suffit de reproduire des modalités d'échanges de savoirs, rodées de longue date*

Les dispositifs d'insertion des nouveaux mis en place dans les entreprises, comme le tutorat par exemple, peuvent être parfois pensés comme stables dans leurs modalités d'un binôme à un autre, et au sein de chaque binôme, supposé lui-même stable au fil du temps. Or il en va tout autrement. Les évolutions constantes des organisations, l'expansion des services et des relations de services, pèsent sur le contexte et les processus de travail en les rendant aléatoires et imprévisibles. Les savoirs et connaissances associés évoluent eux-mêmes, et les contraintes de temps tendent à réduire les périodes de formation ainsi que les moments d'entraide, d'échanges et d'élaborations collectives dans le travail. Or c'est bien dans ce contexte évolutif que les situations d'accueil des nouveaux se déroulent.

De plus, si les équipes de travail ne sont pas stables, les binômes ancien-nouveau deviennent eux-mêmes instables, et les équipes peuvent se retrouver avec plusieurs nouveaux, aux statuts divers, à accueillir en même temps.

Dans ce contexte ce sont aussi les conditions d'insertion des nouveaux qui évoluent, comme les métiers eux-mêmes. L'idée que les anciens peuvent avoir d'un certain « modèle » d'insertion dans le métier, telle qu'ils l'ont vécu auparavant, et de certains « outils » qui avaient pu être construits, va se trouver directement impactée par les conditions actuelles. Il s'agira donc pour les anciens de faire évoluer leur propre conception de ce que sont les modalités de transmission du métier.

- *Quand la transmission peine ou échoue, c'est en raison des caractéristiques personnelles des intéressés*

> *« S'il y a des problèmes entre générations c'est tantôt la faute des jeunes qui ne veulent pas y mettre du leur, tantôt la faute des séniors qui ne veulent pas transmettre leur expérience. Ainsi les problèmes au travail se réduiraient-ils à des conflits individuels ou à des capacités personnelles… » (Gaudart, 2006, p 120).*

Les difficultés que peut rencontrer la transmission sont aujourd'hui souvent interprétées dans le champ des « conflits » ou « tensions » entre générations. Les approches centrées sur les « valeurs intergénérationnelles » aboutissent ainsi à désigner les traits dominants des « baby-boomers » (nés entre 1945 et 1965), de la « génération X » (1965-1980) ou « Y » (1980-1995) en reliant leurs comportements respectifs aux contextes sociaux et politiques

qu'ils ont vécus (Riffaud, 2007) : les baby-boomers ont profité de la croissance économique et passent pour privilégiés voire égoïstes ; les « X » fortement marqués par la précarité, sont réputés individualistes et apolitiques ; les « Y » nourris à l'Internet, seraient impatients, épris d'autonomie et moyennement engagés dans le travail.

Une première limite à ce mode d'approche est bien notée par Pelchat et *al.* (2002, p 36) : « bien que la génération serve de référent central du système de pensée et d'action des gens, elle peut aussi s'avérer un concept-écran dont l'effet est de masquer d'autres réalités, comme les différences entre les classes sociales ou les sexes ». Au-delà, et notamment dans une démarche ergonomique, on ne peut pas s'accommoder de ces lectures homogènes et naturalisantes. La diversité interindividuelle ne se réduit évidemment pas aux différences entre âges, et les conduites dans une situation donnée – comme les situations de transmission – sont largement dépendantes des contraintes qui s'y manifestent.

A notre sens, la compréhension des échecs ou des succès de la transmission, et même l'appréciation que l'on peut porter sur le fait qu'elle ait réussi ou échoué, réclament une analyse complexe et multifactorielle.

Une approche développementale de la transmission

C'est pourquoi nous souhaitons participer à la définition d'une « *transmission professionnelle* » dans un sens plus large que celui habituellement envisagé, en la considérant comme transversale à différentes autres problématiques existantes, tant dans le champ de l'emploi que dans celui de la formation : dispositifs de tutorat, d'alternance, de formations initiale et continue ou encore d'apprentissage sur le tas et de développement des compétences. Nous aborderons la « transmission professionnelle » comme une activité à part entière, réalisée dans, par et pour l'activité de travail, à travers la médiation par autrui de dimensions de la pratique professionnelle, et ce en contexte productif.

Nous proposons de l'appréhender en termes *d'échanges à propos des pratiques professionnelles, au cours de la réalisation du travail, entre des individus aux parcours, expériences et anciennetés divers, échanges marqués par les asymétries que cette diversité implique entre ces individus*.

Il s'agira alors de prendre en compte la dimension des parcours des individus en proposant une définition élargie de la notion « *d'asymétrie* » dans les interactions entre eux. Cette notion est souvent mobilisée dans les analyses des relations de service, mais aussi dans celles des tutorats, ou des situations où se côtoient plusieurs générations. Le terme est également employé par Solveig Oudet (2003) pour caractériser différentes natures d'interactions interpersonnelles en situation de travail. Tout en étant proche de ses définitions

nous les élargissons quelque peu. L'auteure différencie les interactions symétriques (pair à pair), des interactions dissymétriques (expert-novice), et des interactions asymétriques (fonctions ou statuts différents). Nous ne limitons pas, pour notre part, cette asymétrie aux différences de statut « expert-novice », « ancien-nouveau », « jeune-âgé » ; mais nous retenons que la rencontre de deux individus (ou davantage), face à une situation bien spécifique, où des éléments de pratique sont avancés, prend place à des moments particuliers de leurs « cours de vie » (Fournier P-S, 2003, 2004a, 2004b), dans toute leur diversité. Il ne s'agira pas non plus de considérer que ce qui est avancé par l'un sera directement intégré tel quel par le destinataire, mais de s'intéresser à ces éléments en tant qu'ils participent à un développement potentiel de l'autre : chaque destinataire peut le voir comme une collection de ressources externes qu'il devra de son côté s'approprier, et qu'il intègrera ou non à ses propres systèmes de valeurs, connaissances, savoirs, etc.

Analyser la transmission professionnelle comme une activité, dont nous voulons identifier les ressources et contraintes, peut contribuer ensuite à interroger le travail dans ses effets formatifs, la formation dans ses effets productifs, et l'activité de transmission elle-même dans ses effets formatifs et productifs.

Nous proposerons pour cela un modèle de la transmission professionnelle en termes de « *processus d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail* », en insistant particulièrement sur leur émergence, leur déroulement et leur dynamique. Le terme « *interactions formatives* » a déjà été employé par Bénédicte Six-Touchard (Rabardel et Six, 1995 ; Six-Touchard, 1999) et Jean-Paul Bronckart (2001, p 149). Nous nous efforcerons de développer ce concept, en analysant leurs déterminants, leurs conditions de mise en œuvre et leurs effets.

Nous ferons l'hypothèse que cette « transmission professionnelle » cristallise les enjeux du métier. A ce titre elle agit comme un révélateur des exigences et des difficultés que rencontre la réalisation du travail au quotidien. Son étude amène à préciser les dimensions de l'activité nécessaires, mais parfois difficiles à identifier, à expliciter et *a fortiori* à acquérir, pour réaliser le travail. Il s'agira donc aussi d'appréhender ce que chacun montre de soi, et – pour paraphraser Yves Clot (1999) dans sa définition du « *réel de l'activité* » – ce que chacun montre de ce qu'il fait, de ce qu'il pense faire, de ce qu'il souhaite faire, de ce qu'il ne peut pas faire. Chacun de ces éléments peut être « *source de ressources* » (Chatigny, 2001c) pour les autres.

Nous nous inscrivons ainsi dans les orientations d'une « *ergonomie constructive* » (Falzon et Mollo, 2009 ; Falzon et Gaudart, 2012), dont l'objectif est de favoriser non seulement l'efficacité du travail, mais aussi un développement conjoint des individus et des

organisations. Pierre Falzon et Vanina Mollo (2009, p 68) posent comme postulat de base de l'ergonomie constructive « le développement continu des ressources ». Ils précisent aussi que

> *« toute organisation dispose d'un potentiel capacitant plus ou moins important. Mais ce potentiel est souvent sous-exploité, inconnu ou non reconnu, parfois même entravé par l'organisation. L'enjeu n'est alors pas tant de créer une nouvelle tâche « capacitante » qui viendrait s'ajouter aux tâches existantes, mais d'organiser l'existant de sorte qu'il permette aux individus et aux organisations de progresser »* (*ibid.*, p 64).

Dans la perspective diachronique adoptée au sein de notre propre réseau de recherche, ces orientations sont cohérentes avec celles d'une approche développementale des relations entre le travail, la santé, et l'expérience. Cette approche implique de prendre en compte les transformations réciproques qui s'opèrent entre ces trois composantes au fil de l'âge et du temps (Molinié, Gaudart, Pueyo, 2012). Elle suppose ainsi de considérer le vieillissement comme un processus, intégrant des dimensions d'involution et de développement (Davezies, Cassou, Laville, 1993), et questionne les ressources proposées par l'organisation pour que le travail permette « à chacun de construire sa propre santé, son propre vieillissement, dans les meilleures conditions possibles » (Laville et Volkoff, 1993, XXXIV). La notion d'expérience développée dans ce cadre, renvoie aux connaissances professionnelles, à la pratique professionnelle, mais aussi à la pratique réflexive (Pueyo, 1999). Les liens entre le développement de cette expérience et le développement de compétences reposent sur l'élaboration, au fil du temps, de « *stratégies multifonctionnelles* » (Avila-Assunçao, 1998 ; Gaudart, 1996 ; Pueyo, 1999) qui visent à coordonner les différentes dimensions de l'activité, tenir des buts ou objectifs en lien avec les pôles « soi », « système » et « autrui » de celle-ci. Selon ce point de vue, les compétences ne se traduisent pas seulement par des savoirs ou savoir-faire, mais surtout par des modalités de régulation des situations de travail (Gaudart et Weill-Fassina, 1999).

Les questions de transmission ont déjà été abordées dans ce courant de recherches. Sans développer pour l'instant ces travaux, sur lesquels nous reviendrons à plusieurs reprises dans le chapitre 2 ci-après, on peut citer dès à présent la recherche de Corinne Gaudart, Catherine Delgoulet et Karine Chassaing (2008) dans le BTP. Ces auteures se sont principalement intéressées aux enjeux et déterminants de la fidélisation des nouveaux, en insistant sur la compréhension des facteurs de l'organisation et des conditions de travail sur les chantiers, qui influencent l'accueil de ces nouveaux et leur formation. Retenons également une recherche d'Esther Cloutier et *al.* (2002), dans les secteurs de l'usinage et des cuisines, où l'angle d'attaque cette fois est celui de la transmission des savoir-faire de prudence face au constat d'un fort taux d'accident de travail des jeunes qui entrent dans ces métiers. Leurs

préoccupations étaient de comprendre les stratégies de transmission mises en œuvre en situation réelle de travail, mais aussi d'identifier la nature des contenus transmis.

Notre propre recherche se situe dans le prolongement de ces travaux, avec comme première spécificité de s'intéresser cette fois aux métiers de soignants en milieu hospitalier, intégrant donc la composante particulière du « *care* », comme relevant d'une dimension importante dans les pratiques de ces métiers. Ce concept est développé dans des recherches en sociologie, en psychologie du travail, en psycho-dynamique, etc., et caractérise les réponses apportées aux besoins des autres dans des relations de dépendance (Paperman, 2006).

Dans ce contexte particulier, notre souci sera d'examiner, non seulement ce que nous avons appelé « *interactions formatives* » (dont nous préciserons les composantes), mais aussi les conditions mêmes de leur élaboration. Nous nous réfèrerons ainsi aux multiples recherches et réflexions sur les liens possibles entre l'analyse du travail et la formation, en faisant notamment référence aux recherches en ergonomie (Teiger, Lacomblez et Montreuil, 1998) ou en didactique professionnelle (Pastré, 1997). On verra que, dans cette perspective, nous avons tenté d'allier des observations de situations de transmission, et diverses formes de pratiques réflexives dans le cadre d'entretiens et d'ateliers collectifs, avec les acteurs impliqués, sur la base de ces observations. Ces éléments se réfèrent de nouveau, de notre point de vue, aux orientations de l'ergonomie constructive avec la prise en compte comme enjeux de « mettre en place une situation dynamique de développement, de l'intégrer aux stratégies des organisations, et ce afin de permettre un développement continu et pérenne des savoirs » (Falzon et Mollo, 2009, p. 67).

Une recherche à l'hôpital

Réaliser cette étude au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) s'avérait intéressant pour plusieurs raisons.

D'une part, de nombreux travaux de recherche dans le secteur hospitalier font état d'enjeux importants concernant les caractéristiques et exigences du travail de soins (Caillard et Estryn-Behar, 2005 ; Cloutier, David, Prévost et Teiger, 1998 ; Estryn-Behar, 1996, 2009 ; Estryn-Behar et Le Nézet, 2006 ; Gagnon, David, Cloutier, Ouellet et Ledoux, 2003 ; Gonon, Delgoulet et Marquié, 2004 ; Le Lan, 2005 ; Sainsaulieu, 2003). Ces travaux mettent en évidence la combinaison de fortes exigences physiques, cognitives et psychiques. De plus, les soins nécessitent une forte coordination entre divers acteurs (Barthe, 2003). Ainsi, en dehors de toute situation d'accueil ou d'encadrement de nouveau, l'activité de travail des personnels soignants est influencée par un faisceau important de contraintes. D'une manière générale, l'activité de soins se caractérise par la réalisation d'une diversité de tâches (techniques,

administratives, etc.) inscrites dans le temps, et qui sont plus ou moins planifiables et prévisibles. Ces tâches doivent également être organisées et coordonnées entre différents acteurs qui interviennent auprès des patients (cadres de proximité, Aides-soignantes, Infirmières, Médecins, Psychologues, etc.), mais aussi entre différents services (amont, aval, pharmacie, examen, etc…). Ces différentes temporalités peuvent alors entrer en conflit, qu'il y ait ou non accueil de nouveaux. L'ensemble de ces éléments montre que l'activité de soins peut se retrouver sous de fortes contraintes temporelles, et il s'agira alors dans cette étude d'appréhender comment la transmission trouve sa place dans l'ensemble de ces contraintes.

D'autre part, un CHU reçoit justement comme missions, entre autres, celles d'accueil, d'encadrement et de formations initiales et continues des personnels soignants. Ce type d'établissement public porte ainsi en lui, de manière conjointe, une double logique : de production de soins et de formation. Deux types de dispositifs d'accueil de nouveaux sont présents dans l'établissement, la « doublure » et les « stages » ; nous verrons cependant que ces deux dispositifs sont peu formalisés du point de vue des équipes soignantes au sein des services. L'étude de la transmission, dans le cadre de ces dispositifs et de leurs nombreux avatars, nous permettra d'examiner une grande diversité de situations.

Enfin, comme nous y avons déjà fait référence, le choix de ce terrain incitait à incorporer dans l'analyse les dimensions « subjectives » de l'activité de travail, qu'impliquent les relations de service auprès des patients.

Développement de cette recherche

Dans une première partie, nous souhaitons indiquer en quoi le contexte actuel du monde du travail, et à l'hôpital en particulier, influence directement la transmission : tout en en renforçant sa nécessité, il peut aussi participer à la freiner, voire à l'empêcher (Chapitre 1). Nous souhaitons par la suite (Chapitre 2) présenter les principales caractéristiques de la transmission en situation de travail et participer à rendre compte de sa complexité. Nous allons pour cela mobiliser une littérature issue de divers champs disciplinaires qui apportent des éclairages complémentaires. Alors que certains champs l'étudient dans l'objectif d'en dégager des éléments de connaissances pour enrichir la formation, d'autres s'y intéressent dans ses enchevêtrements avec l'activité de production et tentent d'en comprendre les mécanismes, d'autres encore cherchent à y repérer des facteurs favorisant l'apprentissage. Compte tenu de l'ensemble des éléments précédents nous préciserons en fin de cette première partie notre problématique de recherche et présenterons le modèle de la « *transmission professionnelle* » que nous proposons (Chapitre 2 §5).

La seconde partie sera consacrée, d'une part à la présentation du contexte du CHU et des trois services dans lequel cette recherche s'est déroulée (Chapitre 3), et d'autre part aux choix méthodologiques réalisés en lien avec notre problématique (Chapitre 4).

La troisième partie présentera les résultats obtenus à l'issue de nos analyses. Ceux-ci seront présentés à l'aide de cinq chapitres, chacun d'eux étant centré sur un déterminant constitutif du modèle de la « transmission professionnelle » que nous proposons. Cette partie débutera sur la présentation des conditions dans lesquelles se déroule la transmission en situation de travail en insistant sur leur caractère « discrétionnaire » (Chapitre 5). Nous exposerons ensuite successivement les éléments qu'apportent les protagonistes pour combler ce vide de prescription. Ceux-ci seront présentés sous forme d'une triple élaboration. Nous présenterons tout d'abord l'élaboration des dimensions de la pratique professionnelle abordées au cours des interactions formatives (Chapitre 6), puis les éléments nécessaires à la construction de la relation au sein de binôme encadrant-encadré (Chapitre 7), enfin, les facteurs participant à la possibilité de réaliser en concomitance les activités de transmission et de production (Chapitre 8). En outre, une lecture articulée des trois composantes des interactions formatives nous permettra d'en apprécier les effets pour les protagonistes (Chapitre 9).

Nous conclurons sur une discussion générale des éléments présentés pour soutenir cette thèse. Nous questionnerons la transmission professionnelle en termes d'« activité », nous la positionnerons comme un révélateur des contraintes du système, et nous interrogerons sa place parmi les activités réflexives au travail. Enfin, nous proposerons des poursuites à envisager.

PREMIÈRE PARTIE :

Enjeux et contours de la transmission

CHAPITRE 1. UN MONDE DU TRAVAIL EN ÉVOLUTION : ENJEUX POUR L'HÔPITAL ET POUR LA TRANSMISSION

De nombreux auteurs en sciences humaines et sociales font aujourd'hui le constat de la diffusion de nouveaux principes de gouvernance, de gestion et d'organisation tant dans les secteurs privé que public (Askenazy et *al.*, 2006 ; De Terssac, Saint-Martin et Thébault, 2008 ; Lorenz et Valeyre, 2004 ; Théry, 2006 ; Valeyre et Lorenz, 2005). Nous ne chercherons pas ici à participer au débat sur le fait de savoir s'il s'agit de nouvelles formes d'organisation ou d'une transformation ou accentuation de certaines plus anciennes, mais plutôt à prendre l'ensemble de ces éléments comme faisant partie du contexte dans lequel se déroule la transmission. Sur la base de ces travaux nous avons cherché à identifier des « facteurs » permettant de faire état du monde du travail actuel, celui-ci étant souvent caractérisé par une intensification du travail et une précarisation du travail et de l'emploi.

Les facteurs que nous avons choisi de développer dans ce premier chapitre visent ainsi à éclairer les grandes tendances des évolutions du monde du travail, participant à mettre la transmission au centre d'enjeux socio-économiques actuels, dans l'ensemble du système productif, et en particulier dans le secteur de la santé, où se situe notre recherche. Notre objectif ici n'est pas d'établir une synthèse de ces tendances, mais de situer le point d'ancrage social de notre recherche.

Nous allons ainsi examiner six facteurs : des entreprises en changement constant ; une expansion des services et des relations de service ; des populations en mouvement ; une organisation du travail bâtie sur l'injonction d'autonomie ; une accentuation des processus de contrôle, d'évaluation, et de procéduralisation ; et enfin, un renforcement des contraintes de temps.

Chacun de ces facteurs fera l'objet d'un paragraphe décomposé en trois sous-parties. Nous rappellerons dans les premières sous-parties les enjeux situés au niveau général « du monde du travail », et ceci de manière assez succincte mais en pointant quelques traits saillants (les travaux et ouvrages sur ces aspects étant très nombreux). Nous présenterons dans les deuxièmes sous-parties les caractéristiques spécifiques se rapportant au secteur hospitalier français – terrain de notre recherche. Les troisièmes sous-parties mettront, pour leur part, en lumière les incidences possibles, selon nous, de chacun des facteurs identifiés sur la transmission des savoirs professionnels.

1. Des entreprises mouvantes

Nous nous centrons dans ce premier point sur les « changements » eux-mêmes. Les aspects consécutifs à ces derniers seront abordés par la suite dans chacun des autres points identifiés. Ces « changements » sont à prendre ici dans une acception large ; ils peuvent porter sur les objectifs (politiques et de productivité), les organisations et les techniques ou technologies.

1.1. Des changements permanents et polymorphes

La mondialisation de l'économie, la globalisation des marchés accentuent la compétitivité et la concurrence internationale entre les entreprises. L'économie est tournée vers des profits à court terme et cherche la rentabilité. Dans ce cadre il s'agit pour les entreprises, de pouvoir réagir le plus rapidement possible à toutes « nouveautés » trouvées par un concurrent, voire les anticiper et agir avant lui. De plus, ces exigences de réactivité s'accompagnent d'exigences financières : les innovations doivent se réaliser aux moindres coûts. Les entreprises se retrouvent ainsi « sous pression » gestionnaire afin d'optimiser ces coûts. Les gestionnaires prennent la main sur la production et participent aux injonctions de changements permanents avec l'idée d'être de plus en plus réactif à la « demande ». Cela implique pour les entreprises de changer constamment, de s'adapter. Toute transformation, évolution, est alors décrite et annoncée comme positive en soi. L'idée est la suivante : le changement est porteur d'une valeur en lui-même (Boltanski et Chiapello, 1999). Dans ce contexte, certaines entreprises (ou administrations) se créent, d'autres se transforment, se restructurent, fusionnent, changent de statut, pendant que d'autres encore se délocalisent ou disparaissent tout simplement. En leur sein, il en va de même pour les ateliers ou les services.

Dans l'organisation du travail, les transformations sont diverses selon les secteurs, les professions, les entreprises, mais certains traits prédominent. Philippe Askenazy (2004, p14) les rassemble sous l'appellation de « *productivisme réactif* ». Il s'agit d'adapter au plus tôt les moyens de travail à l'objet produit, et celui-ci à la demande, à l'aide de quelques principes directeurs : réactivité, flexibilité, diversification de la production, réduction des stocks, innovation rapide, effectifs « au plus juste » (Beaujolin, 1999). Pour une réactivité maximale, les temps de travail sont éclatés, le travail de nuit se développe, les horaires courts, atypiques ou imprévisibles tendent à s'imposer comme une nouvelle norme (Bouffartigue et Bouteiller, 2002, 2005). Enfin, l'accentuation de la concurrence par le temps crée une forte incertitude que les entreprises reportent vers des sous-traitants.

Les changements que connaissent les entreprises sont pluriels, liés les uns aux autres et ne sont pas forcément en cohérence. Norbert Alter (2003) parle ainsi de « flux », de

« constellations » de transformations : « l'ensemble de ces changements ne se réalise ni dans la cohérence, ni dans la cohésion. Il apparaît comme un processus morcelé, une constellation de transformations obéissant à des rythmes et des logiques de natures différentes produisant des « dyschronies » » (*ibid.*, p 494). Ce même auteur insiste sur le caractère continu, permanent des changements organisationnels et sociaux dans les entreprises et sur leur caractère non fini : « la succession de changements n'a rien à voir avec une succession de ruptures. Chaque « nouveauté » ne fait généralement que transformer encore un peu plus la situation initiale en s'enchâssant dans la nouveauté précédente » (*id*., p 495).

Les entreprises se retrouvent ainsi dans une situation d'instabilité permanente. Philippe Askenazy souligne également le fait que les pratiques associées à ces changements « fonctionnent souvent en clusters ou grappes, c'est-à-dire qu'elles font système entre elles, et sont présentes simultanément dans une même entreprise » (Askenazy, 2004, p 13).

Les transformations au sein des entreprises (privées comme publiques) impactent directement leur fonctionnement interne. Les changements entrepris concernent notamment le développement, le décloisonnement ou la transversalité de fonctions « supports ». Les entreprises, voire les différents services d'une même entreprise, sont amenés à travailler « *en réseau* » (Veltz, 2000). Les services internes passent ainsi des contrats entre eux, comme une entreprise le ferait avec une autre entreprise. Ces nouvelles pratiques organisationnelles mobilisent également de nouveaux moyens technologiques d'information et de communication (NTIC) (Greenan et Walkowiak, 2005, 2010). L'utilisation généralisée de ces outils dans les entreprises permet une gestion en temps réel de toutes les entités, y compris des sous-traitants et des fournisseurs.

Enfin, on assiste aujourd'hui à une « hybridation des modes de production », notamment entre les modes « industriel » et « marchand » (Gollac et Volkoff, 2007). Les modalités de prescription qui prévalaient dans chaque secteur sont reconsidérées. Nous regardons ici cette hybridation en mettant l'accent sur le « mouvement » : les entreprises, quel que soit leur mode de production, changent, se transforment, évoluent ; le secteur industriel se « *tertiarise* » et le secteur marchand « *s'industrialise* ». Ainsi, les fluctuations commerciales s'introduisent dans des entreprises où l'organisation visait auparavant à régulariser la production, et inversement, les éléments qui permettaient de programmer et d'évaluer de façon stricte l'activité, via notamment l'informatique et les « *outils de gestion* » (Moisdon, 1997), se diffusent dans des activités caractérisées par la variabilité et l'instabilité des contraintes « marchandes », celles notamment issues de relations avec le public, comme c'est le cas dans le secteur de la santé.

1.2. L'hôpital « en chantier »

L'hôpital n'est pas à l'abri des transformations que nous avons présentées dans la partie précédente[1]. L'hôpital public est en mouvement, « *entre déstabilisation et transformation* » (Schweyer, 2009, p 744). Les établissements hospitaliers français sont affectés par de profondes restructurations liées aux transformations politiques, sociales, économiques et gestionnaires qui traversent le secteur de la santé et son environnement (Gheorghiu, Guillemot et Moatty, 2009).

L'hôpital public français doit s'adapter à un environnement en forte mutation (Arnault, Evain, Fizzal, et Leroux 2009, 2010 ; Mouquet et Oberlin, 2008). Le vieillissement de la population requiert une évolution des prises en charge, compte tenu du fait que cette population est souvent atteinte de polypathologies. Cela implique une prise en charge collective et transversale, en lien avec le secteur médico-social et la médecine de ville. Il s'agit d'organiser les parcours de soins et d'éviter un cloisonnement entre la ville et l'hôpital, d'éviter aussi de fortes inégalités en termes de besoins de santé sur l'ensemble du territoire. De plus, l'organisation médicale traditionnelle est fondée sur la prise en charge de pathologies aiguës, alors que l'enjeu actuel réside de plus en plus dans la prise en charge de pathologies chroniques. Les progrès des techniques et des technologies (prises au sens d'une sélection et d'une combinaison finalisées de ces techniques) sont importants et permanents, ce qui a entre autres pour effet de réduire la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés.

En même temps, la prise en charge des patients évolue vers le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète : l'ambulatoire, l'hôpital de semaine, l'HAD (Hospitalisation A Domicile). D'après Marie Cordier (2008), entre 2003 et 2007, 70 % des établissements (hôpitaux et cliniques) ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire, et 80% ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Sur la même période, les partenariats pour hospitalisation ou pour les soins infirmiers à domicile ont doublé (60% en 2007 contre 30% en 2003).

L'ensemble de ces éléments de contexte amène à percevoir le monde de l'hôpital comme « *toujours en mouvement* » (Vincent, 2011). Plutôt qu'une caractéristique nouvelle, il s'agit là d'une accentuation de tendances anciennes. Car d'un point de vue historique, l'hôpital avec ses missions de service public (accès aux soins, proximité des services, qualité des soins) a toujours été obligé de se réorganiser. Françoise Salaün (2003) présente ainsi les restructurations en lien avec l'aménagement des hôpitaux de Paris au début du XIXe siècle,

[1] Nous empruntons l'expression « l'hôpital en chantier » à Jean-Pierre Claveranne (2003)

avec déjà présentes les idées de rationalisation des coûts, la mise en place de réseaux et la mutualisation des ressources ; on retrouve ces mêmes objectifs dans les dernières réformes engagées dans le cadre des Plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

1.2.1. Une rationalisation des coûts

On vient de le rappeler, les réformes pour maîtriser les dépenses de santé ne sont pas nouvelles (Moisdon et Tonneau, 2008 ; Crainich, Leleu et Mauleon, 2009). L'histoire du financement des hôpitaux publics en France au cours des dernières décennies peut être décomposée en plusieurs phases. David Crainich, Hervé Leleu et Ana Mauleon, (*ibid.)* en distinguent trois. Avant 1984, le budget des hôpitaux s'obtenait en multipliant le nombre de jours d'hospitalisation par un prix de journée préalablement fixé. Ce système incitait les hôpitaux à allonger les durées de séjour. Entre 1984 et 2004, le budget des hôpitaux publics, et des hôpitaux privés participant au service public (PSPH), était constitué d'une dotation globale. En 2004 enfin, le système de Tarification à l'activité (T2A) (importé du « modèle américain » pour la régulation financière et la gestion des hôpitaux) basé sur un paiement prospectif, a été introduit en France sur la base d'une critique du système précédent avec les arguments suivants : le système de financement global générait des effets pervers en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, et il conduisait soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives.

La T2A n'est pas une totale nouveauté, mais une nouvelle inflexion gestionnaire. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) avait vu le jour dès 1982. Il se présentait comme un grand progrès rapprochant les indicateurs de gestion de la réalité médicale en instaurant une comptabilité des actes médicaux (Belorgey, 2010, p 13). Il convertit tous les actes médicaux en une unité de valeur commune, le « point ISA » (indice synthétique d'activité) (Moisdon, 2000). La T2A n'est en fait que la poursuite de ce mode de gestion (Pépin et Moisdon, 2010). Elle établit une allocation de ressources en fonction des activités, calculée selon une tarification par types de pathologie, et vise un équilibre budgétaire au sein de chacun d'eux. L'enveloppe limitative conduit à une concurrence accrue entre établissements publics et privés, mais aussi des établissements publics entre eux. La T2A cherche à récompenser la « productivité » des hôpitaux, engageant ceux-ci dans une recherche de performance. Ces notions, familières au secteur privé commercial, bousculent les représentations des personnels et plus profondément, les interrogent sur les valeurs de l'hôpital public et le sens de leur travail. La question d'un effet de sélection des patients – sur la base d'actes médicaux plus « rentables » - est posée (Schweyer, 2006, 2009), ce qui fragiliserait le principe d'un accès de tous aux soins.

1.2.2. Des transformations du management et de l'organisation

La loi du 31 décembre 1991 a introduit une nouvelle planification de l'offre de soins en instituant les premiers Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Elle place la dimension régionale comme niveau de référence de la carte sanitaire. Les schémas constituent, pour les établissements de santé publics et privés, la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources. Ils ont ainsi pour objectifs de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Il s'agit d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité, et de veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique. Le développement des réseaux de santé est fortement encouragé. Dans le cadre du Plan Hôpital 2007, ce sont les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), déjà présentes depuis la loi de 1991 et la réforme de 1996, qui sont chargées de définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins, d'analyser et coordonner les activités des établissements de santé publics et privés, de contrôler leurs ressources et leur mode de fonctionnement.

Les décisions prises concernant l'aménagement de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire ont plusieurs impacts. Parmi eux, on trouve des regroupements, partenariats sous formes de contractualisations (de Pouvourville et Tedesco, 2003), entre plusieurs établissements (privés comme publics), la fermeture de certains établissements jugés non rentables, des changements de statut ou de spécialité de certains services, la spécialisation de certains établissements, et aussi, l'externalisation ou la gestion en réseaux de certaines « activités » jugées trop coûteuses (restauration, lingerie, entretien des locaux, gestion des déchets). D'après Cordier (2008, p 4-5), entre 2003 et 2007, 20% des établissements (hôpitaux et cliniques) ont transféré certaines de leurs activités à d'autres établissements ; un établissement sur deux, à l'inverse, a élargi ses activités ou s'est ouvert à d'autres spécialités, et 10% ont supprimé une ou plusieurs activités. La tendance à l'externalisation auprès de sous-traitants ou à la mise en réseaux entre établissements de fonctions non médicales induit ainsi de nouvelles formes de coordination, plus marchandes, au sein des organisations de santé (Gheorghiu et *al.*, 2009).

Au sein de chaque établissement hospitalier, une des plus grandes restructurations organisationnelles, en lien avec la « Nouvelle Gouvernance », consiste en la mise en place de « pôles d'activité ». Un pôle est un regroupement de plusieurs services et repose sur une direction tripartite : un gestionnaire, un médecin et un cadre de santé. Cette organisation en pôles vise le décloisonnement des organisations médicales et institue une contractualisation interne. Les services constitutifs d'un pôle s'engagent ainsi à mutualiser leurs moyens et

ressources, y compris leurs ressources humaines. Ces pôles doivent être autonomes dans leur gestion. Mais ce décloisonnement semble difficile du fait que l'hôpital est un lieu où coexistent plusieurs logiques d'acteurs (médecins, soignants, gestionnaires…) : la prise en charge des patients nécessite la coordination, dans le temps et dans l'espace, d'une pluralité d'intervenants de nombreuses catégories professionnelles différentes, sur des trajectoires de patients d'une grande variabilité mais également incertaines. « Cette coordination est donc techniquement complexe, et nécessite toujours des compromis rendus délicats […] (conflits de logiques, enjeux de pouvoir, zones de flou sur le pouvoir d'arbitrage, …) » (Pépin et Moisdon, 2010, p 34). La « Nouvelle Gouvernance », ici concrétisée par les pôles, oblige ainsi à une coopération interservices. Ce changement a un impact sur les relations entre professionnels en termes de communication, de partage d'objectifs communs, de responsabilisation (Chauvancy, 2009). Or, ce qui ne semble guère pris en compte dans l'ensemble de ces restructurations, c'est le travail lui-même (Acker, 2005 ; Raveyre et Ughetto, 2003). Nous aurons l'occasion d'y revenir.

1.3. Incidences possibles des changements permanents sur la transmission

Les changements constants renforcent les besoins d'apprentissage, et créent de fait des situations où cet apprentissage est censé s'élaborer. Ils légitiment l'existence de lieux et de moments d'échanges plus ou moins formalisés, où pourraient être discutés les pratiques et savoirs en vue de les adapter aux nouvelles attentes. Il s'agirait de développer une circulation « souple » des savoirs professionnels, adaptés aux changements. Les situations d'échanges de pratiques entre opérateurs devraient devenir un atout majeur pour la construction individuelle et collective de « nouvelles » pratiques et de « nouveaux » savoirs.

Toutefois la permanence des changements complique la mise en œuvre de la transmission en même temps qu'elle l'implique. Dans un contexte de changement permanent, chacun devient « nouveau », quel que soit son parcours. Qui possède alors les savoirs adaptés aux changements ? Qui peut transmettre, et à qui ?

Se pose en effet la question de la pérennité des savoirs. Quels sont ceux qui permettent de répondre aux nouveaux objectifs ? Quelles transformations doit-on opérer pour adapter les savoirs et les pratiques déjà existants ? En quoi ceux-ci demeurent-ils valides ? Cette question est prégnante, en particulier pour les anciens : ils sont dépositaires de connaissances et de stratégies de travail à « transmettre », mais leurs propres savoirs peuvent passer pour obsolètes. Il peut même advenir que ces anciens aient adopté une posture de « résistance » vis-à-vis des évolutions elles-mêmes : de par l'expérience qu'ils ont de leur métier, de l'entreprise et de son fonctionnement, ils questionnent directement ces évolutions de manière concrète. Frédéric De Coninck (1998) décrit ainsi les « bonnes raisons économiques, éthiques

ou subjectives » (*ibid.*, p 168) que les opérateurs ont de résister au changement. Il mentionne notamment qu'une « construction de l'équité pourrait apporter des éléments de motivation et de disposition des salariés à s'investir dans de nouvelles organisations » (*id.*, p 166). Faute d'une telle construction, il leur est difficile de « transmettre » des pratiques ou des objectifs auxquels ils n'adhèrent pas.

Les nouveaux, eux, s'il s'agit d'étudiants ou de jeunes diplômés, arrivent avec des savoirs plus actuels, plus formatés sur un modèle du changement, grâce aux formations initiales qui sont davantage calées sur les évolutions récentes. Il en résulte pour eux une tension entre d'une part, l'intérêt de prendre en compte le point de vue de ces anciens, y compris sous son aspect critique, et d'autre part le souci de valoriser leurs propres connaissances, voire d'en faire bénéficier les anciens.

Par ailleurs, les changements, comme on l'a vu précédemment, sont issus de décisions prises à des niveaux très élevés dans l'organisation. Leur constellation peut créer des situations de flou sur l'avenir, voire des contradictions entre les décisions prises par les différentes fonctions organisationnelles. Les personnels en poste lors de ces changements sont amenés à gérer des situations où apparaissent des contradictions dans leur travail. Il s'agit donc pour eux de se créer de nouvelles ressources pour faire face à ces contradictions potentielles. L'acquisition de ces ressources, dans ce contexte, est un des enjeux de la transmission, en termes de contenus notamment.

Enfin, tout apprentissage demande du temps. Or les changements incessants, le caractère mouvant de l'organisation, resserrent les marges temporelles à tous niveaux, pour les anciens comme pour les nouveaux, et la transmission peut s'en ressentir. Nous y reviendrons (voir § 6 ci-après).

2. Une expansion des services et des relations de service

2.1. Une économie « servicielle »

L'expansion relative des métiers du tertiaire dans l'économie des pays industrialisés est une tendance de long terme, qui se poursuit. Un rapport du Centre d'Analyse Stratégique montrait par exemple que cinq domaines professionnels allaient concentrer l'essentiel des créations d'emplois en France entre 2005 et 2015 : par ordre décroissant, les services aux particuliers, la santé et l'action sociale, les transports et la logistique, les métiers administratifs, et le commerce et la vente (Chardon et Estrade, 2007). En 2010, les trois quarts des personnes ayant un emploi (salarié ou non) travaillent dans le secteur tertiaire, 14,0% dans l'industrie, 7,1 % dans la construction et 2,9 % dans l'agriculture (Mansuy et Wolff, 2012).

Au-delà même du secteur dit « tertiaire », les nouvelles exigences de réactivité et d'adaptabilité à la demande (en termes de variétés des produits et services, et de délais notamment), dans un contexte de forte concurrence, conduisent les entreprises à formuler leurs stratégies d'offre en termes de « service offert au client », ce qui confère à la relation de service une importance accrue (Besucco, Tallard, Du Tertre et Ughetto, 2002). Le « client-usager-utilisateur-consommateur » est présent dans toutes les situations de production. Il occupe des positions variables, suivant le type de relation. Il peut être présent ou absent physiquement. Ce peut être un ensemble de personnes dans le cas d'une file d'attente par exemple, et cet ensemble est « protéiforme » (Falzon et Lapeyrière, 1998), puisque sa composition et ses contours varient dans le temps.

Les entreprises, au cours du temps, ont adopté différents positionnements vis-à-vis de la place accordée au client dans leur conception de l'offre (David, 2001). Celui-ci a tout d'abord été considéré comme un « consommateur », une figure caractéristique de la pensée des systèmes de production industrielle. Ici la conception de l'offre est indépendante du client. L'offre est standardisée et peu personnalisée. Dans une seconde période repérée par l'auteure, le client tenait plutôt la position du « client-roi ». Les entreprises, dans un souci de compétitivité, tentaient de s'adapter aux besoins individuels de chacun. L'offre commence ici à se diversifier, en restant tout de même attachée à une clientèle spécifique. Enfin, ce qui caractériserait la période actuelle, c'est la prise en compte du client comme « producteur » du service lui-même. Il est présent dans toutes les phases de la production. Il participe à la construction de l'offre, mais aussi à l'évaluation de la prestation. Cette évaluation devient externe à l'organisation : elle est confiée au destinataire du service (Dujarier, 2006a, 2006b).

Les objectifs de production évoluent en conséquence. Ils sont formulés en termes de satisfaction du client et de personnalisation de la relation. Marie-Anne Dujarier (2006a), souligne ainsi qu'aujourd'hui les entreprises relevant de ce qu'elle nomme « *services de masse* » se trouvent traversées par de fortes tensions entre « normalisation et personnalisation » d'une part, entre « prévisibilité et adaptabilité » d'autre part, mais aussi entre « répétition du même et reconnaissance de l'altérité » dans la relation de service elle-même.

Cette évolution s'assortit d'une complexité, d'une imprévisibilité et d'une instabilité accrues dans la réalisation du travail. Il est rare que les demandes des destinataires soient clairement énoncées car elles sont formulées différemment selon les personnes et entremêlées d'histoires de vie (Pochat et Falzon, 2000). Ces demandes sont souvent implicites, non directement liées au service lui-même, mais davantage aux composantes relationnelles de la rencontre : « la seule chose prévisible, dans l'organisation d'un service, a priori, c'est une part

importante d'imprévisibilité des attentes et comportements des clients/usagers » (Dujarier, 2006a, p 24).

Aurélie Jeantet (2003) souligne pour sa part la position de dépendance et d'ambivalence des agents des services vis-à-vis des clients (les agents sont des guichetiers de la Poste dans son étude). La dépendance tient au fait que les clients prescrivent le travail de l'agent et son rythme par leur venue même et la nature de leur demande, puis contrôlent la prestation pendant sa réalisation, avant de la sanctionner positivement ou non à son terme. L'ambivalence se joue notamment dans des situations où les clients adoptent des « attitudes supérieures en se permettant de donner des ordres aux agents ». Cette ambivalence

> *« peut être exprimée de façon condensée par les deux expressions : « rendre service » et « être au service de ». Rendre service à autrui est un acte choisi et valorisant, alors qu'être au service d'autrui est une situation contrainte et passive de subordination. Ces deux dimensions se trouvent dans un rapport d'opposition et d'intrication qui mérite d'être approfondi »* (*ibid.*, p 200).

Cet exemple, et l'interprétation qu'en donne cette auteure, permettent de mettre l'accent sur une évolution plus générale de la société d'aujourd'hui : le « *consumérisme* » grandissant auquel les agents des services doivent faire face.

L'objet de la relation de service est donc pour partie insaisissable du fait de son caractère immatériel, et du fait qu'il se définit en co-production entre l'agent et le destinataire. Mais l'activité de service ne peut se réduire à une relation personnelle et contractuelle entre l'agent prestataire et le destinataire, car elle s'inscrit dans un contexte de travail en évolution, dans une organisation, qui va plus ou moins aider cette activité.

2.2. La dimension relationnelle à l'hôpital

On peut commencer par rappeler que le secteur de la santé est lui-même en expansion. Selon le rapport déjà cité (Chardon et Estrade, 2007), pour la période de 2005 à 2015, l'ensemble des métiers de la santé et de l'action sociale étaient appelés à se développer, du fait d'une demande croissante des ménages pour les soins médicaux et – indirectement – des transformations du rôle de la femme dans la famille. Les offres de soins se développent, en lien notamment, on l'a dit, avec le vieillissement de la population et l'évolution des pathologies (polypathologies, pathologies chroniques). De nouveaux établissements de types EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes), maisons de retraite, sont appelés à se créer, de même que se développent les services à la personne, à domicile.

Dans ce contexte, les professionnels de santé ont connu une plus forte croissance en nombre que l'ensemble des actifs (Billaut, Breuil-Genier, Collet et Sicart, 2006). Avec près de 520 000 infirmiers en activité en France, au 1er janvier 2010, la profession infirmière est la première profession de santé en termes d'effectifs devant les médecins (212 000), les pharmaciens (75 000) et les masseurs-kinésithérapeutes (71 000) (Barlet et Cavillon, 2011).

Avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, le patient est placé au centre de ce système, il devient légalement un « codécideur », dans les choix médicaux qui le concernent (Cordier, 2008). Aux enquêtes de satisfaction des patients s'ajoute le traitement systématique de leurs plaintes et leur participation aux instances de décision interne. Le patient n'est plus seulement un malade qu'il faut soigner, mais aussi un client qu'il faut satisfaire. Beaucoup s'interrogent sur les effets de cette mise du patient au centre du système de santé. Le patient est amené aujourd'hui à pouvoir se plaindre juridiquement, ce qui préoccupe les soignants. Quoi qu'il en soit, la dimension « *servicielle* » est affichée d'une façon de plus en plus visible dans les missions des infirmiers et aides-soignants, en termes de « prise en charge du patient dans sa globalité » et « personnalisation des soins ». Cependant, comme le montre Marie-Anne Dujarier (les services de gériatrie ont constitué un de ses terrains de recherche), cet affichage ne s'accompagne pas nécessairement, ni de moyens nouveaux, ni d'une réflexion sur les implications concrètes de ces objectifs (Dujarier, 2006a).

L'approche ergonomique des relations de service dans les activités de soins permet d'analyser le rôle de l'usager comme « *partenaire d'une situation de travail coopératif* » dans les activités de soins (voir par exemple Cloutier et *al.,* 2002, 2005, 2006). Il s'agira pour les personnels et les patients de définir ensemble des modalités de coopération, pour se protéger mutuellement des risques pour la santé, et cela nécessite une stabilité de la relation. Car les soins

> *« sont essentiellement de nature relationnelle, parce qu'ils impliquent toujours au moins deux personnes dont l'une a des besoins spécifiques. En fait, les soins se concrétisent également en fonction d'une nécessité, et plus exactement d'un devoir ou d'une obligation générés dans une relation où des êtres sont socialement dépendants d'autres êtres. Le thème du «souci constant» se retrouve d'ailleurs dans l'étymologie première du mot soin »* (Saillant, 1991, p 16).

La relation de service, dans le secteur des soins, se caractérise ainsi par une forte dynamique relationnelle entre les personnels et les patients. Cette dynamique relève d'une relation durable : les personnels interviennent en amont et en aval de la relation de face à face, pour l'inscrire dans une intervention thérapeutique ou d'aide.

2.3. Incidences possibles de l'expansion des relations de service sur la transmission

L'idée que la relation de service, en particulier la relation de soins, « s'apprend », ne va pas de soi. Bien des acteurs concernés par la transmission – les anciens, les nouveaux, l'encadrement, les formateurs – sont tentés de se demander si les « compétences relationnelles » (qu'il s'agisse des relations avec les patients ou leurs familles) ne relèvent pas d'abord de l'histoire individuelle de la personne (du soignant), sinon d'un trait de personnalité. Anne-Marie Arborio (2005) associe cette représentation aux approches plus générales des « métiers de femmes ». Elle reprend l'idée de Michelle Perrot (1987, pp. 3-4), selon laquelle certaines tâches « s'inscrivent dans le prolongement des fonctions « naturelles », maternelles ou ménagères » et font donc appel à des compétences socialement construites comme féminines. On rejoint ici la distinction proposée entre « *caring of* » et « *caring for »* par Joan Tronto en 1989 (citée par Saillant, 1991) :

> *« on dira par exemple que l'homme démontre qu'il se préoccupe de sa famille en fonction du travail qu'il fait, des valeurs matérielles qu'il détient et accumule dans le but de veiller au bien-être des siens ; c'est ici le sens de caring of. Par ailleurs, la femme se préoccupera directement de sa famille par un ensemble de soins qu'elle dispensera de façon directe aux siens, selon le sens de caring for. […] La pratique des soins (caring for) […] implique une forme spécifique d'engagement moral ».* (*ibid.*, p16).

Dans une profession infirmière « traditionnellement féminine » (Bessière, 2005), qui compte aujourd'hui 88% de femmes, une proportion relativement stable, prendre ses distances avec cette vision naturalisante suppose de repartir de la relation de service vue comme une co-production entre prestataire et destinataire (voir § 2.1. ci-dessus). Cela permet de cerner une difficulté : comment des éléments qui se construisent dans l'interaction (avec le patient) peuvent-ils être « transmis » (entre un soignant ancien et un nouveau) ? Il en découle plusieurs autres interrogations : le destinataire (le patient) est-il présent ou non lorsque les « encadrants[2] » transmettent ? Participe-t-il à la transmission, au-delà du rôle, difficilement évitable, de « cobaye », qu'il joue au moins dans les premiers jours d'un apprentissage ? Enfin, que peut-on laisser voir au destinataire (à un patient), au sujet de ce qui se joue dans l'accueil ou la formation d'un nouveau ?

[2] Nous utiliserons de façon générique ce terme pour désigner toutes les personnes, quels que soient leur grade, leur statut et leur fonction, qui, à un moment donné, sont en situation de transmettre des savoirs à un collègue nouveau ou à un étudiant, donc « d'encadrer » la période d'arrivée de celui-ci.

Si les « nouveaux » sont des étudiants ou des jeunes diplômés, ces questions peuvent s'avérer d'autant plus délicates qu'elles recouvrent des enjeux en termes de culture de métier dans les différentes générations. Les valeurs de métier associées à la prise en charge du destinataire (d'un patient) peuvent avoir évolué d'une génération à une autre, en lien avec l'évolution de la société (vers la consommation notamment). C'est ainsi la considération du client (du patient) qui change et avec elle, le rôle et la posture des agents (des soignants) envers lui.

Du côté des soignantes, les plus anciennes d'aujourd'hui ont pu, notamment après les mouvements sociaux des années 80-90 (Kergoat, 1991), se démarquer des idéaux de dévouement hérités du passé religieux des hôpitaux. Mais par ailleurs elles ont élaboré, à leurs débuts, leur vision de la relation de soins dans un contexte moins contraint qu'actuellement : une moindre rotation des patients, une moindre pression financière, des tâches administratives moins accaparantes, etc. Elles peuvent alors se demander s'il s'agit d'initier les jeunes à des pratiques relationnelles intégrant les contraintes actuelles, ou à celles qu'il était possible de mettre en œuvre naguère, avec l'espoir que les jeunes parviennent tout de même à les préserver.

3. Des populations mouvantes

3.1. Contexte global

3.1.1. Evolution du contexte démographique

Dans les années 80-90, en France, les structures d'âge des entreprises montraient un resserrement autour des âges médians, du fait de la génération nombreuse du baby-boom, de l'arrivée tardive des jeunes dans la vie active et des sorties précoces des plus âgés (Molinié, 2001). Aujourd'hui, le contexte démographique a changé. Les premières générations du baby-boom ont atteint l'âge de la retraite, la part des cinquantenaires va encore être importante au sein des entreprises, mais des plus jeunes arrivent sur le marché du travail :

> *« coexistent souvent dans beaucoup d'entreprises, deux générations avec peu de salariés d'âges intermédiaires : l'une, relativement nombreuse et ancienne, a au moins 50 ans et a connu une certaine étape de l'histoire de l'entreprise et de ses conditions de travail ; une autre, plutôt jeune, récemment recrutée et moins nombreuse »* (Gaudart, Molinié et Pueyo, 2006, p 474).

Plus généralement, la prise en compte d'une population au travail marquée par une diversité devrait devenir l'un des axes majeurs des entreprises pour accompagner la transition démographique et économique en cours, notamment sous l'angle de la diversité des âges au

travail : tenir compte des spécificités qui se construisent dans le travail avec l'âge et aux différents âges, organiser la transmission entre générations, fidéliser des nouveaux aux parcours diversifiés (Gaudart et *al.*, 2008).

D'après les enquêtes de la DARES, si le thème du vieillissement est de plus en plus présent dans le débat public, il ne semble pas inquiéter outre mesure les entreprises, dont la réflexion sur le sujet reste limitée (Minni et Topiol, 2002). Ces auteurs, en exploitant les données de l'enquête ESSA[3], réalisée en 2001, relataient plusieurs éléments dans ce sens : près d'un responsable d'établissement interrogé sur deux n'avait jamais réfléchi au sujet du vieillissement de ses effectifs et guère plus d'un responsable d'établissement sur cinq déclarait avoir une idée précise de la situation à venir. De plus, la question du vieillissement des effectifs n'avait fait l'objet d'une réflexion globale au sein de l'établissement que dans 13 % des cas et, le cas échéant, les partenaires sociaux n'avaient été consultés qu'une fois sur deux. Enfin, seul un tiers des établissements de plus de 200 salariés, davantage confrontés au vieillissement des effectifs que les établissements de taille inférieure, déclaraient se préoccuper de ce sujet. En outre, parmi les établissements qui avaient embauché en 2000, près de 90 % avaient recruté un salarié de moins de 30 ans, et seulement un quart des établissements avaient fait appel à un salarié de 50 ans ou plus. Les auteurs précisaient que même s'il n'y a pas de discrimination avouée à l'encontre des plus âgés, de nombreux responsables continuaient à les stigmatiser à travers des stéréotypes relatifs à leurs compétences, attitudes et aptitudes au travail (Minni et Topiol, 2003).

Plus récemment, la DARES a mené une nouvelle enquête sur ce thème, selon un protocole voisin : l'enquête sur la Gestion des salariés de 50 ou plus (Defresne, Marioni et Thévenot, 2010). Il en ressort que la perspective d'une augmentation de la part des salariés de 50 ans et plus dans les années à venir suscitait moins d'appréhension en 2009 qu'en 2001, et le seuil moyen auquel un salarié est considéré comme « âgé » s'est relevé entre ces deux dates.

Cette même enquête donne un aperçu des avantages et inconvénients comparatifs entre jeunes et âgés du point de vue des employeurs. Les âgés sont réputés faire preuve d'une attitude plutôt négative face aux changements, et éprouver des difficultés à apprendre de nouvelles techniques. Des aptitudes physiques moindres sont évoquées aussi, mais de façon moins fréquente. Ces critiques sont toutefois contrebalancées par des qualités qui leur sont reconnues : l'expérience et le savoir-faire, la conscience professionnelle et la motivation. Les

[3] Enquête sur les Salariés Selon l'Age menée auprès de 3 000 établissements du secteur privé et semi-concurrentiel non agricole de 10 salariés et plus.

jeunes se voient reprocher une moindre disponibilité horaire mais sont jugés plus mobiles et plus adaptables.

3.1.2. Flexibilité, polyvalence, mobilité

Il est devenu courant d'affirmer que les individus devraient être en mesure de s'adapter aux évolutions, de changer d'activité professionnelle, d'emploi, voire de métier plusieurs fois au cours de leur vie active (Germe, Monchatre et Pottier, 2003) ;

> *« il est en effet devenu banal de demander aux individus de faire varier leur présence, leur disponibilité, leurs affectations, leur compétence (individuelle et collective) au gré des variations d'activité de l'entreprise, de ses contraintes économiques, industrielles, logistiques, etc. ou de ses aléas (internes ou externes) »* (Everaere, 2012, p 14).

Les entreprises ont recours à plusieurs modes de flexibilité dans la gestion de leur main-d'œuvre. Ceux-ci sont souvent utilisés de manière concomitante et font apparaître des « *stratégies de flexibilité* » (Bunel, 2006), en lien avec les caractéristiques structurelles des entreprises (taille, secteur) et les caractéristiques de la demande (ampleur, saisonnalité, prévisibilité et causes des fluctuations). Les modes de flexibilité les plus utilisés sont le recours aux contrats à durée déterminée, aux intérimaires, aux heures supplémentaires ou complémentaires, à la modulation-annualisation du temps de travail et à la polyvalence. D'autres modes, plus marginaux, existent également : le recours au chômage partiel, le décalage des vacances, l'échange de salariés entre employeurs, l'envoi de salariés en formation, la mise en préretraite (*id.*, p.14). L'inventaire de ces modes et stratégies de flexibilité des ressources humaines au sein des entreprises fait de nouveau ressortir que les individus, dans les modes de productions actuels, sont conçus essentiellement comme une « variable d'ajustement » : adaptables et interchangeables.

Plus récemment, Christophe Everaere (2012) a étudié ces dispositifs de flexibilité des ressources humaines en analysant leur compatibilité. Il propose de substituer à l'opposition classique flexibilité interne *vs* flexibilité externe, celle de flexibilité qualitative (stable) *vs* flexibilité quantitative (instable). Il ne regarde donc plus les dispositifs de flexibilité de la main-d'œuvre en distinguant les actions menées à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise, mais en examinant ce que cela implique en termes de stabilité nécessaire pour le développement des compétences. On retrouve dans la catégorie des modes de flexibilité quantitatifs ou instables : l'intérim, les CDD, le temps partiel, la flexibilité géographique, et la polyvalence fonctionnelle. Ceux-ci font appel à une population semblable, plutôt peu qualifiée. De son côté, la catégorie des modes de flexibilité qualitatifs appelle un niveau de compétences plus élevé, on y retrouve : l'élargissement des tâches (seconde forme de la

polyvalence), la sous-traitance de spécialités, l'externalisation, la reconversion et la flexibilité par valeur ajoutée dans le travail (soit la prise en compte du capital humain en termes de compétences individuelles et collectives développées par les salariés). Les formes de flexibilité quantitative sont très compatibles entre elles, voire quasiment substituables. En revanche, il est très difficile de concilier une flexibilité quantitative et une flexibilité qualitative :

> *« les intérimaires, CDD et salariés à temps partiel sont généralement peu ou pas qualifiés. À ce titre, ils ne bénéficient pas des efforts de formation consentis par les entreprises. Dit autrement, les entreprises investissent peu dans ce capital humain temporaire, instable et pauvre en qualification. Ces ressources humaines précaires ne sont pas en mesure de prendre en charge des situations de travail complexes qui nécessitent des connaissances pointues, de l'expérience, des capacités d'autonomie, de la créativité, une maîtrise profonde des outils de travail, des process, des produits ou des services à délivrer. Leur instabilité dans l'entreprise (contrats de travail temporaires et/ou présence diffuse à temps partiel) les éloigne des logiques de montée en compétence individuelle et collective par le biais des formes de coopération et de travail collectif »* (*ibid.*, p 28).

D'après Anne Mansuy et Loup Wolff (2012), les contrats à durée déterminée touchent 9,6 % de la population salariée, l'intérim 2,1 % et l'apprentissage 1,5 %. Ces types de contrats reviennent majoritairement aux salariés les plus jeunes. Sur les 3 millions de salariés travaillant en 2010 sous ces types de contrat, plus de la moitié a moins de 29 ans, et plus d'un tiers moins de 24 ans. Ces proportions étaient moindres en 2003. Cette évolution est notamment due au développement rapide de l'apprentissage : de 241 000 en 2003, le nombre d'apprentis est passé à 338 000 en 2010.

Les entreprises prônent par ailleurs la polyvalence et la mobilité de leur main-d'œuvre. Or ces notions sont complexes voire ambiguës car elles recouvrent plusieurs acceptions possibles et ont pour conséquence directe pour les salariés de développer davantage des parcours individualisés, ponctués de ruptures (dans l'emploi ou dans le travail), de trajectoires et itinéraires professionnels diversifiés, ce qui nécessite des réflexions sur l'accès à l'emploi, sur le maintien dans l'emploi en lien avec l'obligation de mettre en place des parcours professionnels et de formation tout au long de la vie.

La notion de polyvalence, par exemple, prend en compte à la fois la variété des tâches et la variété des affectations. Christophe Everaere (2008), dans le prolongement de sa typologie des flexibilités, juge ces deux acceptions de la polyvalence contradictoires :

> *« la contradiction entre les deux conceptions de la polyvalence tient au fait que la variété des tâches est compatible avec la compétence et l'expertise mais à la condition sine qua non de disposer d'une relative stabilité dans un poste ou plutôt dans une situation de travail donnée. En revanche, la variété des affectations d'un poste ou d'une fonction à l'autre a pour effet de dégrader cette compétence, en empêchant le processus d'apprentissage nécessaire à la maîtrise de chacun des postes ou de chacune des fonctions concernées. Ou alors, mais ce n'est que la confirmation d'un lien contradictoire entre mobilité d'affectation et compétence, la polyvalence par mobilité d'un individu d'un poste (ou fonction) à l'autre, n'est possible que si le niveau d'exigence en termes de compétences, d'autonomie et de responsabilité est faible »* (*ibid.*, p 5).

La notion de mobilité recouvre pour sa part différents types de situations de changement d'emploi : à l'intérieur d'une même entreprise (mobilité interne), d'une entreprise à une autre entreprise (mobilité externe). Cependant, une autre configuration existe, les situations où les individus passent par une situation de chômage, « mobilité par le chômage ». En outre on distingue également, dans la littérature, la mobilité professionnelle correspondant aux éléments que nous venons de présenter, de la mobilité fonctionnelle, qui de son côté est appréhendée à travers la formation continue.

Jean-François Germe, Sylvie Monchatre et François Pottier (2003) donnent quelques précisions sur les évolutions des mobilités professionnelles depuis 20 ans. Celles-ci touchent ainsi non seulement les jeunes en phase d'insertion, mais également les plus âgés, qui apparaissent de moins en moins protégés par l'ancienneté acquise. De plus les disparités se sont creusées au cours des dernières décennies. Celles-ci ne proviennent pas des passages d'emploi à emploi, mais de la croissance des passages par le chômage qui touche surtout les non qualifiés. Près de 50% des mobilités s'effectuent aujourd'hui, d'une année sur l'autre, entre chômage et emploi contre seulement 20% au milieu des années 1970 (Aravis, 2010).

Les dispositifs de formation professionnelle ont, en principe, parmi leur objectifs d'accompagner ces parcours plus instables. La loi de 1971, en imposant aux entreprises de financer la formation continue de leurs salariés, visait à donner à tous l'accès à la formation, réduire les inégalités en termes de formations initiales, et favoriser la mobilité fonctionnelle. Or, le constat n'est pas celui attendu (Fournier Ch, 2003). En effet, selon notamment l'âge, le niveau de formation initiale, la profession et catégorie socioprofessionnelle et la taille de l'entreprise, l'opportunité de suivre une formation se présentera plus ou moins :

> *« au moment de l'entrée dans la vie active, les personnes les moins bien dotées scolairement accèdent aux emplois les moins favorables en termes de catégorie, de statut, de salaire et de temps de travail. La justice élémentaire voudrait*

qu'elles bénéficient au cours de leur vie professionnelle de formations plus nombreuses et plus consistantes afin de tenter d'améliorer leur situation. Or, c'est l'inverse qui se produit : la formation va aux plus qualifiés. 54 % des cadres et 45 % des salariés exerçant une profession intermédiaire effectuent au moins une formation par an, contre seulement 29 % des employés et 20 % des ouvriers. Le niveau de qualification s'impose comme le facteur prépondérant de l'accès à la formation continue... et l'âge joue comme facteur aggravant » (*ibid.*, p 1).

3.2. Des populations mouvantes à l'hôpital

3.2.1. Contexte démographique du secteur hospitalier

Dans la période de 1990 à 2005, la croissance des effectifs des professionnels de santé a été, on l'a dit, plus rapide que pour les autres actifs en emploi, et par conséquent le vieillissement moins marqué. Toutefois, ces tendances ont été variables d'une catégorie professionnelle à une autre : faible croissance et vieillissement plus marqué chez les médecins ; forte croissance des effectifs chez les aides-soignantes et les infirmières entre 1990 et 2005, soit respectivement +60% et +49% (Billaut et *al.,* 2006).

Selon Olivier Chardon et Marc-Antoine Estrade (2007) il existe des difficultés dans le recrutement des médecins avec une légère baisse des effectifs : le nombre de jeunes diplômés ne suffira pas à combler les nombreux départs en fin de carrière d'ici 2015. Concernant les infirmières diplômées d'état et les sages-femmes, 123 000 départs étaient prévus entre 2005 et 2015 (soit 27% par rapport à l'effectif de 2005), 78 000 nouveaux postes seraient nécessaires, soit 201 000 postes à pourvoir entre 2005 et 2015.Concernant les aides-soignantes, le besoin en postes devait être important, particulièrement pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, à domicile et en établissement : 109 000 devaient partir entre 2005 et 2015 (soit 23% par rapport à l'effectif de 2005), 149 000 créations de postes seraient nécessaires pour la même période, soit 258 000 postes à pourvoir entre 2005 et 2015.

Pour les infirmières, la tendance passée (à la différence des autres métiers de la santé) a été un important vieillissement de cette population : 4 années en moyenne de plus entre 1990 et 2005, du fait, entre autres, de la baisse des quotas de formation amorcée en 1984. Les tendances actuelles et à venir sont très différentes. On note :

- un rajeunissement qui s'amorce avec l'arrivée de promotions plus nombreuses du fait de l'augmentation des quotas de formation à partir de 1993 ; la croissance des effectifs s'annonce durable ;

- des départs à la retraite qui ont commencé et vont s'amplifier fortement dans un futur proche avec la cessation d'activité des générations nombreuses du baby-boom ;

- des infirmières quinquagénaires encore en nombre important et dont les effectifs devraient être encore croissants pendant au moins une décennie, puisque les 40-44 ans et les 45-49 ans représentent aujourd'hui les classes d'âge les plus nombreuses.

Les métiers d'aides-soignantes et d'infirmières sont donc marqués tout à la fois par une augmentation probable et importante de leurs effectifs et un fort renouvellement de leurs populations. Or les évolutions des métiers dont l'ouverture est régulée par des quotas dépendent fortement de la capacité à attirer en nombre suffisant des jeunes vers les filières de formation. Cela pourrait s'avérer difficile dans un contexte où ces métiers sont marqués par des conditions de travail difficiles et des sous-effectifs chroniques.

3.2.2. Des enjeux de recrutements et de fidélisation du personnel

Selon les études existantes sur la profession d'infirmière en termes de trajectoires professionnelles (Barlet et Cavillon, 2011), les entrées en première année en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) sont limitées par des quotas qui ont fortement augmenté depuis une dizaine d'années : ils sont passés de 18 436 en 2000 à 26 436 en 2001, pour atteindre 30 00 en 2003. Or depuis 2003 (date de la deuxième réévaluation à la hausse des quotas), le constat a été fait d'un écart moyen de moins 8% entre les nouveaux entrants en institut de formation et le quota national. Ainsi même si le nombre d'inscriptions en première année de formation a augmenté de 28% entre 2000 et 2008, il reste inférieur au quota fixé au niveau national. Par ailleurs, cet écart est plus ou moins marqué suivant les régions.

Parallèlement, on observe une forte déperdition entre le nombre d'inscriptions en première année et l'obtention du diplôme trois ans plus tard : ils ne sont que 80% à obtenir leur diplôme (*ibid.* ; Billaut et *al.,* 2006 ; Marquier, 2006) : certains étudiants ont redoublé ; d'autres ont échoué à l'examen ; certains partent en fin de première année pour obtenir le diplôme d'aide-soignant ; d'autres enfin abandonnent en cours d'études. Les auteurs proposent entre autres l'explication suivante : en augmentant les quotas on sélectionne des étudiants qui n'ont pas forcément les prérequis pour suivre la formation.

Selon une enquête réalisée dans les IFSI d'Ile de France entre mai 2008 et mars 2009 (Estryn-Behar, Guetarni, Picot et Bader, 2010), les modalités de départ correspondent davantage à des interruptions qu'à des abandons définitifs ou à des départs à la demande de l'IFSI. Trois raisons principales d'abandon sont évoquées par les étudiants, dans un ordre décroissant : les difficultés de réaliser un travail de qualité sur les terrains de stages, avec comme éléments les plus cités « *le décalage entre l'apprentissage et la réalité du terrain* »,

« *la peur de commettre des erreurs* » et « *le manque de temps pour les soins aux patients* » ; les difficultés psychosociales du travail, avec comme éléments cités « *trop de responsabilités* », « *la dégradation des conditions de soins aux patients* », et « *le manque de soutien psychologique* » ; enfin, des conditions d'encadrement inadéquates en stage avec comme éléments cités « *l'étudiant utilisé hors de sa compétence et de son stage* » et « *soignant référent peu disponible* ».

En ce qui concerne les personnels diplômés maintenant, on observe une augmentation forte de la mobilité des infirmières (Audric et Niel, 2002 ; Marquier, 2005), qui pose le problème de la « fidélisation » du personnel à la recherche des conditions de travail les plus attractives (Gonon, 2003). D'après François-Xavier Schweyer (2009) l'attractivité d'un établissement ne tient que pour partie à la rémunération et aux modalités de gestion du personnel. La nature des activités, une équipe complète et solidaire, l'organisation du temps de travail sont des éléments déterminants et qui ne dépendent pas du statut juridique des établissements mais plutôt de leur management interne et des exigences liées à leur environnement. Selon le même auteur,

> *« le discours sur la moindre mobilisation des jeunes, qui auraient un comportement de donnant-donnant, plus soucieux de l'équilibre de leur vie professionnelle que de l'engagement au sein d'une équipe, traduit chez les aînés la perception de ce risque. Le comportement prêté aux jeunes paraît assez logique quand le contrat de travail n'ouvre plus sur l'horizon d'une carrière, dans une temporalité longue et une logique collective. On peut y voir aussi l'expression d'une réalité sociologique plus profonde qui est que l'intégration dans un collectif de travail est un investissement long et que l'apprentissage auprès des aînés se fait au prix d'échanges, d'allégeance, de constance, de loyauté. Il faut payer le prix. C'est d'ailleurs pourquoi les cadres de proximité insistent beaucoup sur l'accueil des nouveaux comme gage de fidélisation »* (ibid., p 742).

Par ailleurs, Madeleine Estryn-Behar, Carine Jasseron et Olivier Le Nézet (2006) précisent que les conditions de travail difficiles conduisent un tiers du personnel paramédical à abandonner sa carrière en cours de route ; ce qui s'avère considérable par rapport à beaucoup d'autres professions. Selon les chiffres de 2003 de la CNRACL[4], 24% des aides-soignantes partent avant 55 ans, 30% des infirmières, et 27% des infirmières spécialisées.

Enfin, l'augmentation du nombre de CDD, le recours à l'intérim, suggèrent une évolution de la gestion du statut de la main-d'œuvre, mais les données générales sur les recrutements et

[4] Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales

les mobilités d'emploi manquent pour conclure à l'échelle de la fonction publique hospitalière (Schweyer, 2009). Il en est de même, à notre connaissance tout au moins, concernant la mutualisation des ressources humaines au sein des établissements. Celle-ci participe davantage à ce que les équipes soignantes ne soient pas stables (Gaudart et Thébault, 2008).

3.2.3. La diversification des horaires : un facteur supplémentaire d'instabilité des équipes

Nous mentionnons ici un facteur d'instabilité qui n'est pas du même ordre que les précédents, mais qui joue à l'hôpital un rôle important. Maintenir la « production des soins » 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, nécessite la mise en place d'équipes soignantes en continu. Il existe différentes formes d'organisation des horaires des équipes soignantes suivant les établissements, les services. La durée des vacations n'est pas identique partout, les personnels ne sont pas forcément en horaires fixes sur une vacation (matin, après-midi, nuit), certains peuvent être en horaires diurnes, d'autres en horaires nocturnes, et enfin d'autres alterner entre les deux. Il se peut que cela soit « habituel », c'est le fonctionnement « normal », ou alors « exceptionnel et temporaire » en fonction des besoins des services. Ainsi les équipes soignantes de recomposent à chaque quart de travail (Bouffartigue et Bouteiller, 2006 ; Toupin, 2006, 2008).

3.3. Incidences possibles de l'instabilité des personnels sur la transmission

De même que les changements constants d'organisation (§ 1.3. ci-dessus), les multiples formes d'instabilité des personnels créent *a priori* autant d'occasions de rencontres entre des soignants d'expériences diverses, et d'importants besoins d'échanges de savoirs, dont dépend fortement la prise en charge des destinataires (des patients). Chaque départ, chaque arrivée pourrait justifier l'effort de délivrer (pour les uns), et s'approprier (pour les autres), des connaissances spécifiques. Leur fréquence exigerait que l'environnement de travail s'y prête mais, pour des raisons évoquées, et d'autres sur lesquelles nous reviendrons, les conditions favorables semblent rarement réunies.

Les mouvements incessants de personnels ont en tout cas une influence importante sur les modalités de transmission. Les populations des « encadrants » et des « encadrés » sont toutes deux marquées par une forte diversité des anciennetés et des parcours. Cette diversité peut avoir des effets ambivalents. D'un côté elle peut accroître la richesse des échanges ; d'un autre côté elle en accroît la complexité. Il peut se trouver par exemple qu'une même équipe accueille plusieurs nouveaux en même temps (y compris des cadres ou des médecins). Un cas extrême, problématique, est celui où les à-coups dans l'affectation des soignants amènent l'un

d'eux à se retrouver en position d'encadrant alors même qu'il est récemment arrivé et que son propre apprentissage s'est trouvé écourté.

Une autre conséquence possible de la mobilité, érigée comme principe, est de raccourcir les temps de présence de chacun, les coprésences dans les binômes et les collectifs. L'encadrant serait ainsi amené à partager ses savoirs avec un collègue dont il ne connaît pas bien le passé professionnel, et dont il ignore le devenir – une incertitude que ledit collègue partage d'ailleurs. En pareil cas, tous deux sont appelés à se côtoyer pour une période indéterminée, et en outre ni l'un ni l'autre ne sait si l'encadré fera bientôt et directement usage des connaissances acquises, lors de ses prochaines affectations. Un tel contexte ne favorise pas un plein investissement, de l'encadrant notamment. L'encadré, lui, peut être désireux à la fois de rencontrer de nouvelles situations pour accroître son expérience, et de « se poser » pour consolider ses acquis.

Par ailleurs, les éléments que nous avons présentés concernant une conception de la main-d'œuvre flexible vue comme « variable d'ajustement », mènent à une sous-estimation des savoirs et savoir-faire spécifiques à chaque service, chaque technique, chaque forme d'organisation, chaque type de patient. Les soignants peuvent être considérés comme plus ou moins interchangeables, susceptibles de passer d'une tâche à une autre du jour au lendemain, et d'être remplacés au pied levé. Il est alors plus difficile de faire valoir l'idée que la transmission appelle une mobilisation de l'expérience de chacun, dans toute son épaisseur.

Ce faisceau de préoccupations est d'autant plus prégnant que la transmission, à son tour, peut rétroagir sur la stabilité ou l'instabilité des personnels. Si elle échoue, ou déçoit, cela pourra renforcer les départs ou les renoncements chez les nouveaux. Si elle se déroule dans de bonnes conditions, elle est au contraire perçue comme un facteur important de fidélisation. La transmission peut donc servir elle-même à combattre ce qui lui fait obstacle.

4. Une organisation bâtie sur l'injonction d'autonomie des salariés

4.1. Un travail moins prescriptible, l'injonction de « se débrouiller »

Faire face à la diversité, l'instabilité, la variabilité des demandes et des exigences des clients nécessite, on l'a vu, une réactivité et une flexibilité constantes. Le caractère moins prédictible des systèmes de production oriente le travail du côté de l'imprévisible, de la gestion des incidents (Zarifian, 1995). La prescription ayant « cessé d'être claire et univoque » (Pastré, 1999, p 11), les entreprises voient un intérêt grandissant à placer au cœur du travail l'autonomie, l'initiative et la créativité des individus. On assiste ainsi à des « transformations de la prescription » (De Coninck, 2005). Les salariés sont appelés à

s'investir dans les projets et objectifs de l'entreprise. On leur demande une mobilisation accrue dans toutes leurs dimensions physique, cognitive, psychique et subjective pour prendre en charge ce qui n'est pas prescriptible par les organisateurs du travail, d'autant plus dans les relations services, où ce qui est produit est « immatériel » (du Tertre 2005).

Depuis quelques décennies déjà le constat a été fait que « le travail se dérobe à la prescription », que la « tâche à exécuter est de moins en moins explicitée », que « les tâches officielles comportent de l'implicite », en référence à la notion de « tâche attendue », que « les modèles utilisés par ceux qui définissent officiellement le travail au travers de prescriptions peuvent être incomplets ou incohérents » et qu'ainsi « ce qu'attend l'encadrement c'est moins le respect de la règle que la réalisation des objectifs de production : c'est cela que recouvre la notion d'obligation implicite » (Chabaud, 1990). Ainsi, dans toute situation de travail, les opérateurs doivent nécessairement faire appel à leurs propres ressources individuelles et collectives, pour répondre « malgré tout » aux objectifs.

L'écart entre le travail prescrit et le travail réel est aujourd'hui admis par les prescripteurs lorsqu'ils tentent de le combler par des injonctions à l'autonomie, à la responsabilité et à la prise d'initiative, lorsqu'ils font une « *prescription de subjectivité* » (Clot, 1999, 2001a) dans une politique du « débrouillez-vous ». L'apport des salariés à la prescription pour que le travail soit « efficace » est aujourd'hui réclamé. On pourrait facilement penser que cela représente un avantage pour eux, mais il en va autrement. En effet, cette situation implique pour les opérateurs de décider par eux-mêmes les façons de procéder, « l'élaboration des critères de décision est laissée à l'initiative des opérateurs » (Chabaud, 1990, p 178). Le travail est aujourd'hui prescrit sous forme de « mission » (De Terssac, 1992), de « *tâche discrétionnaire* » (Maggi, 2003, p 123) : « avec la discrétion on passe des tâches qui imposent de ne pas choisir à des tâches qui imposent choix et décisions », où l'initiative et la responsabilité sont imposées. On assiste alors à une gestion individualisée du travail (Vendramin, 2007) et des responsabilités. Ainsi s'élabore l'organisation du travail à « *prescription floue* » que Gaudart et *al.* (2008), reprenant les réflexions de Marcelle Duc (2002), synthétisent ainsi :

> *« (la prescription floue) ressemble à une organisation qui n'aurait pas tranché entre deux modèles opposés (prescription taylorienne vs flexibilité) et qui, au final, se donne l'opportunité de choisir l'un ou l'autre, l'un et l'autre en fonction des événements, sans pour autant prendre la mesure des conséquences pour ceux censés l'appliquer »* (Gaudart et al., 2008, p 6).

Marie-Anne Dujarier (2006a) dans son étude réalisée dans deux services de production de masse, précise qu'une « activité de médiation des contradictions » par manque d'un « travail d'organisation » (terme que l'auteure emprunte à Gilbert de Terssac, 2003), se déploie dans

plusieurs espaces sociaux et temps de la production. Cela se traduit, selon elle, par le fait que ce sont les individus du niveau le plus bas dans la hiérarchie qui se retrouvent dans la situation de devoir gérer les tensions entre les différentes sources de prescriptions, souvent contradictoires entre elles, tensions que les niveaux supérieurs n'ont eux-mêmes pas gérées. Les six niveaux identifiés par l'auteure sont les suivants : le travail d'organisation de nature politique, de nature gestionnaire, au niveau des « managers », au niveau du « centre opérationnel », enfin le travail d'organisation au sein de l'interaction avec le client, et le travail d'organisation de son propre travail dans des arrangements avec soi-même. Ainsi, le travail réalisé de chaque niveau constitue le travail prescrit du niveau inférieur, il s'agit alors d'une « délégation de responsabilités de choix et de gestion des contradictions » ; « l'évitement successif du travail d'organisation dessine alors une division sociale du travail d'organisation dans laquelle le travail de médiation des contradictions est chaque fois évité, repoussé et « refilé » jusqu'au dernier niveau : celui du professionnel qui doit répondre au client qui lui fait face » (Dujarier, 2006b, p 133).

De plus, cette auteure précise que les prescriptions détiennent un « caractère abstrait et idéal » et reposent parfois sur un ensemble de « promesses de nature morale » (Dujarier, 2006a, p 81) comme dans l'exemple des prescriptions présentes dans les établissements de gériatrie où les limites humaines – la souffrance, la douleur, la mort – qui sont l'objet même du travail en gériatrie, ne sont plus acceptées. Les prescriptions visent ainsi un idéal et se traduisent par des attentes de perfection de la part des salariés.

L'autonomie définie comme la « capacité de produire et de choisir ses propres règles, donc comme la capacité de gérer ses propres processus d'action » ainsi prescrite, ne semble être qu'une « fausse autonomie » (De Terssac et Maggi, 1996, p 250) car « elle est encapsulée dans les blancs laissés par les règles de contrôle » ; il s'agirait donc davantage d'un « espace de discrétion » car cette « autonomie » est définie de l'extérieur, inscrite dans un espace prédéfini, où les comportements sont de fait prescrits pour obtenir un résultat. L'autonomie ainsi accordée aux salariés semble alors un leurre, une « ruse du management pour s'assurer de l'implication des salariés, le travail en définitive se révèle pour ce qu'il est : aliénant » (Cousin, 2009, p 6).

4.2. Les missions « floues » à l'hôpital

A l'hôpital, le caractère « discrétionnaire » des tâches découle des évolutions générales que l'on vient de rappeler, et revêtent aussi des spécificités propres au secteur. Deux d'entre elles ont déjà été évoquées à propos des deux facteurs dont traitaient les premiers paragraphes de ce chapitre. D'une part, les exigences financières et organisationnelles stimulent l'injonction au changement permanent, ce qui déstabilise les organisations comme les

prescriptions (voir § 1.2. ci-dessus). D'autre part, la relation de soin, et notamment sa dimension relationnelle, échappent largement à la prescription (voir § 2.2. ci-dessus). Nous allons développer ici un troisième aspect qui correspond à la définition de certains métiers du soin.

Le travail hospitalier relève en effet d'une réélaboration récurrente des formes de la division du travail. A commencer par la délimitation des rôles respectifs du médecin et de l'infirmière que Francine Saillant (1991, p 18) assimile en partie à la polarisation entre *cure* et *care* : « le pouvoir médical s'est constitué historiquement en séparant les activités d'entretien de la vie *(care*), de celles qui sont de l'ordre de la réparation instrumentale du corps malade *(cure)* ». Françoise Acker et Anne-Marie Arborio (2004) précisent que pour les infirmières, il s'agit de chercher à désimbriquer la fonction soignante de la fonction médicale, et à montrer que leur fonction ne se limite pas à la seule exécution d'un travail prescrit.

Cette élaboration a été jalonnée par la parution de plusieurs décrets : 1993, 2002, 2004. Jusqu'au décret de 2004, les actes professionnels et les règles professionnelles étaient séparés. Le décret de 1993 avait fixé les règles et les devoirs généraux des infirmiers (respect de la dignité, du secret professionnel, confidentialité), les devoirs envers les patients (respect du patient, principe de non-discrimination, continuité des soins etc.) et les règles de confraternité entre professionnels. De son côté, le décret de 2002 distinguait trois cas d'intervention de l'infirmière : rôle propre de l'infirmier, intervention sur prescription médicale et intervention en collaboration avec le médecin.

> *« relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires »* (extrait du code de la santé publique, Art R.4311-3).

Aujourd'hui, l'ensemble des dispositions relatives à l'exercice de la profession infirmière est regroupé dans un seul texte. Désormais, le décret ne distingue plus d'un côté l'aspect technique de la profession et de l'autre, les devoirs envers le patient. La relation avec les patients est présentée comme allant au-delà du geste technique en termes de « *prise en charge globale* », sans toutefois que les informations présentes dans ce décret de compétences soient éclairantes sur le « comment faire ». Son objectif ambitieux, en même temps que la formulation très générale (voire « idéale » au sens de M.-A. Dujarier) de plusieurs de ses articles, font du décret de 2004 un exemple intéressant « *d'autonomie prescrite* ».

De même que les médecins délèguent certains actes techniques aux infirmières, celles-ci en tant que catégorie supérieure ont délégué aux aides-soignantes une partie de leurs tâches, qu'Anne-Marie Arborio (1995 ; 2010) désigne sous le terme de « *sale boulot* ». Par rapport aux infirmières, les aides-soignantes représentent une catégorie relativement récente dans l'histoire des hôpitaux. Ce grade a été créé en 1949 avec l'idée qu'il serait provisoire. Au contraire, il s'est pérennisé avec la mise en place en 1956 d'un certificat d'aptitude, puis en 1996 avec la mise en place d'un diplôme professionnel. Comme le rappelle l'auteure, les tâches qui reviennent aux aides-soignantes sont très diverses : fonction d'hébergement de l'hôpital (service des repas, ménage autour des malades), assistance aux malades dans leurs gestes quotidiens (faire la toilette, vider les bassins, les aider à se rendre aux toilettes, les aider à téléphoner, etc.) ou surveillance quotidienne de leur état de santé (recueil des urines, relevé des températures ou simples coups d'œil dans la chambre), etc. Là aussi, les tâches comportent un volet technique plutôt bien identifié, et un volet relationnel, la part de *care* dévolue aux aides-soignantes, dont l'ampleur, les contours, les formes de mise en œuvre restent assez largement à l'appréciation des personnels.

Ainsi, les métiers d'infirmière et d'aide-soignante, leurs fonctions et leurs activités sont à la fois règlementés et « *mouvants* » (Acker et Arborio, 2004 p 650). Depuis longtemps déjà ces personnels sont soucieux de faire reconnaître leur spécificité sociale et institutionnelle, et de revaloriser l'image traditionnelle de leurs professions. En France, les mouvements infirmiers au tournant des années 90, en ont témoigné avec notamment comme slogan « *ni bonnes, ni nonnes, ni connes* »[5] (Kergoat, Imbert, Le Doaré et Sénotier, 1992). De plus,

« les infirmières, en s'identifiant au pôle soins de la profession, qui est en fait l'espace réel d'autonomie dont elles disposent, se trouvent du coup à mettre de l'avant l'importance de « la relation au malade », de « l'humanisation », de « leurs capacités relationnelles », et par conséquent, les exigences morales des soins » (Saillant, 1991 p 23).

L'approche sociologique rejoint ici les constats des ergonomes et psychologues du travail sur « l'invisibilité » de certaines tâches, telle celle de dépistage, et/ou celle de soutien aux patients et à leur entourage ; tâches pourtant très présentes dans leur activité au quotidien (Cloutier et *al.,* 1999 ; Molinier, 2000, 2010). On peut penser que ces défauts de visibilité, les tâtonnements de la construction sociale des métiers, et le flou de la prescription des tâches pour chacun d'eux, ne cessent d'interagir.

[5] Ce slogan a connu une récente adaptation. Un collectif de soignants pour la défense de la santé « *ni bonnes, ni nonnes, ni pigeonnes* » (nb3np) s'est constitué au cours de cette année 2013 et a manifesté à Paris le 12 Mai, à l'occasion de la journée internationale des infirmières.

Au total, à l'hôpital, l'organisation du travail « ne semble guère pensée par la hiérarchie, ni d'ailleurs par les agents. Le travail d'articulation des différentes dimensions de prise en charge des patients est, de fait, assuré par les soignantes mais sans être pensé comme un réel travail » (Acker, 2004, p 64).

4.3. Incidences possibles d'une prescription floue sur la transmission

Le caractère discrétionnaire des tâches a toutes chances de se retrouver dans le contenu des savoirs transmis, en renforçant leur variabilité et en accroissant la place prise par les connaissances informelles issues de l'expérience individuelle et des collectifs de travail. Cette situation peut donc être marquée par plusieurs facteurs d'incertitude. L'accueil et la formation des nouveaux constituent souvent une tâche attendue – à l'hôpital c'est même une partie du référentiel métier des infirmiers et aides-soignants – mais son organisation et ses modalités de mise en œuvre restent à la charge des professionnels.

Il est donc plausible que les encadrants s'interrogent tout à la fois sur la pertinence des choix qu'ils effectuent dans les contenus à transmettre et sur la légitimité de leur acquisition par les nouveaux, compte tenu du grade de ceux-ci, de leur âge, leur ancienneté, leur parcours antérieur – et aussi leur itinéraire à venir, en général peu balisé. En outre, s'il s'agit souvent de savoirs fortement incorporés ; leur expression, notamment verbale, pourrait ne pas être aisée.

Du côté des nouveaux, le flou des prescriptions du travail les confronte à une ample diversité d'options, surtout s'ils ont à faire avec plusieurs encadrants. Eux aussi dès lors, vont devoir opérer des sélections et des combinaisons dans les indications reçues, parmi lesquelles l'injonction d'apprendre à se débrouiller peut occuper une large place.

Ajoutons à tout cela le fait que dans un univers de travail mouvant, comme celui de l'hôpital, la mise en place concrète des situations de transmission (leur moment, leur lieu, leur durée, leurs outils, etc.), elle-même peu prédéfinie en termes d'objectifs et de moyens, va requérir un « travail d'organisation » de la part des agents. Il s'agira pour eux de construire des « espaces », au sein même de l'activité de production, pour aménager les conditions de la transmission.

5. Un travail plus contrôlé

5.1. L'expansion des « outils de gestion »

Parallèlement à l'autonomie et l'engagement des opérateurs convoqués par les entreprises (dont nous avons parlé dans le § 4.1.), celles-ci cherchent à « garder le contrôle » de la production, en renforçant les procédures visant à exercer ce contrôle. La « *maladie de la gestion* » est décrite comme une véritable épidémie dans des secteurs de plus en plus larges (De Gaulejac, 2005, p 9). Le caractère continu du changement amène à créer des structures de travail et des règles de gestion toujours provisoires et expérimentales (Brown et Eisenhart, 1997, cités par Alter 2003). On assiste ainsi à un développement important de la logique gestionnaire (gestion de la production, de la qualité, des flux, des risques, des individus, etc.) ainsi que des pratiques managériales (management participatif, par projet, par objectifs, « *re-engineering* », management par les compétences). Ces stratégies managériales consistent de plus en plus à prescrire le travail sous forme d'objectifs de performance à atteindre (qualité, délais, sécurité, etc.) adossés à des critères et indicateurs de performance. Elles vont même jusqu'à provoquer la compétition entre équipes (« *benchmarking* ») ou entre individus d'une même équipe (« *challenge* »). Ces critères et indicateurs servent également aux évaluations individuelles et collectives des travailleurs et sont en lien avec des incitations financières au rendement.

Or les prescriptions que les opérateurs doivent prendre en compte dans leur activité ne proviennent pas uniquement de la hiérarchie. D'après Daniellou (2002), on passe d'une conception de la prescription comme « injonction de faire émise par une autorité » à une approche en termes de prescriptions multiples, « pressions diverses exercées sur l'activité de quelqu'un, de nature à en modifier l'orientation ». Frédéric De Coninck (2005) insiste de son côté sur la dissémination des sources de prescription qui prive les salariés de points de repères et renforce paradoxalement le « flou » (Cf. § 4.1.) et la confrontation à des injonctions contradictoires.

Une classification des sources de prescription a été réalisée par Six (1999 ; 2002), dans le cadre d'une recherche dans le secteur du BTP. L'auteur différencie les prescriptions « *descendantes* », venant de la structure organisationnelle, des prescriptions « *remontantes* », venant de la matière, du vivant, du psychisme, présentes simultanément dans une situation de travail. Les prescriptions « descendantes » correspondent à ce que Schwartz (2000 ; Schwartz et Durrive 2003) appelle « *les normes antécédentes* », c'est-à-dire tout ce qui préexiste à un opérateur, indépendamment de lui. La question qui se pose au travailleur concerné n'est alors pas seulement de respecter ou non la prescription émanant de sa hiérarchie : « travailler, c'est mettre en débat une diversité de sources de prescription, établir des priorités, trier entre elles,

et parfois ne pas pouvoir les satisfaire toutes tout le temps » (Daniellou, 2002, p 11). Yves Schwartz (2000) parle ainsi de « *débat de normes* » entre les « normes antécédentes » et les propres normes de vie de chacun.

Une fois le travail réalisé, les entreprises cherchent à le mesurer et l'évaluer par la mise en place d'« *outils de gestion* » (Moisdon, 1997, 2005). Dans les situations de service l'évaluation se réalise avec les mêmes critères que ceux utilisés dans le domaine industriel. Les entreprises se servent pour cela des moyens de production qu'elles ont mis en place, notamment les outils informatiques, pour évaluer un nombre de dossiers traités, le temps mis pour chaque dossier, ou le temps passé auprès de chacun des clients.

Mais les auteurs que nous citons ici soulignent combien ces outils sont pauvres en éléments d'appréciation sur le contenu même de ces réalisations et surtout sur la complexité des objets traités. Les « critères » élaborés donnent alors peu d'information sur le service rendu, sur la qualité de la relation de service réalisée. L'évaluation se heurte à une difficulté majeure liée à la dimension singulière des situations de service, à la présence du client dans le processus de production. Christian Du Tertre (2005) rappelle ainsi que contrairement au domaine de l'industrie, la qualité de service n'est pas un état stabilisé dont on détermine les composantes en amont de sa production. François Hubault et Fabrice Bourgeois (2002) insistent, pour leur part, sur le fait que le concept de relation de service signe l'irruption et la reconnaissance de la subjectivité dans le champ économique. Il restera toujours une « part » de la performance qui ne pourra pas être évaluée. En outre les procédures de contrôle tentent de cadrer l'activité des opérateurs en standardisant, par exemple, leurs possibilités d'action via l'inscription dans les outils informatiques (NTIC), ou en standardisant leurs comportements via des scripts comportementaux et/ou verbaux dans les situations d'accueil.

Tout cela fait ressortir un paradoxe fort : les entreprises prescrivent l'autonomie sous contrainte ; une évolution dont les grands dispositifs statistiques rendent compte. Les marges de manœuvre des salariés dans leur travail ont eu tendance à se restreindre entre 1998 et 2005, à l'inverse des années 1991-1998 (Bué, Coutrot, Hamon-Cholet, Vinck, 2007). De plus en plus de salariés déclarent « *recevoir des indications précises* » sur les modes opératoires, et ne pas pouvoir « *choisir eux-mêmes la manière de procéder* ». Ils sont aussi de plus en plus nombreux à ne pas être autorisés à régler les incidents eux-mêmes, sauf dans certains cas précis.

5.2. L'hôpital atteint de « gestionnite »

A l'hôpital, un premier facteur d'expansion des outils de gestion et de contrôle[6] est la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A, voir §1.2). Celle-ci se traduit par un effort constant pour recueillir des indicateurs comptables concernant les actes effectués. En parallèle à cette recherche de réduction des coûts financiers, se sont développées des procédures formalisées qui visent aussi bien à suivre la charge de travail des services qu'à faire respecter des normes de qualité.

L'ANDEM[7] créée en 1990, puis la loi hospitalière de 1991, ont affirmé la priorité de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'accréditation se fonde sur des référentiels, composés de normes, recommandations ou standards en matière de qualité, qui permettent de construire une analyse de conformité au sein de l'établissement (Minvielle, 2003). Parallèlement, la qualité, vue sous l'angle de la réduction des risques et de la prévention de la douleur, a fait l'objet de nombreuses dispositions réglementaires : création du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (les infections contractées à l'hôpital), du Comité de lutte contre la douleur, mise en place de programmes de prévention et de contrôle des infections ainsi que des événements indésirables apparus lors de l'hospitalisation, développement de spécialistes de l'hygiène.

La priorité accordée à la gestion des risques a entraîné la multiplication des procédures de suivi. Cela se traduit par des activités supplémentaires à assurer pour les soignants – remplissage de documents de traçabilité par exemple (Acker, 2004). La démarche d'accréditation entraîne un énorme travail de mise à plat des activités, de leur organisation et de leur articulation. Le travail de formalisation et d'écriture de protocoles et procédures appelle l'acquisition de nouvelles compétences et de nouveaux savoirs sur l'action (*ibid*.). Le « *protocole* » désigne les techniques à appliquer et/ou les consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin (Magnon et Dechanoz, 1995, cité par Pascal, 2003). Le mot « soins » s'entend ici dans un sens très large, puisque les protocoles s'appliquent au diagnostic, au traitement et à la surveillance des malades. Cependant, comme le fait remarquer cet auteur,

> *« le problème est que le caractère essentiellement soignant ou médical des protocoles, qui se cantonnent la plupart du temps dans la description des décisions et des gestes à réaliser, occulte l'aspect organisationnel : la*

[6] Nous empruntons le terme de « gestionnite » à Mathieu Detchessahar et Anouk Grevin (2009)

[7] Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

> *disponibilité du plateau technique, du matériel ou encore d'autres professionnels »* (*ibid*., p 195).

L'écriture de protocoles, de procédures, assurée par les infirmières notamment, rend compte de leurs actions de soins en respectant un format, les transmissions ciblées, avec pour objectif de rendre l'écriture plus rapide et d'aller droit aux informations jugées essentielles. On assiste à une expansion des formulaires, de listes à renseigner pour conduire et évaluer chaque type de tâche. Françoise Acker (2004, p 64) parle d'un retour à un « *travail émietté* » pour les soignants, avec une augmentation des activités de soins indirects (planification, coordination) et des activités de soins techniques (médicaments, soins, surveillance). L'auteure explique ainsi que les infirmières se plaignent de ne plus pouvoir délivrer des soins qui aient du sens.

5.3. Incidences possibles d'un surcroît de contrôle sur la transmission

Comme on vient de l'expliquer, l'expansion des outils de gestion a deux grands types de conséquences dans le travail : une en termes de degré de procéduralisation des tâches et du *reporting* ; l'autre en termes d'instabilité, de redéfinition permanente de ces procédures. Ces deux éléments pourraient avoir des conséquences problématiques pour la transmission des savoirs professionnels.

S'agissant de l'abondance des procédures, la première question qui peut se poser à l'encadrant est de savoir s'il doit ou non insister pour que le nouveau les apprenne, les connaisse et les applique, toutes, et en toutes circonstances – ce y compris quand l'encadrant lui-même n'est pas sûr de bien les maîtriser ou n'est pas convaincu de leur pertinence. Le *reporting* par exemple prend beaucoup de temps, qui n'est consacré ni aux soins, ni aux relations avec les patients, ni aux échanges entre collègues, y compris à la transmission elle-même.

La redéfinition fréquente de ces procédures, elle, peut jouer un rôle analogue à celui des « changements permanents » dont on a parlé précédemment (§ 1.3.) : la durée de validité d'une procédure, et donc la nécessité d'en acquérir la maîtrise, pourront être difficiles à apprécier pour les anciens comme pour les nouveaux. Si le nouveau est un collègue venu d'un autre service, il pourrait être confronté à la variabilité des règles ou de leurs usages, d'un service à un autre ; s'il est étudiant, la question sera plutôt du côté des différences perçues entre les « règles de l'art » apprises à l'école et ce qui se fait en activité réelle.

En ce qui concerne plus spécifiquement les étudiants, deux enjeux supplémentaires sont à prendre en considération. D'une part, pendant une période de stage, les actions qu'ils sont ou non autorisés à réaliser (selon leur statut, leur durée d'études, etc.), sont régies par des règles,

plus ou moins strictes, et plus ou moins strictement appliquées. Cela pourrait entrer en contradiction avec le besoin de réaliser soi-même ces actions pour être en capacité de les reproduire par la suite. D'autre part, lors du passage du diplôme, ce sont bien les « règles de l'art » qu'ils doivent pouvoir exposer et mettre en œuvre, même pour celles qu'ils ont contournées durant leur stage.

6. Densification et intensification du travail

6.1. Un resserrement des contraintes temporelles

Une des manifestations du « productivisme réactif » (Askenazy, 2004), abondamment analysée, est l'accentuation des contraintes temporelles dans l'activité de travail, accentuation assumée et même recherchée par les managers :

> *« il y a quelques années les chercheurs en sciences de la gestion évoquaient la « civilisation de la panne » qui était censée se substituer peu à peu à la « civilisation de la peine » […] Il apparaît aujourd'hui qu'une « civilisation de la hâte » a pris la relève. Dans les entreprises, la culture de l'urgence tend à devenir un dogme : on n'a plus besoin de prouver l'utilité de la tension des flux ou de la réactivité à tout prix. En revanche, il faudra dépenser des trésors d'énergie pour démontrer l'intérêt de constituer un stock tampon ou de laisser des temps morts, automatiquement assimilés à des gaspillages »* (Volkoff, 2007a, p 27).

Les enquêtes nationales en rendent compte (Bué, Coutrot, Hamon-Cholet, Vinck, 2007). Même si l'intensité du travail perçue par les salariés semble s'être stabilisée au cours de la première décennie du XXIe siècle, le travail dans l'urgence est toujours présent. Les salariés sont de plus en plus nombreux à « *devoir fréquemment abandonner une tâche pour une autre plus urgente* » (60 % en 2005, contre 56 % en 1998). Les contraintes liées aux normes ou délais de court terme continuent, elles aussi, à progresser : un salarié sur quatre, et quatre ouvriers sur dix, signalent que leur rythme de travail est imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure ou plus. En 2005, 42 % des salariés et 50 % des ouvriers déclarent que leur rythme de travail est contraint soit par la surveillance hiérarchique soit par un contrôle informatisé. Tous ces pourcentages sont en progrès à long terme.

Cette progression simultanée des principales formes de contraintes de temps reflète bien le processus d'accumulation et « d'hybridation » de ces contraintes, analysé notamment par Michel Gollac et Serge Volkoff (2007) : des contraintes de type « industriel », « marchand », et « domestique », jadis spécifiques à un milieu professionnel donné, tendent de plus en plus à s'enchevêtrer. La charge de travail peut s'en trouver accentuée, et surtout les marges de manœuvre dans l'activité s'en trouvent restreintes. En effet,

> *« quand sont associées des exigences temporelles de natures différentes, les stratégies de travail, aptes à affronter chacune d'elles, sont compromises par ce cumul lui-même. Les contraintes « industrielles », rigides, sont assez prévisibles ; mais ces prévisions sont déjouées si l'atelier ou le service est de surcroît en butte à des interruptions et reprogrammations fréquentes, issues du modèle « marchand ». […] Symétriquement, les contraintes « marchandes » ou « domestiques » créent d'habitude une alternance de pointes de travail et de temps creux, l'usage de ces derniers s'avérant précieux pour récupérer d'un effort ou préparer les pointes à venir. Mais si en outre le travail est rationalisé et contrôlé selon des principes « industriels », les temps creux disparaissent, et avec eux les souplesses d'action qu'ils offraient. Dans l'une et l'autre situation, la seule stratégie qui reste viable est de parer au plus pressé, quoi qu'il en coûte »* (Volkoff, 2012, p. 38-39).

De nombreuses recherches, dans plusieurs disciplines et divers pays ont permis d'approfondir ce constat (Askenazy et *al.*, 2006 ; Théry et *al.*, 2006). Dans l'introduction à l'ouvrage d'Askenazy et *al.*, 2006, Frédéric De Coninck et Michel Gollac (2006) affirment que

> *« la multiplication des indicateurs et des situations enquêtées construit un tableau d'ensemble d'où il ressort que, pour les salariés eux-mêmes, les voies par lesquelles l'intensification se produit ne sont pas toujours claires, mais le sentiment d'être pressé (à tous les sens du terme) se développe sans aucun doute »* (*ibid.*, p 3).

Des analyses présentées dans l'ouvrage cité, nous retenons entre autres que d'une part, l'intensification a des effets multiformes et diversifiés sur la santé et le bien-être des salariés, d'autre part, que les temps collectifs d'élaboration, de concertation et de coopération sont rendus difficiles. Ces deux évolutions tendent à individualiser le travail et son vécu.

La question de savoir si cette accentuation des contraintes de temps résulte, en France, de la réduction de la durée légale hebdomadaire de travail, mérite discussion. L'intensification est une tendance internationale et de long terme. En outre, on l'a dit, elle a plutôt connu un palier au début des années 2000, justement quand la RTT a été introduite. Ces deux constats amèneraient à relativiser le rôle supposé néfaste de celle-ci. Ses effets ont en réalité été diversifiés (Masson et Pépin, 2000). Les résultats de l''enquête « RTT et Modes de vie », menée au début de l'année 2001 (Bué, Hamon-Cholet, Puech, 2003), montrent qu'avec l'introduction de la RTT, un peu plus d'un salarié sur cinq déclare avoir vu ses objectifs révisés à la hausse, et un sur six, les délais pour faire son travail raccourcis. Par ailleurs, ces deux effets se cumulent souvent : parmi les salariés qui ont vu leurs délais raccourcis, la

moitié ont vu leurs objectifs augmenter et 30 % rester inchangés. De plus, la charge de travail a pu être plus fortement ressentie lorsqu'il n'y a pas eu d'embauches compensatrices : la moitié des salariés interrogés dans cette enquête déclarent que l'effectif de leur unité n'a pas augmenté, et 33 % parmi ces derniers considèrent que leurs conditions de travail se sont dégradées.

6.2. L'hôpital sous pression

Dans son analyse des facteurs sélectifs sur l'âge dans les services hospitaliers, Philippe Davezies (2001), au terme d'une analyse statistique multivariée, met en évidence trois caractéristiques principales des unités « jeunes » (celles donc qui poseraient aux personnels vieillissants des difficultés particulières) : la rotation rapide des malades, la prégnance des composantes relationnelles et la faible prévisibilité des tâches. Notre propos ici n'est pas de nous centrer sur les difficultés des soignants âgés mais nous retenons ce résultat parce qu'il témoigne de l'importance et de l'imbrication des composantes temporelles de l'activité.

> *« l'hôpital peut s'analyser comme un système dont les différents sous-systèmes sont réglés chacun sur sa propre horloge, mais doivent aussi se trouver en phase avec celles des autres. L'horloge des médecins est une horloge maîtresse, peu sensible à la marche des différentes horloges sur lesquelles doit se régler l'activité infirmière : horloge du laboratoire, de la radiologie, de la cuisine, de l'administration, des familles des malades »* (Martin et Gadbois, 2004, p 607).

D'autres « horloges » pourraient rejoindre cette énumération : celles de l'institution (fonctionnement des différents services ; utilisation des équipements ; etc.) ; celles d'intervenants extérieurs (sous-traitants et prestataires) ; celles des différentes catégories professionnelles ; des équipes à l'intérieur d'un service ; des traitements médicaux ; et celles enfin des patients, l'évolution de leur état de santé.

La multiplicité de ces contraintes, et l'effet de « morcellement » qu'elle provoque, ont été souvent analysés. Dominique Tonneau et *al.* (1996) énuméraient ainsi les multiples facteurs qui surviennent de façon inopinée dans l'organisation mise en place : bien sûr les urgences médicales et chirurgicales, mais aussi les pannes de matériel, les manques d'approvisionnement, les appels et communications avec l'extérieur, les « situations de crise » avec des malades agités ou leur famille, etc. Ils montraient à quel point l'activité se trouve bousculée par des modifications de la planification programmée, des décalages dans la succession des tâches, et engendrent pour les personnels la nécessité de réaliser des arbitrages et de prioriser les tâches (Tonneau, Bonhoure, Gallet et Pepin, 1996). Françoise Acker (2005, p 65) précise également que « les interruptions fréquentes dans le travail, l'augmentation des exigences des patients et de leur famille, la gestion des risques, le développement du travail

d'information ajoutent à la charge mentale déjà identifiée ». De son côté, Madeleine Estryn-Behar (1988) chiffrait à 24% en moyenne pour les infirmières de jour, et 22% pour les infirmières d'après-midi, le pourcentage du temps de travail consacré « aux interruptions et à leurs suites ».

Ces constats établis de longue date sont renforcés par les évolutions récentes (Gadéa et Caillard, 2009). On a déjà évoqué les effets des multiples changements d'organisation et de l'instabilité des équipes, qui accentuent de fait les contraintes temporelles. Nous voudrions insister ici sur les conséquences des mutations à l'œuvre dans la population des patients. La réduction de la durée de séjour des patients entraîne une rotation plus rapide de ceux-ci :

> *« les patients admis sont opérés plus rapidement et restent moins longtemps que par le passé. Cela a pour conséquence une intensification du travail pour deux raisons : d'une part, l'essentiel de la convalescence étant désormais vécu à l'extérieur, le travail est beaucoup plus exigeant que par le passé dans la mesure où les patients présents demandent un suivi plus rapproché ; d'autre part, le taux d'occupation des lits étant plus élevé, il en résulte un besoin plus fréquent de s'adapter à de nouveaux cas. Si les soins ne sont pas, en soi, plus complexes, une forme de complexification est cependant apparue simultanément au phénomène d'intensification. Elle découle du fait que la moyenne de gravité des cas en cours de soin dans la structure hospitalière étant plus importante, elle engendre une plus grande complexité dans l'organisation du travail. »* (Malo et Sire, 2006, p 117).

Selon Françoise Acker (2004), un des effets les plus importants concerne l'accroissement de la « *charge mentale du travail* », principalement dû à l'importance des soins non programmés, aux protocoles et contrôles pour la maîtrise de la qualité, à la nécessité « d'éduquer » les patients à qui on délègue une partie du travail afin de réduire les durées de séjour.

Les équipes doivent alors travailler de plus en plus vite et aller à l'essentiel, alors même que le temps à consacrer à chacun des patients est compté. Cette réduction du temps de présence des patients a aussi pour effet de démultiplier les procédures associées à leurs entrées et sorties. La charge de travail est donc accrue. C'est aussi la relation soignant-soigné qui peut être touchée : « le temps du travail technique de soins et celui de la relation, ou encore le temps du patient et celui du soignant ne concordent pas toujours » (Acker, 2005, p 65). En outre, « le temps des soins ne saurait être examiné uniquement dans ses dimensions quantitatives […] il interpelle bien plus un temps intérieur, vécu, fonction d'un intense engagement affectif et moral » (Saillant, 1991, p 18). Patricia Paperman (2009) ajoute également que les temporalités du care ne sont « ni flexibles, ni volatiles : quotidienneté,

répétition, constance, continuité, assurent la bonne marche des affaires pour les autres » (*id.*, p 94). Elle insiste sur le fait que

> *« les temps du care ne peuvent être contrôlés et compressés de la même façon que d'autres temps de travail. Le développement des capacités des personnes, les soins du corps, l'entretien de la conversation, le souci des autres, mettent en jeu une autre sorte de temporalité »* (*ibid.*).

Toutes ces observations sont largement corroborées par les approches statistiques. L'enquête « Conditions et organisation du travail à l'hôpital » réalisée en 2003 par la Drees, auprès d'un échantillon de 5000 salariés des établissements de santé, a permis une comparaison avec des données de 1998 de l'enquête nationale (interprofessionnelle) « Conditions de travail », pour la même population, mais aussi avec l'ensemble des actifs occupés. Les résultats montrent, entre 1998 et 2003, un accroissement des exigences d'attention permanente, et de multiples formes de pression temporelle pour les personnels soignants.

> *« En cinq ans, la part des professionnels des établissements de santé déclarant avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus, est passée de 24% à 48%. La part de ceux qui estiment ne pas avoir un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail, déjà un peu plus élevée dans le secteur hospitalier en 1998 (32 % contre 23 % pour l'ensemble des actifs occupés) a augmenté pour atteindre 41 %. Cela concerne 51% des aides-soignantes et 49% des infirmières»* (Le Lan et Baubeau, 2004, p 7).

Selon les services, ces évaluations plutôt négatives se trouvent nuancées par le rôle possiblement important du soutien social, par exemple la possibilité d'échanger de l'information ou plus généralement de coopérer (Estryn-Behar, Le Nezet, Bonnet et Gardeur, 2006 ; Estryn-Behar, Négri et Le Nézet, 2007).

Dans la suite de l'enquête précédente, Aurélie Dumas et Romuald Le Lan (2006), à partir d'une extraction des données concernant uniquement les infirmières, aides-soignantes et agents de service hospitaliers, déclarent que les infirmières perçoivent une plus grande charge mentale que les deux autres professions : 93% d'entre elles disent qu'une erreur pourrait entraîner des sanctions à leur égard et 77% déclarent devoir se dépêcher toujours ou souvent contre respectivement 86% et 73% des AS, loin devant les ASH (66% et 63%).

En 2003 également, les résultats issus de l'enquête SUMER[8] (Camus et Walstisperger, 2009) ont confirmé ces éléments : 49% des soignants signalent que leur rythme de travail dépend de celui de leurs collègues, contre 30% de l'ensemble des salariés. Les soignants déclarent davantage que les autres devoir « *interrompre une tâche en cours pour une autre non prévue* », devoir « *toujours ou souvent se dépêcher* », avoir « *des demandes extérieures à satisfaire immédiatement* ». Les soignants signalent moins souvent avoir la possibilité d'interrompre leur travail quand ils le souhaitent.

Une nouvelle confirmation est venue un peu plus tard encore avec l'enquête COI (changements organisationnels et Informatiques), réalisée en 2006 avec interrogation rétrospective sur les trois années précédentes. Dans le sous-échantillon constitué de personnels hospitaliers (Cordier, 2009), 46 % des salariés ont ressenti une accentuation de ces contraintes de rythme de travail entre 2003 et 2006, notamment dans les hôpitaux publics. En 2006, un tiers du personnel médical ou soignant déclare cumuler au moins trois de ces contraintes.

Dans cette période, la réduction du temps de travail a transformé la durée et les horaires de travail de l'ensemble des agents. Mais ce changement a concerné aussi le contenu du travail, et son inscription dans un fonctionnement collectif d'ensemble. La mise en place des trente-cinq heures a soulevé de réels problèmes d'organisation du travail et d'effectifs pour assurer la continuité et la sécurité des soins (Tonneau, 2003). Cette mesure a entraîné une diversification des horaires de travail, une modification des rapports entre les services de soins et les services administratifs et logistiques, eux-mêmes remaniés (horaires, sous-traitance accrue). La nouvelle réglementation de la durée de travail a surtout entraîné un besoin de personnels supplémentaires pour assurer la continuité du travail. Certains auteurs indiquent par ailleurs que l'application des 35 heures à l'hôpital aurait provoqué un changement de rapport au travail, générant des tensions plus fortes qu'auparavant entre la gestion du temps individuel de travail et l'organisation des équipes (Schweyer, 2009). D'un autre côté, les plages de superposition des équipes et les temps de transmission ont été réduits, entraînant une perception de l'organisation comme instable (Bercot et de Coninck, 2005, 2006 ; Estryn-Behar, 2009 ; Sainsaulieu, 2003, 2007).

[8] Surveillance MEdicale des Risques, enquête menée par les médecins du travail dans l'ensemble de la France

6.3. Incidences possibles d'un resserrement des contraintes temporelles sur la transmission

On comprend, au vu de ce qui précède, que l'analyse de la transmission des savoirs professionnels en situation de travail pourrait difficilement s'affranchir d'une prise en compte des contraintes de temps. Celles-ci ont toutes chances d'influencer tant le déroulement des situations de transmission que les contenus évoqués.

Un premier problème vient évidemment du fait que la transmission constitue une tâche par elle-même, qui peut venir accroître une charge de travail déjà importante, à défaut de moyens spécifiques dédiés à cet objectif. Le « nouveau », certes, travaille, participe à la production ou au service, apporte de l'aide, et à ce titre constitue une ressource supplémentaire pour les collègues présents. D'un autre côté, il maîtrise imparfaitement certaines tâches, les réalise de manière moins rapide ou moins sûre, hésite, commet des erreurs, sollicite la surveillance et les appuis, et fragilise ainsi la performance collective.

En outre l'arrivée du nouveau peut apparaître comme une irruption dans le fonctionnement plus ou moins harmonieux de l'équipe de travail. Cette arrivée a été, ou non, anticipée. Elle peut être vécue comme opportune ou intempestive. La prise en charge de ce collègue trouvera plus ou moins aisément sa place dans la programmation et la réalisation des tâches. Sa présence et son suivi seront parfois à l'origine d'interruptions supplémentaires dans un travail déjà morcelé. Il faut pouvoir lui consacrer du temps, à suffisance et au bon moment. L'encadrant ou l'équipe vont devoir s'organiser pour cela, et cette organisation elle-même demande que l'on y réfléchisse alors que le temps manque. Or parallèlement, l'intensification du travail tend à restreindre les pauses formelles ou informelles, à renvoyer chacun à ses propres urgences. L'utilité des temps d'échanges professionnels pour la performance des services est parfois mise en doute par la hiérarchie, voire les personnels eux-mêmes.

Dans ce contexte, les « encadrants » ont en principe intérêt à faire en sorte que les nouveaux soient aussi rapidement que possible opérationnels et autonomes. Les voies pour atteindre ce résultat n'ont rien d'évident. En témoignent les expressions couramment rencontrées à ce propos en milieu de travail : mettre « la pression » sur les nouveaux et les obliger à « assurer » très vite, c'est courir le risque de les inquiéter et de les voir multiplier les erreurs ; leur laisser tranquillement « prendre leurs marques », et « faire à leur place » dès qu'ils sont en difficulté, peut aboutir à une accumulation des retards. On comprend en tous cas que les contenus transmis vont devoir faire une large place non seulement aux aspects techniques de la tâche mais aux questions d'organisation, de délais, d'urgence, de priorités, de bon fonctionnement du collectif.

CHAPITRE 2 . QU'EST-CE QUE « TRANSMETTRE » EN SITUATION DE TRAVAIL ?

Nous avons vu au chapitre 1 que le contexte actuel questionne grandement la place et le rôle donnés aux individus au travail, en termes notamment d'autonomie, de responsabilité et de compétences. Gilbert de Terssac et Pierre Dubois soulignaient déjà en 1992 que « la ressource humaine est une donnée centrale pour l'efficacité des systèmes de production » (*ibid.*, 1992, p XXIX) : les compétences détenues par les travailleurs deviennent indispensables pour faire face à l'incomplétude des instructions, à leur incohérence et aux implicites qu'elles renferment ; les travailleurs détiennent ainsi des capacités d'initiatives, de décisions, de coopération, d'apprentissage individuel et collectif, fortement recherchées. De plus, comme le soulignent Philippe Lorino et Régine Teulier (2005) « tous s'accordent à dire que le fonctionnement des organisations contemporaines et leurs positions compétitives ne peuvent s'expliquer qu'en accordant aux phénomènes d'apprentissage et de connaissance qui s'y jouent un rôle prééminent » (*ibid.*, p 11). Ainsi, du point de vue des entreprises, face à un environnement en perpétuel changement, les travailleurs sont considérés à la fois – et de façon un peu contradictoire - comme des « objets » à former ou à transformer, et comme des « sujets proactifs », détenteurs de ressources pour conduire eux-mêmes le processus de leur propre intégration (Gaudart et *al.*, 2008). Il leur revient dans tous les cas de s'adapter et de se former continuellement pour garantir leur « employabilité ».

C'est pourquoi dans ce second chapitre nous allons nous centrer sur ces processus de coopération et d'apprentissage. Nous allons ainsi nous placer du point de vue des relations « Travail, Apprentissage et Formation », afin d'éclairer les enjeux concernant la transmission professionnelle, avec l'idée que celle-ci, dans ce contexte sociodémographique, est tout à la fois recherchée et contrainte par l'organisation. Comprendre ces enjeux suppose de prendre quelque distance avec le « *caractère d'évidence* » dont Jean-Jacques Boru et Christian Leborgne notent qu'il est souvent conféré à la transmission :

> *« depuis toujours les ensembles humains organisés, confrontés à l'arrivée en leur sein de nouveaux membres, organisent l'intégration et la formation de ces derniers. Cette activité présente même un caractère d'évidence, « il faut bien montrer aux nouveaux », et de rite social, « tout le monde est passé par là » »* (Boru et Leborgne, 1992, p 17).

Pour restituer à la transmission sa complexité nous allons mobiliser une littérature issue de divers champs disciplinaires, qui apportent des éclairages intéressants sur plusieurs de ses aspects. Les éléments de littérature convoqués ici n'ont pas tous comme objet la transmission en tant que telle. Cependant ils participent tous, selon nous, à la compréhension de ce qui se

joue autour de la formation, l'apprentissage et le développement des compétences, dans leurs rapports avec la réalisation de l'activité de travail. Notons tout de suite que la diversité des liens entre formation et travail est un premier facteur de complexité. Jean-Marie Barbier, Fabienne Berton et Jean-Jacques Boru (1996), distinguent ainsi trois types de liens. Dans un premier cas, les dispositifs de formation sont construits *à partir* des situations de travail, utilisées à des fins de conception de la formation ; le formateur construit alors des outils de formation à partir de matériaux récoltés dans l'analyse de l'activité. Dans un second cas, les dispositifs de formation sont présents au sein même des situations de travail, celles-ci sont utilisées « comme outils directement formatifs à des fins d'accroissement du professionnalisme de collectifs de travail » (*id.*, p81) ; le travail y est ainsi questionné en permanence comme objet d'apprentissage. Enfin, dans un troisième cas de figure, les dispositifs de formation sont directement intégrés dans l'organisation du travail, par la mise en situation de travail, où l'organisation du travail offre « des opportunités d'apprentissage compte tenu des modes de management, du contenu de l'activité et des coopérations entre les salariés » (*ibid.*).

Cela nous amènera donc à présenter des approches effectivement centrées sur les modalités de la transmission et ses conditions de réalisation, en examinant les différents facteurs qui la facilitent ou la contraignent ; mais aussi d'autres qui étudient l'activité de travail dans l'objectif d'en dégager des éléments de connaissances pour enrichir la formation ; et d'autres enfin qui tentent de rendre compte des composantes de l'activité et des mécanismes à l'œuvre qui favorisent l'apprentissage.

Nous avons choisi de présenter les éléments de ce chapitre via une construction fondée, non pas sur les apports respectifs de chaque discipline, mais plutôt sur différentes facettes que nous avons identifiées dans les diverses études et recherches comme importantes, et participant à rendre compte de la complexité de la transmission.

Une première facette de cette complexité relève de ce que nous allons désigner comme une ***configuration protéiforme***. Ce caractère protéiforme a trait à la diversité des dispositifs qui justifient de l'arrivée et de la présence dans les situations de travail de « nouveaux »[9] dont les statuts sont hétérogènes ; à la diversité aussi des acteurs, aux statuts plus ou moins formels, que ces dispositifs mobilisent pour mettre la transmission en œuvre ; et par voie de conséquence à la diversité des conditions d'accueil et d'encadrement telles qu'elles se présentent à eux.

[9] Rappelons que nous utilisons le terme de « nouveau » pour désigner toute personne entrant dans une entreprise ou un service pour y exercer un emploi ou un stage, dans le cadre ou en dehors d'une formation initiale ou continue.

Un second pan de sa complexité relève de son ***caractère multimodal***, qui renvoie cette fois à la palette des « façons de transmettre ». La diversité de ces modalités est largement due au fait que les dispositifs institutionnels, plus ou moins formalisés, dans lesquels la transmission s'insère, délèguent dans tous les cas la responsabilité de son élaboration aux acteurs eux-mêmes. Il est ainsi légitime d'analyser la transmission comme une activité, d'éclairer les multiples stratégies que les acteurs peuvent mettre en œuvre dans cette activité, leurs modalités de régulation des contraintes dans les différents contextes qu'ils rencontrent.

Nous aborderons ensuite la forme de complexité la plus couramment admise, celle relative au ***caractère multidimensionnel des contenus*** de la transmission. Ces contenus varient suivant les contextes, dans leur nature, leur hiérarchisation, leurs modes d'expression. Les connaissances auxquelles nous ferons appel éclairent la multiplicité des éléments qui interviennent dans l'élaboration des pratiques professionnelles et la manière dont ces éléments apparaissent et se combinent (ou non) lors de la transmission.

Enfin, nous aborderons le ***caractère multifonctionnel*** de la transmission en soulignant notamment les différents objectifs visés, mais aussi ses différents effets, plus ou moins explicitement attendus, sur les acteurs impliqués et sur le fonctionnement du système.

Précisons dès à présent que ces différentes facettes de complexité de la transmission professionnelle feront, dans les chapitres qui suivent, l'objet d'analyses dans notre propre recherche. Dans le cadre de notre démarche nous serons en effet amenée à rendre compte de cet enchevêtrement, même si l'on verra que nous accordons une place particulière au quatrième aspect : la perspective multifonctionnelle.

Nous allons présenter ces différents éléments de littérature en structurant la rédaction dans des modalités proches de celles utilisées dans le chapitre précédent. Il s'agira ainsi dans un premier temps d'aborder chaque facette de la transmission professionnelle en nous appuyant sur des recherches réalisées dans divers secteurs d'activité ; puis de préciser, dans la mesure où la littérature disponible s'y prête, des éléments relatifs à la transmission (ou plus généralement à la construction des compétences) dans le domaine des soins, qu'ils soient réalisés en institution ou à domicile. Il nous arrivera aussi, dans ce volet relatif aux soins, de faire référence à des éléments issus de nos premières observations, quand cela nous semblera propre à illustrer certaines particularités du secteur.

1. Une configuration protéiforme

La transmission est un objet variable, évolutif et qui ne cesse de se reconfigurer en fonction des circonstances. C'est pourquoi, comme le font Delgoulet et *al.* (2012) à propos du tutorat (ou par ailleurs Falzon et Lapeyrière en 1998 à propos des usagers dans les situations

de service), nous usons ici du terme « protéiforme » : la transmission présente des formes variées et passe elle-même de l'une à l'autre.

1.1. Divers types de dispositifs et diverses finalités

Les problématiques soulignées dans le chapitre précédent – notamment celles de l'insertion des jeunes, et du maintien en emploi des âgés, dans des contextes de production de plus en plus flexibles – ont fait émerger, depuis un certain nombre d'années, des dispositifs institutionnels qui touchent tant à l'emploi qu'à la formation, et où la problématique de la transmission est mise au-devant de la scène.

Coexistent ainsi aujourd'hui, dans le code du travail (et aussi dans les accords nationaux interprofessionnels), d'un côté des dispositifs en faveur de l'emploi en termes « d'aides au maintien et à la sauvegarde de l'emploi », « d'aides à l'insertion, à l'accès et au retour à l'emploi », et d'un autre côté, des dispositifs en lien avec l'organisation de la formation professionnelle avec notamment le développement de « la formation tout au long de la vie[10] ». Cette dernière intègre à la fois la formation initiale, « l'apprentissage » (en éducation alternée), la « formation professionnelle continue », et la VAE[11]. A son tour, la formation professionnelle continue inclut (outre le plan de formation de l'entreprise, le développement des DIF[12], CIF[13] et autres « congés de bilan de compétences »), des « périodes de professionnalisation » et des « contrats de professionnalisation », qui tous deux préconisent la mise en place du « tutorat ». Précisons dès à présent que le terme de « tutorat » est très répandu, souvent employé pour des dispositifs plus ou moins formalisés, avec des finalités plus ou moins précises et destinés à divers publics. Ce terme désigne ainsi ordinairement « la » modalité de transmission des savoirs et savoir-faire en situation de travail.

Les plans de formation en entreprise donnent lieu usuellement à des découpages réglementaires distinguant des enjeux : 1) d'adaptation au poste, 2) d'évolution des emplois et de maintien dans l'emploi, et 3) de développement des compétences des salariés. Partant d'une lecture critique de ce découpage, une équipe de chercheurs en Sciences de l'éducation a proposé une catégorisation affinée (Astier et *al.,* 2006 ; Conjard et *al.,* 2006)[14], dans le cadre

[10] « La formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale. Elle vise à permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle, ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle ». Article L6111-1 du code du travail, Modifié par la LOI n°2009-1437 du 24 novembre 2009 - art. 1

[11] Validation des Acquis d'Expérience

[12] Droit Individuel à la Formation

[13] Congés Individuels de Formation

[14] En l'occurrence, leur réflexion a été menée en référence à la loi sur « la formation tout au long de la vie » qui date de 2004.

d'une étude réalisée auprès de 10 entreprises de secteurs différents (électronique, transport, aéronautique, industrie du béton…). Ils ont proposé de se centrer davantage sur « les problématiques ou défis auxquels sont confrontées les entreprises à court, moyen ou long termes » (Conjard et *al.,* 2006, p11). Ils ont ainsi identifié quatre enjeux :

- des *enjeux d'intégration de nouveaux salariés* : quel que soit le statut du nouvel arrivant, le but est de le préparer à s'adapter aux exigences des situations professionnelles en termes d'acquisition de connaissances relatives aux matériels et procédures, et plus globalement à l'organisation et à la culture de l'entreprise ;

- des *enjeux d'adaptation* : l'entreprise cherche à renouveler le niveau et les contenus des compétences des travailleurs pour faire face à des changements ;

- des *enjeux de mobilité ou de parcours* : l'entreprise vise à préparer et accompagner les salariés aux exigences de leurs nouvelles fonctions ; les auteurs distinguent mobilités internes ou externes, verticales ou horizontales ;

- des *enjeux de transfert et de coopération intergénérationnelle* : il s'agit pour l'entreprise de transmettre des compétences peu ou pas formalisées, détenues par les plus expérimentés, d'assurer les coopérations avec les nouveaux arrivants et de renouveler les compétences.

La catégorisation proposée plus récemment par Annabelle Hulin (2010) prend place, quant à elle, dans une analyse du tutorat en Sciences de la gestion. Si l'on rapproche son découpage de celui d'Astier et *al*., on constate en fait que trois items sont analogues (adaptation, mobilité, transfert) mais qu'elle déploie le quatrième – le premier de la liste ci-dessus : l'intégration. Elle distingue ainsi :

- le *tutorat de qualification* : c'est le modèle de tutorat le plus connu et le plus facilement observable dans les organisations, en lien avec la mise en place de formation qualifiante en alternance (contrats d'apprentissage, contrats de professionnalisation et autres contrats de formation en alternance) ;

- le *tutorat d'intégration* : ce modèle est lié à la question prioritaire, pour de nombreuses organisations, du recrutement et de l'intégration des jeunes. Face aux difficultés de recrutement, l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des jeunes devient une nécessité. Le tutorat est au centre de ce type de politique où il s'agit alors de présenter et de placer le nouveau salarié dans l'activité de l'organisation ;

- le *tutorat d'insertion* : ce modèle est lié à la mise en place par les pouvoirs publics de situations de formation non qualifiantes où le tutorat joue un rôle essentiel pour des populations considérées comme menacées : les chômeurs de longue durée, les jeunes sans qualification, les individus sortis du marché du travail et les personnes en situation d'exclusion.

L'auteure souligne, à partir de la littérature mais aussi de ses propres résultats de recherche, que « ces différents modèles montrent bien la diversité de situations que recouvre l'exercice du tutorat, et qu'il peut être mis en place dans de nombreux contextes » (*ibid.*, p 116). Selon elle, ces modèles ne sont pas exclusifs.

De plus, selon les auteurs précédents (Astier et *al*., 2006), chaque enjeu peut être traité dans des relations plus ou moins étroites avec des situations de travail précises. Ils distinguent ainsi (*ibid.*, p 32) :

- des *dispositifs « génériques »*, animés en général par un prestataire externe sans effort particulier d'ajustement au contexte de l'entreprise ; leur pertinence et leur efficience dépendront de la qualité du redimensionnement des éléments génériques à la problématique singulière locale ;

- *des dispositifs « spécifiques »*, conçus spécialement pour l'entreprise, avec ou sans intervention d'un prestataire externe ;

- des *dispositifs « hybrides »*, mixant le générique et le spécifique.

Les auteurs se concentrent davantage sur le tutorat, qu'ils classent parmi les dispositifs « hybrides ». Selon eux, il faudrait d'ailleurs parler de « tutorats », au pluriel, en fonction des exigences organisationnelles : le dispositif a-t-il été construit par l'entreprise ou par un spécialiste extérieur ? Le cursus est-il stabilisé, défini ou au contraire laissé à l'ajustement des acteurs ? Quel est le statut du tutoré ? Y a-t-il ou non des tests à lui faire passer ? Les tuteurs ont-ils bénéficié d'une formation à cette fonction ? Ces éléments les amènent à insister sur le fait que le tutorat ne devrait pas être conçu comme un dispositif en soi, mais plutôt comme une « matrice pour penser et agir » des dispositifs variés.

Aussi bien le découpage d'Astier et *al*., que celui de Hulin, permettent de pointer à la fois l'expansion du tutorat et son hétérogénéité, en raison du caractère multiforme et mouvant des stratégies de gestion de la main-d'œuvre et de l'emploi, tant dans les instances publiques que dans les entreprises. De plus, suivant les circonstances, ces stratégies se cumulent voire s'entremêlent, ce qui peut parfois rendre difficile la compréhension de ce qui se joue réellement. Dans une situation, pouvoir séparer ces différentes catégories peut s'avérer très complexe. Cela nous conforte dans une acception large de la transmission professionnelle,

telle que nous l'avons indiquée en introduction. Nous jugeons légitime de ne pas la cantonner à un seul item de la nomenclature, comme la situation de « *transfert et de coopération intergénérationnelle* » à laquelle on l'assimile souvent.

Il est utile d'ajouter ici – comme d'ailleurs Astier et *al.* le mentionnent – que ces nomenclatures pourraient comporter un item supplémentaire, celui qui caractériserait l'absence de dispositif institutionnel. Ces situations ne sont pas celles qui prédominent dans les analyses que nous venons de citer ; mais par exemple, dans l'étude de Cloutier et *al*. (1999 ; Gagnon et coll., 2003), auprès d'auxiliaires familiales et sociales à domicile (AFS), les auteures font état d'une situation de transmission liée aux conditions particulières de remplacement pendant les congés : une AFS fait le choix d'initier sa remplaçante aux manières d'agir avec les patients dont elle s'occupe, en particulier pour préserver la qualité des soins.

1.2. Des acteurs aux statuts divers et plus ou moins officiels

Concernant plus directement les acteurs, si l'on se place du point de vue des dispositifs réglementaires de professionnalisation ou d'apprentissage, les réglementations précisent plusieurs éléments concernant la ou les personne(s) responsable(s) du nouvel arrivant.

Du côté des périodes de professionnalisation (code du travail, D6324-2) ou des contrats de professionnalisation (art. D6325-2) les conditions à remplir par les tuteurs sont exprimées de manière identique :

> *« pour chaque salarié, l'employeur peut choisir un tuteur parmi les salariés qualifiés de l'entreprise. Le salarié choisi pour être tuteur doit être volontaire et justifier d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans une qualification en rapport avec l'objectif de professionnalisation visé. L'employeur peut assurer lui-même le tutorat dès lors qu'il remplit les conditions de qualification et d'expérience ».*

De plus, les missions assignées sont également les mêmes dans les deux cas :

> *« 1° Accueillir, aider, informer et guider les bénéficiaires; 2° Organiser avec les salariés intéressés l'activité de ces bénéficiaires dans l'entreprise et contribuer à l'acquisition des savoir-faire professionnels ; 3° Veiller au respect de l'emploi du temps du bénéficiaire ; 4° Assurer la liaison avec l'organisme ou le service chargé des actions d'évaluation, de formation et d'accompagnement des bénéficiaires à l'extérieur de l'entreprise ; 5° Participer à l'évaluation du suivi de la formation »* (art. D6324-3 et D6325-3).

Du côté de l'apprentissage,

> *« la personne directement responsable de la formation de l'apprenti et assumant la fonction de tuteur est dénommée maître d'apprentissage. Le maître d'apprentissage a pour mission de contribuer à l'acquisition par l'apprenti dans l'entreprise des compétences correspondant à la qualification recherchée et au titre ou diplôme préparés, en liaison avec le centre de formation d'apprentis »* (art. L6223-5).

Cependant,

> *« la fonction tutorale peut être partagée entre plusieurs salariés » (art. L6223-6). Dans ce dernier cas, « lorsque la fonction tutorale est partagée entre plusieurs salariés constituant une équipe tutorale, un maître d'apprentissage référent est désigné. Il assure la coordination de l'équipe et la liaison avec le centre de formation d'apprentis »* (art. R6223-23).

On retrouve ainsi dans les textes, dans les deux types de formations - initiale ou continue - des termes spécifiques pour désigner les responsables de la formation des nouveaux dans les situations de travail : maître d'apprentissage dans un cas, tuteur dans les autres. De plus, ces mêmes textes font référence à des acteurs non directement présents dans les situations de travail mais toutefois bien présents dans la formation des nouveaux, et avec lesquels tuteurs comme maîtres d'apprentissage doivent travailler : les formateurs à l'extérieur de l'entreprise, dans les centres de formation. On remarque cependant que, dans le cadre de l'apprentissage, il est souligné que la fonction tutorale peut être partagée.

Les études de terrain confirment la diversité des acteurs impliqués dans la transmission. Dans son étude sur le tutorat d'apprentis mécaniciens au sein de garages automobiles, Patrick Kunégel (2005, 2011), se référant lui-même à d'autres auteurs (Boru et Barbier, 1989 ; Barbier et Morin, 1995 ; etc.), précise que l'activité de tutorat est « *éclatée* », « *distribuée* » dans l'entreprise. En s'appuyant sur ces mêmes références, l'auteur (Kunégel, 2011, p 34) décline l'exercice tutoral en trois niveaux :

- le *tuteur hiérarchique* correspond à la position de l'employeur, celui qui embauche et rémunère l'apprenti. C'est lui qui désigne le tuteur ayant en charge l'apprenti et qui assure l'interface entre la famille, le centre de formation et l'atelier ;

- le *tuteur relais* correspond à la position du chef d'atelier. Il lui revient de désigner le tuteur opérationnel (ci-après) et de confier des travaux à l'apprenti. Il assure également l'interface entre les différents acteurs gravitant autour de l'apprenti ;

- le *tuteur opérationnel* est considéré comme le véritable tuteur. C'est le professionnel directement en contact avec l'apprenti, qui l'accompagne dans son effort d'appropriation des gestes du métier.

Partant cette fois-ci de son terrain, Patrick Kunégel (2006, p 27) constate que cette fonction est plus ou moins reconnue et organisée par la hiérarchie. Il donne ainsi l'exemple de son arrivée dans une entreprise pour réaliser l'observation d'un binôme apprenti-tuteur. L'auteur découvre que celui qui exerce la fonction de tuteur ce jour-là n'est pas le tuteur « opérationnel » de l'apprenti qu'on lui avait précédemment désigné comme tel.

Il constate aussi (*id.*, 2011, p 36) que la prise en charge effective de l'apprenti implique des formes variées d'associations entre divers acteurs. Parfois la hiérarchie ne désigne pas de tuteurs ; le rôle d'accompagnement et de mise au travail est assumé par les compagnons, au hasard des circonstances et de leurs besoins (Kunégel emploie en pareil cas la locution « *tutorat collectif* »). Parfois (« *tutorat en cascade* ») les compagnons sont hiérarchiquement « *inféodés* » les uns aux autres selon leur ancienneté, leurs compétences, et l'apprenti de 2ème année s'occupe du 1ère année. Parfois, (*tutorat individuel*) le professionnel désigné par l'employeur pour ses qualités relationnelles et son goût pour transmettre le métier s'occupe seul de l'apprenti. Enfin, il existe aussi des situations où le tutorat est un mixte de ces situations.

Astier *et al.* (2006, p 20) qualifient également la fonction tutorale comme « *distribuée* » pour désigner une prise en charge du tutoré par le collectif de travail. Cependant, ces auteurs insistent surtout sur les différents types de ressources mobilisées : celles du tuteur et du collectif (compétences et disponibilité), celles du tutoré (compétences et engagement), celles de l'organisme de formation (implication et suivi).

Cloutier et *al.* (2002), dans leur étude menée dans une entreprise d'usinage, montrent aussi qu'en situation, plusieurs personnes participent à la formation des apprentis ; les auteurs parlent ainsi de « *réseau d'apprentissage* » :

> *« bien que le programme de compagnonnage d'Emploi-Québec s'appuie sur le jumelage du jeune apprenti avec un compagnon volontaire nommé par l'employeur, ce parcours crée des situations où les interactions entre jeunes apprentis et compagnon officiel sont en fait peu possibles. Le compagnon et l'apprenti peuvent par exemple travailler sur des quarts différents ou être affectés à des tâches différentes. Le compagnon peut être aussi chef d'équipe et sa disponibilité pour répondre aux questions du jeune apprenti est alors limitée. Le jeune apprenti ne semble pas avoir beaucoup d'occasions de travailler*

directement avec son compagnon officiel ; plusieurs autres personnes de l'entreprise sont beaucoup plus actives à ce sujet » (*ibid*., p 43).

Dans ce contexte, ces mêmes auteurs identifient cinq types d'interactions entre groupes d'âges et d'expérience différents :

- des *interactions entre jeunes scolarisés (ou récemment scolarisés)*, basées sur des affinités. Ces formes d'entraide visent à comprendre les écarts entre l'entreprise et l'école, la façon dont on s'insère dans l'entreprise et l'identification de personnes ressources ;

- des *co-apprentissages entre travailleurs plus expérimentés mais d'expérience similaire* qui ont aussi des besoins au plan de la production : comment faire le montage, interpréter, poser un diagnostic d'erreur quand la production ne se déroule pas comme prévu ;

- des *interactions avec un collègue proche de la zone de travail, en général d'âge et de cohorte différents*. La proximité est le premier critère, mais la disponibilité et l'expérience du collègue déterminent ensuite la richesse de l'interaction ;

- des *interactions avec les collègues plus âgés et plus expérimentés*. Leur apport est celui de la mémoire et de la culture de l'entreprise ;

- des *interactions où les plus expérimentés ont besoin d'un plus expérimenté encore*, ou d'un collègue capable d'apporter des réponses pour dénouer leur problème.

Les auteurs précisent que dans les deux premiers cas, il s'agit plus de partages de connaissances, ce qu'on trouve moins dans les autres types d'interactions, davantage unidirectionnelles.

On retrouve cette diversité d'acteurs dans la recherche de Solveig Oudet sur « l'organisation du travail et le développement des compétences » (Oudet, 2003, p 44). Après avoir précisé qu'en situation de travail, de nombreuses interactions informelles naissent au-delà des interactions formelles (définies par l'organisation et l'organigramme), l'auteure précise, comme nous l'évoquions dans notre introduction, que ces interactions peuvent avoir plusieurs natures, *symétriques,* donc entre pairs, *dissymétriques* entre expert et novice et *asymétriques* quand les statuts ou les fonctions diffèrent (rappelons que nous emploierons le terme « asymétrique » dans une acception un peu élargie).

L'étude ergonomique de Corinne Gaudart, Catherine Delgoulet et Karine Chassaing (2008) dans le secteur du bâtiment, nous semble exemplaire pour illustrer la variabilité du réseau d'acteurs. L'entreprise étudiée développait depuis plusieurs années « une politique volontaire en matière de recrutement de nouveaux, de formation et de gestion des ressources humaines pour attirer et fidéliser la main-d'œuvre dans un contexte de pénurie ». Les nouveaux relèvent d'une diversité de statuts associés à des contrats plus ou moins précaires : intérimaires, salariés diplômés du BTP, stagiaires scolaires et stagiaires en contrat de formation.

L'intéressant est de noter ici qu'il n'y a pas de relation bi-univoque entre les statuts divers des nouveaux, et les modes de prise de charge. Les analyses menées par les auteures ont mis au jour le fait que malgré la présence de cette diversité de statuts, en pratique, il existe une relative homogénéité des modalités d'accueil et de formation, quel que soit le statut du nouveau. Tous débutent comme manœuvre car « on ne peut confier des tâches techniques à quelqu'un qui n'a aucune expérience ni aucun diplôme », et celui qui a un diplôme doit « *faire ses preuves* » comme tout le monde. Ainsi, l'apprentissage des chantiers se fait essentiellement « *sur le tas* », en travaillant à côté ou avec des salariés plus anciens, et en prenant en main son propre apprentissage (Delgoulet, 2012, p 53).

Cet exemple montre que quel que soit le type de dispositif officiel initial, qualification, insertion, intégration…, en pratique, dans les situations réelles de travail, les modalités d'accueil et de formation se brouillent (on verra que pour notre part, nous avons rencontré souvent des situations inverses : un même profil de nouvel arrivant et des modalités d'accueil tout à fait distinctes).

Ajoutons, mais nous y reviendrons largement, que les conditions d'accueil et de formation en situation de travail sont très dépendantes du contexte de production (Chatigny, 1995, 2001). D'après Laurent Veillard (2005), dans les organisations actuelles, les voies de l'insertion de nouveaux venus peuvent s'avérer beaucoup moins reproductibles et plus aléatoires que celles normalisées et stabilisées dans des communautés de pratiques anciennes et relativement homogènes comme les présentaient naguère Lave et Wenger (1991). C'est le parcours du nouveau lui-même, sa « *trajectoire* » dans l'entreprise qui est en question ici ; les trajectoires, vues par Laurent Veillard comme la succession des situations que les nouveaux vivent dans l'entreprise, peuvent rester très floues et ne se construire que pas à pas, au fur et à mesure de l'avancée du stage ou du contrat d'apprentissage. Le parcours du nouveau n'est donc pas forcément prévu à l'avance et subit les contingences de la production.

Au total, on comprend que des dispositifs pourtant finalisés, qui cherchent à « cadrer » la transmission, ne sont pas prédictifs pour autant, ni des formes prises par la transmission, ni

des acteurs qui s'y trouvent impliqués. Nous verrons dans le paragraphe 2, qu'il en est de même concernant les modalités de mise en œuvre de la transmission en situation.

1.3. A l'hôpital

Rappelons d'abord que, quand elles usent du terme « transmission », les recherches portant sur l'hôpital se réfèrent majoritairement aux échanges d'informations entre les soignants lors des relèves entre équipes, pour assurer la continuité des soins (Arborio, 1995 ; Boucheix et Coiron, 2008 ; Grosjean et Lacoste, 1999 ; Kostulski, 2000 ; Marquette, 2005 ; Villatte, Gadbois, Bourne et Visier, 1993). Il s'agit surtout d'informations nécessaires et relatives à l'évolution de l'état des patients, des changements survenus ou prévus dans les soins à prodiguer. Les personnels soignants eux-mêmes emploient les termes de « transmissions orales » ou « écrites » pour désigner ces échanges d'informations au sein des équipes. Il s'agit donc plutôt ici de « transmission de consignes » telle qu'elle a été étudiée dans d'autres secteurs lors de relèves de poste (Grusenmeyer et Trognon, 1995 ; Karsenty, 2011). Plus généralement, de nombreuses recherches menées à l'hôpital insistent sur l'importance des communications dans le travail du personnel soignant (et surtout infirmier) pour la circulation des informations, la coordination des activités (Grosjean et Lacoste, 1999) et la construction de la coopération dans le travail (Jourdan et Theureau, 1993). En revanche, nous n'avons trouvé que peu d'études spécifiquement centrées sur la transmission relative aux pratiques professionnelles dans ce secteur. Celles que l'on rencontre insistent particulièrement sur les contenus (voir § 2.4 ci-après).

S'agissant du caractère « protéiforme » de la transmission, notons d'emblée que deux dispositifs institutionnels d'accueil et d'encadrement de nouveaux existent en général au sein des établissements de santé : les stages pour la formation initiale et la « doublure » pour l'accueil de nouveaux salariés. Les formations initiales des personnels soignants (aides-soignantes et infirmières) se réalisent en alternance, entre des cours au sein d'un centre de formation[15] et des stages au sein de services hospitaliers. Elles n'ont pas les mêmes durées, 1 an pour les AS, 3 ans pour les infirmières. Au-delà de cette période tous les auteurs soulignent que l'apprentissage des métiers de soignants s'effectue pour l'essentiel sur le tas, au contact des expérimentés.

Dans le « Document Céreq » qu'il a consacré à la professionnalisation des personnels infirmiers, Alain Savoyant (2005) distingue trois formes de tutorat à l'hôpital : des tutorats organisés, avec un fonctionnement systématique et régulier ; d'autres au caractère non planifié

[15]IFSI pour les infirmières (Institut de formation en soins infirmiers) et IFAS pour les aides-soignantes (Institut de formation des aides-soignants)

et non systématique dans des situations ordinaires telles qu'elles se répètent au fil de l'activité ; d'autres encore où il s'agit de profiter de situations ponctuelles et spécifiques, au moment où elles se présentent. Ce qu'il nous semble important de souligner à ce propos, c'est que les options dominantes ne sont pas choisies une fois pour toutes, ni dans un hôpital donné, ni dans l'ensemble du secteur. Au cours même de notre propre recherche se mettait progressivement en place une réforme de la formation initiale incluant la formalisation accrue du tutorat : désignation de différents tuteurs ou référents, utilisation d'un outil de suivi des étudiants appelé le « Portfolio » (pour les infirmières), journée d'accueil de l'ensemble des stagiaires accueillis dans un même service, évaluation du stage à mi-parcours, etc. Mais selon les établissements ou même les services, selon les périodes, et selon aussi la composition des équipes de travail, le nombre et le statut des nouveaux, on assistait à des combinaisons variables et plus ou moins articulées entre les éléments de la réforme et les habitudes anciennes.

2. Un déroulement multimodal

On vient de le voir, la transmission se déroule dans des contextes, des situations, plus ou moins formels et formalisés : soit dans des dispositifs institutionnels, soit à l'initiative des travailleurs eux-mêmes en fonction de circonstances particulières. On a repéré aussi que le réseau d'acteurs impliqués est plus ou moins large. Ces deux facteurs de diversité sont déjà par eux-mêmes à l'origine d'une variété des modalités de transmission. C'est ce que montrent par exemple Delgoulet et *al.* (2012), dans une étude menée à la SNCF. Les auteurs différencient plusieurs formes de tutorat, ou plutôt, plusieurs modes d'organisation de « *l'activité tutorale* ». On y retrouve un fonctionnement en binôme, à l'image du compagnonnage, mais aussi des formes de tutorat collectif. Ce dernier se réalise dans certains cas en fonction d'aléas de la production, où les imprévus des conditions de réalisation des tâches « imposent » à une équipe de prendre en charge le nouveau. Dans d'autres cas, le tutorat collectif peut devenir plus formel sur un mode « *tournant* » : les membres du collectif deviennent tuteurs à tour de rôle. Avec ce mode de tutorat la charge de travail que représente l'accueil du nouveau se répartit sur plusieurs membres de l'équipe. Par ailleurs, et toujours selon les auteurs, ces deux types de tutorat peuvent se combiner car il existe des situations où « même lorsqu'un binôme est formellement constitué, la nouvelle recrue reçoit aussi des informations, des conseils, d'un grand nombre d'acteurs » (*ibid.*, p3).

Au-delà de ces deux premiers éléments – cadre de transmission plus ou moins formalisé, plus ou moins collectif – plusieurs recherches ont analysé en détail le déroulement de cette « *activité tutorale* » (que l'on retrouve sous cette appellation ou d'autres) au sein de binômes notamment, dans différents secteurs. Au travers de ces recherches on comprend que cette activité implique à la fois des échanges verbaux et non verbaux, unilatéraux ou réciproques,

des temps de présence commune ou de séparation, avec des positionnements divers au regard de l'action à réaliser (avant, pendant ou après celle-ci).

De ce point de vue il est intéressant de présenter le cadrage que proposent Cloutier et *al.* (2002) dans leur étude sur les cuisiniers et les usineurs au Québec. Les auteurs ont identifié au total, dans ces deux métiers, dix-huit stratégies différentes des tuteurs, qu'ils ont par la suite catégorisées en fonction de deux éléments majeurs : d'un côté « *l'implication du novice* », d'un autre, le « *niveau de sophistication* ». L'implication est « faible » quand le travailleur expérimenté s'en tient à montrer au novice ce qu'il faut faire ou quand il donne une information non explicitement demandée par ce dernier. Elle est « élevée » au contraire quand l'expérimenté incite le novice à contrôler lui-même ses actions, en se contentant de le guider ou en se tenant complètement à l'écart. Entre ces deux extrêmes, les auteurs parlent d'implication « moyenne » quand l'expérimenté répond à une demande d'information exprimée par le nouveau, ou quand il « l'encourage à poser la même action que lui ». Quant au niveau de sophistication, « il est élevé lorsque la stratégie employée implique soit la création de toutes pièces d'une situation d'apprentissage qui vient interrompre temporairement le déroulement des opérations, ou bien lorsque le travailleur expérimenté laisse aller le contrôle de la situation et s'ajuste aux stagiaires » (*ibid.*, p 22). Les auteurs aboutissent ainsi à la classification suivante (Figure 1, ci-contre) [16].

[16] Dans ce tableau les auteurs parlent de « jeune » à chaque fois qu'il est question du nouvel arrivant, en l'occurrence un apprenti. Rappelons que dans notre recherche le nouveau peut appartenir à diverses tranches d'âge. Par ailleurs, la mention « goûter » ne vaut évidemment que pour les cuisiniers.

Tableau 2 : Classification des stratégies de transmission

Niveau d'implication du novice par l'expert	Niveau de sophistication			
	Faible	**Moyen**	**Élevé**	**Très élevé**
Faible	Démontrer Démontrer expliquer Expliquer Vérifier et confirmer	Faire le lien avec l'école	Anticiper des difficultés possibles et dire quoi faire Démontrer et expliquer différentes méthodes	
Moyen	Faire répéter	Répondre aux questions Faire ensemble Part d'une suggestion du jeune et explique pourquoi ça ne fonctionnerait pas	Faire goûter et commenter Goûter et commenter	
Élevé		Faire faire Mettre en situation de l'activité observée	Organiser une simulation Supporter les suggestions du jeune et soutenir sa réalisation Faire simultanément et comparer	Supporter les suggestions du jeune et soutenir sa réalisation

Figure 1: Classification des stratégies de transmission (Cloutier et al., 2002, p 22)

Dans son étude sur le tutorat d'apprentis mécaniciens automobiles, Patrick Kunégel (2005, 2006, 2011) propose pour sa part un « *modèle diachronique de l'activité tutorale* ». La construction de ce modèle a reposé initialement sur la distinction – non dénuée de similitudes avec celle proposée par Cloutier et *al*., que l'on vient de décrire – entre trois formes de l'activité tutorale :

1) « *la transposition de la prescription* » : le tuteur attribue à l'apprenti mécanicien, à travers des consignes, une tâche à exécuter. Il donne des explications, simplifie l'énoncé, ou l'explicite en rappelant des règles en usage dans l'entreprise. Cette transposition de la prescription exige du tuteur d'avoir une représentation de deux niveaux imbriqués : une connaissance des caractéristiques de l'apprenti en termes de potentialités, et une connaissance des caractéristiques de la tâche en termes de difficultés ;

2) « *la monstration* » désigne l'ensemble des interactions (verbales ou agies) conduites par le tuteur dans le but de donner à voir ou de commenter sa propre activité. L'auteur cite lui-même à cette occasion les travaux antérieurs de Bruner (1983) et Winnykamen (1990) qui insistent sur la « *mise en forme, par l'expert, de son action pour en faciliter l'observation* » ;

et distinguent « *le geste « ostensif » du tuteur du geste lisse du professionnel »*. L'énonciation accompagne alors les gestes en action et permet d'attirer l'attention.

3) « *le guidage »* désigne l'ensemble des séquences où le tuteur produit des énoncés alors que l'apprenti réalise l'activité. Ces énoncés ont pour but de diriger le geste, d'orienter l'action, de prévenir les erreurs, de fournir des informations utiles à l'exécution.

Ce découpage des formes de l'activité tutorale s'est par la suite enrichi (Kunégel, 2006, 2011). D'une part la transposition de la prescription a été découpée en deux temps, celui de la « *sélection de la tâche* », marquée par le niveau d'engagement du tuteur dans sa mission et les impératifs de production du garage, et celui de la « *consigne* ». D'autre part se sont ajoutées deux formes qui ne figuraient pas dans le modèle initial : le « *laisser-faire* » quand le tuteur fait le choix (ou est obligé, compte tenu de ses propres contraintes de travail) de laisser le novice livré à lui-même ; et l'« *évaluation* » sous ses diverses formes, qu'il s'agisse de mesure, de jugement ou de débriefing.

L'auteur insiste sur l'idée que ces formes de l'activité tutorale ou « intervention de tutelle » sont évolutives. Le « *modèle diachronique de l'activité tutorale* » qu'il élabore, repose alors sur l'évolution de trois éléments majeurs, fortement dépendants les uns des autres :

- le niveau de complexité de la tâche à réaliser (présumé par le tuteur, et censé s'élever au fil du temps) ;
- le niveau de compétence de l'apprenti (lui aussi présumé par le tuteur, et censé s'élever au fil du temps) ;
- le mode d'organisation du couple tuteur-apprenti (« *tandem* » ou « *autonomie relative* »).

En analysant l'évolution combinée de ces trois éléments, l'auteur en vient à distinguer six « *configurations de l'activité tutorale* », allant de la « *familiarisation* » à la « *mise au travail* », qu'il représente schématiquement par la figure suivante (Figure 2, ci-contre).

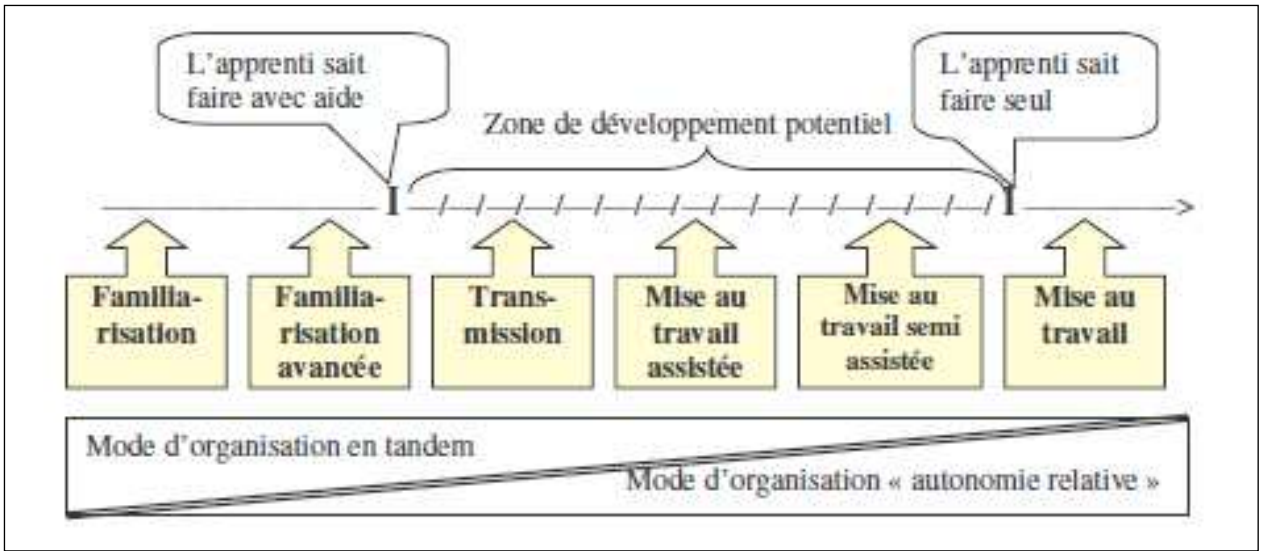


Figure 2 : Modèle diachronique du tutorat, Kunégel (2006, p 243)

La *familiarisation* correspond à l'arrivée de l'apprenti dans le garage (l'auteur souligne aussi qu'on peut la retrouver à d'autres moments du parcours, dès lors que les tâches ne sont pas maîtrisées). Le maître initie et conduit les échanges ; ceux-ci ne semblent correspondre à aucun schéma établi : il n'y a pas de « *régularités séquentielles entre des ouvertures annonciatrices de tâches à réaliser et des fermetures qui énoncent la suite du travail* » (*ibid.*, p 87). L'apprenti est sommé de montrer de l'attention, d'être ordonné dans son travail ; il se familiarise avec les expressions du métier, apprend des règles fondamentales comme « *est responsable de l'action celui qui l'a commencée* ». Maître et apprenti forment un tandem, l'activité du maître vise à réduire la complexité des situations, et à mettre à contribution l'apprenti à travers des *petits boulots*.

La *familiarisation avancée* est très proche de la précédente, à ceci près que l'apprenti commence à réaliser des tâches simples mais relevant déjà du métier, et que le maître éprouve davantage le besoin de communiquer avec lui en introduisant des éléments relatifs à l'élaboration de l'action, et des informations techniques. Cependant l'auteur souligne que le discours du tuteur n'est pas forcément compréhensible pour l'apprenti : les termes employés n'ont pas encore de signification et l'apprenti n'a encore qu'une représentation incomplète du système sur lequel il travaille. Il s'agit de situations « *d'une complexité telle qu'elles ne peuvent pas être comprises immédiatement par les apprentis, [mais] elles doivent être pressenties, ambitionnées comme de nouveaux territoires à conquérir* » (*ibid.*, p 105).

La *transmission* correspond à la configuration attendue, le maître met à disposition de l'apprenti mécanicien les ressources utiles à sa progression[17]. Les échanges sont situés dans le déroulement du travail, toutefois le maître prend le temps de faire comprendre un geste, un raisonnement, une procédure, il « *s'arrange avec la situation* » et « *l'utilise à des fins d'apprentissage tout en restant à l'intérieur de la situation de travail* ». L'activité productive se retrouve alors subordonnée au déroulement des interactions : on suspend un geste, on montre explicitement ce que l'on désigne par la parole, « *on assiste alors à quelque chose qui se rapproche de la mise en scène, d'un effort de didactisation* ».

La « *mise au travail assistée* » marque le début de la séparation progressive du couple. Elle procède d'une forme *« d'ajustement en avance »* car le niveau de compétence requis par la tâche dépasse le niveau réel de l'apprenti. On observe une séparation par intermittence des deux protagonistes, l'apprenti se retrouve dans un espace d'indépendance de courte durée compensée par de longues consignes, des contrôles et reprises en main fréquents de la part du tuteur.

La « *mise au travail semi-assistée* » où le maître confie à l'apprenti des tâches de métier qu'il l'estime capable de réaliser, mais où la variation des situations contraint parfois l'apprenti à réclamer de l'aide. C'est celui-ci, désormais, qui initie les échanges.

Enfin, la configuration « *mise au travail* » désigne le moment où l'apprenti « *assume le statut de producteur autonome »*. La structure d'échanges avec son maître est réduite au minimum.

L'intervention menée par Nathalie Montfort (2006) au sein d'une entreprise de fabrication de pneumatiques met aussi l'accent sur la dimension diachronique de la transmission. Elle a comparé le suivi de deux nouveaux au poste de « peseurs de blocs », à différents moments de leur encadrement dans l'entreprise : le premier jour, le cinquième jour et au bout d'un mois, une fois que les deux novices sont autonomes sur les postes. Les observables qu'elle prend en compte sont le nombre de coups de couteau dans la matière avant pesée, la production réalisée par jour et le contenu des échanges entre novices et encadrants. Deux modalités de déroulement de la tutelle ont été observées et leur analyse permet d'apprécier leurs effets différents sur les compétences acquises par les formés.

Pour le premier novice (N1), lors de son arrivée le premier jour, il y a un retard sur la production et pas de collègue spécifiquement prévu pour un encadrement rapproché.

[17] Rappelons ici que cette acception de la « transmission » ne sera pas exactement la nôtre puisque nous utiliserons ce terme sans désigner une phase particulière des interactions entre les protagonistes.

Cependant, un collègue présent sur le poste d'à côté, lors de ses déplacements, et voyant le novice en difficulté, interviendra auprès de lui pour lui donner des conseils. Les 4 jours suivants N1 sera accompagné par plusieurs collègues présents sur les postes, et aussi jusqu'à la fin du mois de manière ponctuelle. Pour N2, le premier jour, la production est normale, trois collègues sont présents aux postes, dont l'un est spécialement détaché pour son accompagnement. Par contre, il n'est plus du tout accompagné par la suite, et l'auteure formule ici une remarque à notre avis très importante : « du fait qu'il a pu bénéficier d'une formation très « complète » le premier jour, les experts présents aux postes ne jugent pas nécessaire de le suivre les autres jours » (*ibid.*, p 78).

Au début, N2, avantagé par l'encadrement constant d'un collègue, adopte des modes opératoires efficients, ce qui se traduit par un nombre peu élevé de coups de couteau, proche de celui que l'on relève chez les expérimentés. N1 dans la même période en compte beaucoup plus, mais la différence s'inverse ensuite car N2 n'arrive pas à retrouver les astuces données par le collègue lors du premier jour, alors que N1 bénéficie, lui, des conseils des collègues au fil de l'eau. En fin de mois, N1 réalise l'activité presque comme un expérimenté ; il a encore des difficultés pour maintenir en place les plaques de matière pendant la coupe, mais un collègue est toujours là pour lui donner des conseils ; ses résultats sont jugés par les chefs comme supérieurs à ceux habituels des novices. Il en va autrement pour N2 : le maintien des plaques n'est pas acquis, elles tombent, son nombre de coups de couteau reste élevé, sa production en est affectée.

Cette étude a retenu notre intérêt par l'éclairage particulièrement précis qu'elle apporte sur la diversité des modalités de suivi, leur dynamique et leurs effets. On y retrouve d'ailleurs des éléments qu'avait soulignés Corinne Gaudart (1996) à propos de l'apprentissage *sur le tas* dans le montage automobile, en reliant la « pédagogie » et les contraintes dues à l'organisation du travail : selon les circonstances, l'apprentissage est global ou fractionné, massé ou distribué dans le temps.

La diversité des modalités de transmission s'exprime ainsi au fil du temps pendant la période d'apprentissage elle-même. Mais des dimensions temporelles de plus long terme sont aussi importantes à considérer. C'est ce qu'ont montré Cloutier et *al.* (2002) dans l'étude précédemment citée, lorsqu'ils insistent sur le rôle joué par l'ancienneté du tuteur : c'est le travailleur le plus expérimenté chez les usineurs (23 ans d'ancienneté) qui met en œuvre les stratégies les plus « élevées » en termes d'implication du stagiaire et aussi les plus « sophistiquées », en particulier quand il explique et démontre deux méthodes différentes pour effectuer la même tâche et les compare en précisant que l'une est plus facile que l'autre.

En adoptant la grille d'analyse de Cloutier et *al.*, Valérie Zara-Meylan et Dominique Cau-Bareille (2007) examinent aussi les modalités de transmission chez les monteurs-installateurs

de structures de fête, et leurs résultats confirment ce qui précède : les modalités de transmission mises en œuvre par les tuteurs varient selon leur âge et leur ancienneté. Les plus âgés utilisent davantage des stratégies favorisant une implication élevée du stagiaire dans les opérations en cours et privilégient le « faire faire ». Selon les auteures ces stratégies se justifient par deux raisons : d'une part, plus les anciens avancent en âge, plus ils ont eux-mêmes « besoin de voir et de faire pour comprendre, ce qui les amène à privilégier ce mode de transmission » ; d'autre part, les anciens, maitrisant bien l'activité, « sont à même de reprendre la main sur le travail du novice si celui-ci s'est engagé dans un raisonnement erroné ». Les monteurs expérimentés mais plus jeunes (« *de la quarantaine* »), pour leur part, utilisent davantage des modalités de transmission plus directives et qui n'impliquent que moyennement les novices. Ils anticipent toutefois sur les difficultés que ceux-ci pourraient rencontrer et ils leur expliquent comment agir en pareil cas. Selon les auteures ces stratégies plus directives sont liées au fait que ces travailleurs, « plus directement affectés à la production que les plus âgés, ont peut-être moins de temps à consacrer à la transmission ». Ils privilégieraient ainsi davantage des stratégies de transmission leur permettant de gagner eux-mêmes du temps, et donc davantage sous la forme de « faire ensemble », que de « faire faire ».

Sur la base d'autres recherches, on pourrait ajouter à ces éléments le fait que les tuteurs se basent aussi sur leur propre expérience de formation (initiale ou continue) pour choisir leurs stratégies de transmission. C'est un élément qu'amène Laurent Veillard (2009), dans le cadre de son étude sur la formation par alternance d'ingénieur. L'auteur, étudiant le suivi de deux stagiaires visant le même diplôme, au sein de deux entreprises différentes, observe les stratégies mises en œuvre par les « tuteurs-entreprise », tant du point de vue de l'encadrement des stagiaires en situation, que de l'encadrement attendu par le centre de formation, via des référentiels notamment. Laurent Veillard remarque ainsi que le premier tuteur déroge aux injonctions du centre de formation en imposant au stagiaire de passer par un « stage ouvrier » beaucoup plus long que celui préconisé, car lui-même a trouvé très préjudiciable le fait de ne pas en avoir eu lors de sa propre formation. Le second tuteur a gardé le souvenir d'une négociation importante entre son propre tuteur et son centre de formation, il reprend cette mission à son compte et négocie de manière assez ferme avec l'école du stagiaire pour trouver des compromis qui de son point de vue rendent cohérentes et articulées les exigences de l'entreprise et celles de l'école. L'auteur en conclut d'ailleurs qu'il faudrait disposer d'une étude plus conséquente sur les biographies des apprentis et des tuteurs pour pouvoir mieux comprendre les effets de ces histoires singulières sur leur participation aux processus de transmission et d'apprentissage.

A l'hôpital

Pour autant que nous ayons pu en juger, le calendrier général de l'accueil et de la professionnalisation des nouveaux dans les services de soins correspond à deux modèles d'ensemble fondés tous deux sur une progression quantitative : soit on confie aux débutantes l'ensemble des soins à réaliser pour chaque patient, puis le nombre de patients augmente peu à peu, soit (plutôt pour les aides-soignantes) on leur confie certaines tâches auxquelles d'autres s'ajoutent par la suite.

Au-delà de cette distinction entre deux schémas généraux de déroulement, on retrouve à l'hôpital toute la diversité des modalités d'encadrement des nouveaux, telles qu'elles sont présentées par les différents auteurs que nous avons cités précédemment. Alain Savoyant dans le texte précité énumère, lui aussi, les différentes façons de transmettre chez les infirmières : « la tutrice explique, dit, montre et fait faire à la débutante, contrôle et corrige ce que fait cette dernière » (Savoyant, 2005, p 16). Il développe cette analyse en montrant la subtilité des stratégies d'encadrement : pour la tutrice « il faut « apprendre à montrer », il faut savoir ralentir et décomposer des gestes, identifier et différencier clairement toutes les informations prises en compte, détailler et expliciter toutes les étapes d'un raisonnement. La tutrice doit aussi s'assurer que l'élève a bien compris ce qu'on voulait lui faire passer, d'une certaine façon elle doit lui apprendre à observer » (*id.*, p 17). Sur la base de ses résultats on perçoit une discordance entre la complexité de ces stratégies (« tout ceci devrait relever d'une formation au tutorat »), et l'appréciation spontanée des encadrantes : « le fonctionnement en binôme a pour la plupart des infirmières la clarté et la simplicité de l'évidence » (*ibid.*).

3. Des contenus multidimensionnels

On l'a déjà évoqué, les dispositifs de formation professionnelle (initiale ou continue) sont régis par de nombreuses prescriptions. Les contenus des pratiques sont aussi des cibles de ces prescriptions via notamment les « référentiels ». Ces derniers possèdent de multiples appellations : de métier, d'emploi, de diplôme, de compétence, de formation… et sont construits comme des outils normatifs et évaluatifs (Weill-Fassina, 2012). Quelle que soit leur orientation, les référentiels cherchent à décrire les ressources que les individus doivent détenir pour réaliser les tâches attendues, et cela indépendamment de la personne qui exerce l'activité. Ces référentiels s'appuient principalement sur un modèle gestionnaire des compétences qui en appauvrit la définition, selon Anne Dietrich (1999), qui explique ainsi la genèse de ce modèle :

> *« certains concepts en gestion font l'objet d'un engouement soudain. Les gestionnaires n'en retiennent souvent qu'une définition simplifiée pour véhiculer*

> *une conception nouvelle de l'organisation, du travail ou de l'homme. Fonctionnant à la manière de mots d'ordre organisationnels, ces concepts se vident de leur capacité analytique pour devenir purement descriptifs. C'est le cas de la compétence »* (*ibid.*, p 10).

Elle ajoute : « la compétence est le mot d'ordre qui va donner forme aux impératifs gestionnaires de flexibilité et les concrétiser dans des savoir-faire et des comportements requis » (*id.*, p 11).

Patrick Mayen, Jean-François Métral et Claire Tourmen (2010) précisent pour leur part que les référentiels aboutissent le plus souvent

> *« à découper l'activité des professionnels en autant de tâches listées qui deviennent des « savoir-faire (« capacité à »), puis à identifier des « savoirs » et « savoir-être » […]. Les référentiels de compétences présentent alors des listes de capacités, connaissances, savoir-faire, savoir-être, habiletés, aptitudes, qualités etc. et compétences, plus ou moins généraux, décontextualisés et non hiérarchisés »* (ibid., p 32).

On comprend dès lors les réflexions critiques auxquelles les référentiels donnent lieu de la part des auteurs soucieux de défendre le point de vue de l'activité, comme ici Pierre Pastré (1999) :

> *« (les référentiels) décrivent les tâches prescrites, non le travail réel ; dans un moment où il y a une crise de la prescription, ils apparaissent comme des éléments rigides, qui n'épousent pas l'évolution des métiers ; enfin, marqués par leur origine très comportementaliste, ils oublient le savoir-comprendre, en ne retenant que des savoir-faire »* (ibid., p 18).

Ce sont ainsi les situations de travail elles-mêmes, dans leur complexité, qui sont absentes des référentiels, « rien n'est dit sur la réalité du travail, ses contraintes, ses objets, autrement dit, les situations que les professionnels auront à rencontrer » (Mayen, Métral, Tourmen, 2010, p 33).

On retrouve des préoccupations voisines dans des recherches sur la formation en alternance. Là aussi on assiste à des remises en question d'un modèle simplificateur qui a persisté longtemps, et qui reposait sur la séparation entre « savoirs théoriques » plutôt appris à l'école, et « savoir-faire » plutôt acquis dans la pratique en entreprise. Philippe Perrenoud (2001) met au contraire l'accent sur la nécessaire articulation entre théorie et pratique dans les formations en alternance. Il précise alors que théorie et pratique ne se créent pas dans des

lieux distincts : même si « les rapports au réel, à l'action, à la réflexion et aux savoirs diffèrent certes selon qu'on mène une activité en milieu de travail ou qu'on l'analyse en prenant de la distance », le « terrain » n'est pas le seul univers de la formation qui se réfère à la pratique, et il n'est pas dépourvu de théorie. La formation professionnelle, même dans le cadre de l'école « est censée se référer constamment à une pratique expérimentée ou anticipée », et à l'inverse, « dans le cadre du travail, on ne cesse de mobiliser des savoirs théoriques, même s'ils ne suffisent jamais à guider l'action » (*ibid*., p 10).

L'opposition théorie vs pratique se retrouve aussi au sein des entreprises et suscite des critiques similaires. Alain Savoyant (2006) explique par exemple que dans de nombreuses entreprises ou situations de travail « on a tendance à assimiler le théorique au prescrit et le pratique à la mise en œuvre de ce prescrit » (*ibid.,* p 12). L'auteur conteste cette assimilation : si une prescription consiste en une « liste de choses à faire, à réaliser, on est bien du côté de la pratique et sûrement pas du côté de la théorie. Le prescrit c'est précisément de la pratique », à l'inverse, « la théorie c'est tout ce qui fonde la pratique, c'est tout ce que je connais sur le monde qui me permet d'agir dedans » ; « c'est tous les savoirs qui vont rendre compte des propriétés de la situation, de leur relation, etc. » (*id.*, p 13), et que l'auteur nomme aussi « *savoirs épistémiques* ».

Ces éléments sont à mettre en lien avec les paradigmes de la didactique professionnelle, dont Pierre Pastré (2008) explique pourquoi elle met l'activité au centre de son analyse : « la manière habituelle que nous avons de concevoir les rapports entre activité et savoirs est généralement calquée sur la manière dont on comprend les rapports entre théorie et pratique : la pratique comme simple application de la théorie » (*ibid.*, p 56). Il ajoute que si l'on pense ainsi « on passe à côté de la dimension constructive et créative de l'activité » (*id.*).

Plus précisément Pierre Pastré, Patrick Mayen et Gérard Vergnaud (2006) soulignent que les « *savoirs épistémiques* » et les « *savoirs pragmatiques* » valent d'être distingués, mais ne doivent pas être mis en opposition. Les registres épistémiques et pragmatiques sont les modes d'expression de deux formes de la connaissance (« prédicative » et « opératoire »), appliquées à un domaine donnée. Chaque registre est caractérisé par son but et par le type de conceptualisation qu'il implique.

- les « *savoirs épistémiques* » ont pour finalité de rendre compte de l'état du monde, ils décrivent ainsi les objets du monde par leurs propriétés et leurs relations : « par exemple, face à un système technique, le registre épistémique permet de répondre à la question : « comment ça fonctionne ? ». Il cherche à identifier les relations de détermination qu'on peut établir entre les principales variables constitutives du système » (*ibid.*, p 159) ;

- les savoirs « *pragmatiques* » ou encore « *opératifs* », sont, eux, des savoirs utilisés dans une action, et ne retiennent du monde que ce qui est pertinent pour cette action. Ainsi, selon les auteurs, le registre pragmatique a pour but la réussite de l'action, en identifiant des indicateurs qui vont permettre de réaliser un diagnostic de la situation. Si l'on reprend l'exemple d'un système technique, « il répond à la question : « comment ça se conduit ? » […] (Il) sert ainsi à relier les prises d'informations aux répertoires de règles d'action disponibles » (*id.*).

Alain Savoyant (2006) ajoute que tous les savoirs, qu'ils soient académiques, disciplinaires ou professionnels ont une dimension épistémique. Toutefois, les savoirs épistémiques impliqués dans les savoirs professionnels sont moins bien définis, moins organisés, souvent non énoncés ou peu formalisés et ne sont pas facilement explicitables, en comparaison de ceux appliqués dans les savoirs disciplinaires ou académiques.

L'approche de la didactique professionnelle éclaire ainsi le caractère multidimensionnel des contenus en distinguant deux registres de conceptualisation, en montrant leur articulation nécessaire, et les multiples facettes de chacun d'eux. Les recherches des ergonomes vont retrouver cette diversité, et bien sûr la place centrale de l'activité, en s'intéressant elles aussi aux contenus des pratiques susceptibles d'être « objets » de la transmission professionnelle, c'est-à-dire – pour reprendre l'acception de cette dernière que nous avons indiquée en introduction – aux éléments médiatisés par autrui en situation réelle de travail, et susceptibles de constituer une ressource potentielle que la personne devra s'approprier pour agir en situation.

Il n'est donc pas surprenant que, dans ces recherches, la diversité des « contenus transmis » soit à la mesure de la multiplicité des facettes des pratiques professionnelles, telle qu'elle ressort de l'analyse détaillée de l'activité et de sa compréhension. Catherine Teiger (1993) souligne bien ce caractère complexe et multidimensionnel de l'activité, tel que les ergonomes le montrent. Elle rappelle que celle-ci est l'expression d'un compromis dont la construction est

> *« de nature stratégique : il s'agit plutôt d'une méta-activité, c'est-à-dire d'une activité de gestion des activités, qui intègre à la fois des connaissances techniques nécessitées par les spécificités de la tâche et des métaconnaissances que possède l'opérateur sur son propre fonctionnement »* (*ibid.*, p 120).

Selon l'auteure cette « intelligence stratégique » présente trois caractéristiques :

> *« elle est multidimensionnelle et comprend des dimensions biologiques, cognitives, affectives et axiologiques, dont l'articulation est très mal connue ; elle gère le temps, temps de l'individu, temps de la production, temps de la société ;*

> *elle ressortit à la pensée naturelle orientée vers la résolution de problèmes concrets »* (*id.*).

Cette façon de voir implique d'emblée une distance entre l'approche des ergonomes et les démarches usuelles des entreprises, quand celles-ci cherchent à capitaliser, formaliser et stocker « les » savoirs détenus par les « anciens » pour les transférer, les transmettre aux nouveaux. Comme le font remarquer Céline Chatigny et Nicole Vézina (2008),

> *« ce qui intéresse l'ergonome en matière de savoirs professionnels, c'est moins d'arriver à une typologie de savoirs que de prendre en considération tout ce qui joue un rôle dans la construction de l'activité, des régulations et des stratégies permettant d'apprendre et de réaliser le travail en contexte réel »* (*ibid.*, p 138).

Il ne s'agit pas pour autant de renoncer à décrire la diversité des contenus, transmis ou à transmettre. C'est ainsi qu'Esther Cloutier et *al.*, dans leur étude déjà évoquée, réalisée auprès de cuisiniers et d'usineurs, ont élaboré une catégorisation des savoirs réellement transmis en situation de travail. Cette classification repose sur trois niveaux, selon les différents aspects du travail auxquels ils renvoient[18]: le *niveau microscopique* fait référence à l'objet fabriqué, l'outil ou la machine utilisés, les modes opératoires ; le *niveau mésoscopique* concerne le collectif de travail, la santé et la sécurité du travail, le traitement des informations et les écarts entre l'école et l'entreprise ; le *niveau macroscopique* renvoie aux aspects de l'organisation du travail, du processus de production, ainsi que les valeurs partagées dans l'entreprise et le sens du travail. Les éléments réellement transmis font ainsi référence à des aspects du travail à différents niveaux et qui dans l'activité, s'entremêlent.

Dans son étude, menée auprès de travailleurs de deux secteurs : une chaîne de transformation de viande et un service d'intervention sur les réseaux d'eau, Céline Chatigny (2001a ; 2001b ; 2001c) propose également une catégorisation des éléments de connaissance à acquérir, et s'intéresse en outre à la dynamique de ces acquisitions. Elle développe le concept de « *ressources opératoires* » qu'elle présente comme « des aides que les individus se construisent individuellement et collectivement, à partir d'éléments de l'environnement de travail et de vie privée, représentant pour eux une source potentielle de ressources » (Chatigny, 2001a, p 8). Sur cette base, elle identifie dans les situations observées des ressources opératoires qui correspondent à plusieurs dimensions de l'activité : spatiales, temporelles, humaines, matérielles et techniques. De plus, elle met en évidence une progression dans les éléments qu'il faut apprendre. Il s'agit tout d'abord d'apprendre à « identifier les sources de ressources et de contraintes » des situations, puis seulement par la

[18] Afin ne pas alourdir la présentation, nous prendrons ici uniquement les éléments relatifs à l'usinage

suite apprendre à « construire et utiliser les ressources pertinentes », et enfin, apprendre à « contourner et limiter les inconvénients des contraintes ».

On retrouve cette idée de progression, et une catégorisation qui présente quelque analogie avec la précédente, dans le modèle présenté par Nicole Vézina (Vézina, 2001 ; Vézina, St-Vincent, Dufour, St-Jacques et Cloutier, 2003) sur la base de deux travaux réalisés, d'une part dans une entreprise de fabrication de bottes, et d'autre part dans une entreprise de fabrication automobile. Nous allons expliciter cette grille de lecture, qui met bien en évidence la complexité des apprentissages, tout en favorisant leur analyse. L'auteure fait le constat que les travailleuses et travailleurs de ces deux métiers ont exprimé de la même façon les étapes d'apprentissage qu'ils devaient parcourir pour maîtriser un poste de travail, allant de l'apprentissage « *des opérations* » à la possibilité « *d'être à l'aise* » puis « *d'être en contrôle* ». L'auteure a schématisé ces éléments de la manière suivante (Figure 3, ci-dessous).

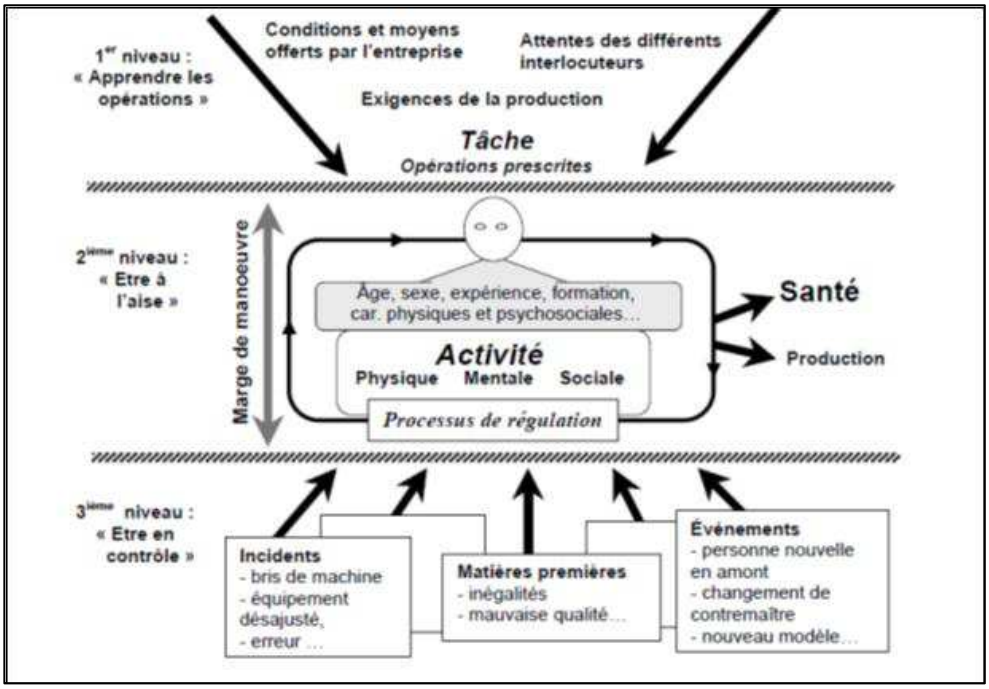


Figure 3: Les différents niveaux d'apprentissage selon les travailleurs et les travailleuses de deux usines de fabrication (Vézina, 2001, p 56)

- Le premier niveau, « *apprendre les opérations* », représente selon l'auteure, la découverte de la tâche prescrite, des attentes et exigences de l'entreprise et des différents interlocuteurs, y compris les collègues de travail. Le travailleur se familiarise aussi avec les moyens et les conditions présents pour réaliser la tâche. Cette période est très courte, de quelques heures à quelques jours ; l'auteure précise

qu'il s'agit souvent de la seule période où les apprentis bénéficient d'une personne ressource ;

- Le second niveau, « *être à l'aise* », correspond à la période où la personne cherche à trouver sa propre façon de faire : « comment se placer, comment ordonner les opérations, comment préparer les outils, etc. ». La personne cherche ici « à réguler son travail pour diminuer les contraintes, récupérer du temps, élargir sa marge de manœuvre et atteindre un équilibre entre sa santé et la production ». Cette période semble plus longue que la précédente, s'étalant sur plusieurs semaines ;

- Le troisième et dernier niveau, « *être en contrôle* », coïncide avec le moment où la personne est en mesure de faire face à la variabilité du travail, aux incidents, aux évènements qui se présentent. Le travailleur réussit à réaliser son travail dans différents types de situations, et ce, malgré les difficultés qu'il rencontre. Dans l'étude sur les couturières dans la fabrique de bottes, Nicole Vézina et *al.* (1998), avaient relaté que celles-ci estimaient à deux ans le temps nécessaire pour atteindre ce niveau de « contrôle » sur l'un des postes de travail.

Ce modèle a été réutilisé par la suite par Sylvie Ouellet en 2009, dans le cadre de sa thèse[19] centrée sur l'apport de l'analyse ergonomique à la conception de formation, en vue de la prévention des troubles musculosquelettiques dans le secteur de la découpe de viande. Sylvie Ouellet et Nicole Vézina formulent l'hypothèse qu'il est important de non seulement transmettre aux apprentis le « *quoi* » faire, mais aussi le « *pourquoi* » et le « *comment* » faire ; les résultats semblent montrer que les deux premiers items prédominent (Ouellet et Vézina, 2009). Elles se fondent sur l'affirmation de Sandra Bellier 2002), selon laquelle « l'analyse des contenus à transmettre doit aller beaucoup plus loin que la simple mécanique du geste physique, concret ou abstrait. Il faut intégrer d'emblée la compréhension de la méthode sous-jacente, de la façon de s'y prendre » (*ibid.*, p. 48). En référence à ces éléments de réflexion, elles élaborent une typologie de savoirs qu'elles redéfinissent ainsi :

- le « *savoir-faire* » est défini comme « la capacité d'un individu à mobiliser dans son activité un ensemble de savoirs lui permettant d'atteindre un objectif » ;

- le « *savoir-faire efficient* » fait référence à « la capacité d'un individu à mobiliser dans son activité un ensemble de savoirs lui permettant de répondre à un objectif visant à la fois la production et la protection de sa santé et celle des autres » (Ouellet et Vézina,

[19] Il s'agit d'une « *thèse par articles* » : Ouellet et Vézina (2008) et Ouellet et Vézina (2009)

2009, p 4). Pour les auteures cette notion prend la relève de celle de « *savoir-faire de prudence* » (Cru et Dejours, 1983 ; Chatigny et Vézina, 2004) habituellement employée en ergonomie pour désigner les savoir-faire qui permettent aux opérateurs de se protéger ;

- les « *savoir-être* » se présentent comme « les activités par lesquelles la personne manifeste non seulement sa façon d'appréhender sa propre personne (le concept de « soi »), les autres, les situations et la vie en général, mais aussi sa façon de réagir et d'agir » (Ouellet et Vézina, 2009, p 4).

L'usage de cette typologie leur permet de classer les nombreux éléments de contenus « transmissibles » qu'elles ont recueillis : caractéristiques de la matière première, procédures, principes de prévention, utilisation de l'outil, informations sensorimotrices, modes opératoires, attitudes, etc.

A l'hôpital

Dans le « Document Céreq », où figure le chapitre d'Alain Savoyant déjà cité, Ewan Oiry (2005) analyse les domaines de savoirs et de compétences sur lesquels portent les apprentissages des infirmières. Il distingue :

- *les compétences techniques,* c'est-à-dire l'éventail des « actes » de soins : piquer, sonder, administrer une prescription, relever les constantes, etc. Il s'agit alors, en plus de maîtriser la dextérité des gestes, de mémoriser leur enchaînement et d'anticiper le temps pris par un soin ;

- *les savoirs d'ordre biomédical*, ceux sur lesquels reposent l'identification des pathologies, le diagnostic de leur évolution et l'administration des prescriptions. Il s'agit ainsi de pouvoir faire des liens entre les causes et les effets d'un traitement, mieux comprendre les pathologies, et pouvoir aussi les expliquer aux patients ou à leur famille. L'auteur souligne que ces savoirs constituent l'un des paradoxes de l'activité infirmière et font l'objet d'intenses débats entre les infirmières, et avec les médecins ;

- *les compétences d'interaction avec le patient* (et la famille), compétences souvent désignées sous le terme « relationnelles ». Interagir avec un patient, c'est tout à la fois le connaître en tant que personne, connaître sa pathologie et les effets que les traitements vont avoir sur lui. Il s'agit ainsi d'anticiper ses réactions et comportements face aux traitements, mais aussi de l'éduquer, c'est-à-dire lui donner des informations et conseils sur sa pathologie et sur la manière de gérer son traitement. Ewan Oiry

distingue ici plusieurs « niveaux » de relationnel : le « relationnel-soins » correspondant aux explications données par l'infirmière aux patients sur ce qu'elle est en train de faire pendant la réalisation des soins ; le « relationnel-patient » correspondant à des échanges avec les patients qui ont pour objectif explicite une amélioration de leur bien-être ; le « relationnel-famille » qui fait aussi débat car ce sont officiellement les cadres de santé qui sont censées assurer le contact avec les familles.

- *les compétences d'auto-organisation de l'activité,* qui permettent de composer avec l'organisation du travail : économiser son temps, terminer son tour à temps, hiérarchiser les priorités, anticiper des évènements imprévus pour éviter de perturber le « tour » initialement planifié ;

- *les compétences de coordination/coopération*, qui correspondent à la maîtrise d'un langage commun avec l'ensemble de l'équipe, à la connaissance de l'organisation du service et de ses membres.

Ce découpage entre catégories de contenus permet d'en donner des descriptions plus précises. On trouve d'ailleurs dans d'autres études des types de contenus transmis qui trouveraient aisément leur place dans cette nomenclature. Par exemple François Aubry, dans sa recherche sur la « transmission du genre professionnel » aux aides-soignantes nouvellement recrutées (en France et au Québec), montre que les anciennes accordent une place très importante aux compétences d'organisation de sa propre activité : les compétences de la nouvelle jugées par le groupe de pairs reposent sur « *un équilibre subtil entre savoir-ralentir et savoir-accélérer* », ou encore sur la « *difficile maîtrise des rythmes de travail paradoxaux, entre lenteur et rapidité* » (Aubry, 2012, p 56). Pour sa part Pascale Molinier insiste sur ce qu'Ewan Oiry appellerait « *compétences d'interaction* » (Molinier recourt pour sa part à la notion, différente, de « care »). Selon elle, ces compétences sont à la fois essentielles et délicates à transmettre car « il existe un réel déficit langagier pour qualifier le type de relations, y compris affectives, qui se construit dans une relation de care professionnel au long cours » (Molinier, Laugier, Paperman 2009, p 21).

Pour en revenir aux analyses d'Ewan Oiry, précisons qu'il recommande d'éviter une lecture trop formelle de son découpage. L'articulation entre les différents types de contenus importe tout autant : « ce n'est pas telle ou telle compétence qui fait le professionnalisme, c'est la mobilisation de plusieurs d'entre elles en même temps et de manière adéquate par rapport à la situation de travail dans laquelle le professionnel se trouve » (Oiry, 2005, p 3).Il est intéressant de noter que cette catégorisation rend ainsi compte d'une articulation entre théorie et pratique préconisée dans les formations en alternance par Philippe Perrenoud (2001) comme on l'a vu précédemment.

Cette idée d'articulation est également très présente dans la recherche de Cathy Toupin (2008) sur le « métier » d'infirmières de nuit et la construction de l'expérience dans ce métier. Sa recherche n'était pas consacrée à la transmission, mais elle nous intéresse particulièrement car elle démontre que l'identification des différents buts du travail infirmier, et en l'occurrence de leurs spécificités la nuit (conformité des soins, consolidation des connaissances sur le patient, respect du sommeil, prise en charge des angoisses, auto-préservation physique, construction du collectif) s'édifie très progressivement, au contact des anciennes :

> *« l'analyse des observations et entretiens menés au sein du service de pneumologie a permis de mettre en évidence le rôle joué par les collègues de travail dans l'identification et la formalisation des buts d'action, et la gestion des tensions pouvant exister entre ces derniers. L'influence des « autres », comme source d'échange et d'apprentissage, se manifeste à différents niveaux : par l'observation des modes opératoires mis en œuvre par les collègues, par leurs conseils, voire par leurs anecdotes »* (*ibid.*, p 265).

4. Une perspective multifonctionnelle

Une dernière facette de la complexité de la transmission que nous allons examiner, concerne le caractère multifonctionnel des stratégies auxquelles elle donne lieu tant du point de vue des entreprises que des acteurs impliqués. Nous importons ce terme de « multifonctionnel » dans le champ de la transmission, en nous inspirant d'analyses réalisées par des membres de notre équipe de recherche, qui s'intéressent à la « *gestion multifonctionnelle* » de situations complexes (Weill-Fassina, 2012) ; cette gestion permet aux opérateurs de tenir plusieurs objectifs simultanément, elle est appréhendable en mettant en évidence les régulations, elles-mêmes multifonctionnelles, qui visent un équilibre entre ces objectifs.

S'agissant de la transmission, nous allons d'abord nous intéresser aux « missions attendues » qui lui sont assignées, sur lesquelles nous retrouvons des éléments déjà évoqués dans les paragraphes précédents, concernant notamment la diversité des dispositifs et des acteurs, et celle des contenus. Nous nous intéresserons aussi à ses « usages » qui, eux, peuvent être plus inattendus.

La mission attendue de la transmission est liée à la reconnaissance du rôle formateur des situations de travail. Cette reconnaissance n'est pas nouvelle ; elle a donné lieu à diverses appellations, comme le notait déjà Jean-Marie Barbier en 1992 : « on parlait de formation sur le tas, de formation informelle, d'apprentissage expérientiel ou encore de socialisation professionnelle » (*ibid.,* p 127) ; ces termes sont toujours employés aujourd'hui. Laurent

Veillard 2004) insiste de son côté sur le fait que les dispositifs de formation professionnelle ont aussi de plus en plus souvent recours aux situations de travail « comme moyen de formation, en complément des situations scolaires » (*ibid.*, p 117). Les enjeux nouveaux de la formation se centrent alors sur le fait de « finaliser davantage les apprentissages par rapport aux situations de travail, d'articuler plus étroitement travail et formation » (*id*., p 10). Comme on l'a dit par ailleurs, la formation par alternance tend à se développer. Les situations de travail sont ainsi tout à la fois « le lieu et l'objet de la formation et aussi le creuset de la transmission de compétences » (Dietrich, 2010, p 29).

En situation, le « nouveau » se retrouve alors dans un double rôle : il est acteur et responsable de son propre développement, mis en situation de devoir lui-même faire des liens entre les différents éléments qu'il reçoit ; il est producteur au sens où il participe aussi à l'activité productive de l'entreprise, surtout dans les situations où il n'est pas surnuméraire mais compté dans les effectifs.

Un même objectif peut par ailleurs se dédoubler. Ainsi, quand il est engagé dans un dispositif de qualification (ou de certification), le nouveau cherche à la fois à acquérir les compétences professionnelles, et les compétences de formation référencées dans le diplôme qu'il prépare (Olry, 2002). On l'a déjà dit, notamment à propos des référentiels, ces compétences peuvent entrer en tension, en contradiction, car elles ne relèvent pas forcément des mêmes critères ; cela peut ainsi mettre les nouveaux dans des situations compliquées, en termes de compréhension des compétences attendues. La recherche de cohérence entre ces deux mondes – école et entreprise – est d'ailleurs au centre des préoccupations, en termes notamment de « collaboration didactique entre écoles et entreprises » dans les formations en alternance (Veillard, 2012).

La classification élaborée par Philippe Astier et *al.* (2006), puis enrichie par Annabelle Hulin (2010), évoquée précédemment, illustre le caractère multifonctionnel de la transmission pour les entreprises elles-mêmes. Les auteurs soulignent la diversité des enjeux auxquels celles-ci sont confrontées, en termes notamment de qualification, d'intégration, d'insertion, d'adaptation, de mobilité et de coopération intergénérationnelle (voir 2- 1.1., ci-dessus).

L'entreprise est ainsi de plus en plus considérée comme un lieu et un « acteur » à part entière de la formation professionnelle. Les dispositifs reposent alors sur le projet de développer la « *professionnalisation* » qui, d'après Richard Wittorski 2008), répond à plusieurs desseins :

> *« la volonté d'un groupe d'individus partageant la même activité de s'organiser sur un marché libre ; l'intention des institutions de « faire bouger » les salariés de manière à accompagner une flexibilité grandissante du travail ; le souhait de*

> *contribuer au développement des compétences des individus par la formation, tout en augmentant l'efficacité de l'acte de formation »* (*ibid.,* p 12).

Il est donc important de prendre en compte cette multiplicité des objectifs pour l'entreprise et pour ses différents acteurs. Dans l'étude sur le tutorat à la SNCF que nous avons déjà évoquée, les auteurs, à partir de l'analyse des documents de l'entreprise, d'observations de situations réelles et d'entretiens avec plusieurs acteurs, établissent ainsi une distinction entre « *tutorat de reproduction* » et « *d'adaptation* » (Delgoulet et *al.*, 2012). D'après les auteurs, le tutorat de reproduction caractérise des situations de travail où les métiers sont « historiquement implantés » et où les contextes sociotechniques sont relativement stables. C'est alors le modèle du métier avec les « compétences, normes, représentations et valeurs propres à un groupe social » qui fait l'objet de la transmission, et celle-ci joue elle-même un rôle dans la solidarité au sein de ce groupe social. A l'inverse, le tutorat d'adaptation prend place dans des contextes professionnels plutôt instables et renvoie à un « accompagnement ciblé et momentané » qui vise à répondre aux évolutions techniques, règlementaires et socio-organisationnelles, et où les savoirs et savoir-faire professionnels ne sont pas encore stabilisés, dans un métier en voie de construction, consolidation ou mutation.

On voit bien que ces deux conceptions du tutorat portent en elles tout à la fois un point de vue différent sur la formation et l'apprentissage, mais aussi sur le métier lui-même. Il n'est pas exclu que ces deux conceptions en viennent à coexister dans une même situation de travail. Elles pourraient alors entrer en tension, et créer des conflits entre acteurs de l'entreprise (entre hiérarchie et opérateurs, entre opérateurs eux-mêmes, etc.), selon le dosage de « reproduction » et « d'adaptation » que chacun juge bon d'adopter. En nous référant de nouveau à Frédéric De Coninck (1998) quand il décrit toutes les « *bonnes raisons de résister* », on pourrait inférer l'existence de liens entre ce dosage et les attitudes de « résistance » (ou non) face au changement. Dans certains cas les anciens hésiteraient à transmettre des pratiques ou des objectifs auxquels ils n'adhèrent pas. De leur côté, les nouveaux pourraient ne pas se retrouver dans ce que leur proposent les anciens, eu égard aux savoirs qu'eux-mêmes détiennent, du fait de leur propre formation. Dans le meilleur des cas, ce double dosage entre reproduction et adaptation (celui de l'ancien, celui du nouveau) pourrait déboucher sur une transmission mutuelle, réciproque, avec la mise en commun des connaissances de chacun, nous y reviendrons.

On voit poindre ici une autre dimension importante de la multifonctionnalité dans l'apprentissage des métiers : celle des « cadres temporels », pour reprendre une terminologie adoptée dans d'autres domaines par Valérie Zara-Meylan (2012). Nous allons voir par deux exemples (issus de recherches menées au sein de notre propre équipe), l'existence d'une contradiction en ce domaine entre les objectifs visés par l'entreprise et les exigences des

métiers ; une composante essentielle de cette contradiction a trait à la gestion des durées d'apprentissage.

L'étude réalisée dans la construction automobile par Corinne Gaudart (1996, 2000, 2003) centrée sur la mise en place de la polyvalence et les difficultés qu'elle soulève, permet d'approcher les objectifs de la formation à un nouveau poste de travail dans les termes suivants : pour l'entreprise, former vite, voire dans l'urgence ; et pour les ouvriers, notamment expérimentés, élaborer une gestion fine de l'espace, du temps et de leurs propres gestes, alimentée par des savoirs stratégiques. Les formés ont donc besoin d'une durée d'apprentissage qui leur soit garantie et pas trop courte – qu'au moins les trois jours, officiellement prévus, leur soient réellement alloués. La hiérarchie, elle, perturbe leurs possibilités d'anticipation au cours de l'apprentissage en interrompant celui-ci pour réaffecter le tuteur ou le formé sur un autre poste (qu'ils connaissent) selon les besoins du moment.

A une tout autre échelle de temps, l'étude réalisée par Valérie Pueyo et Michel Millanvoye (Pueyo, 2012), auprès de fondeurs de la sidérurgie, rend aussi compte de contradictions qui peuvent être source de tensions entre les entreprises et les « métiers ». De manière consensuelle pour les ouvriers expérimentés, dix ans sont jugés nécessaires pour devenir un fondeur expérimenté. Etre expérimenté signifie ici, dans une optique elle aussi multifonctionnelle, avoir développé des stratégies permettant de faire face aux risques industriels et aux situations critiques assez rares, tout en gérant sa propre santé et sécurité, mais aussi celles des autres. Cette période de dix ans permet aux fondeurs de se forger ces stratégies au fil du temps, en se confrontant à une diversité de situations tout en côtoyant les anciens expérimentés qui possèdent ces stratégies. La vision de l'entreprise sur ce thème est différente. Cela se traduit par une gestion des ressources humaines qui, selon l'auteure, fait peu de cas de ce modèle d'élaboration des compétences. Ce n'est pas sans conséquence pour les fondeurs et ceci de manière différenciée selon la population des formés. D'un côté des anciens cokiers, plutôt âgés, arrivent dans le métier car jugés « aptes au travail à la chaleur » par la direction des ressources humaines, mais termineront leur vie professionnelle en même temps que leurs tuteurs, voire avant eux, et de toute façon, bien avant les dix années nécessaires. D'un autre côté, des jeunes, à qui on assigne une grande polyvalence entre métiers et entre hauts fourneaux, se retrouvent dans des collectifs multiples et instables, et leur présence auprès des expérimentés est réduite ou morcelée. A cela s'ajoute le fait que numériquement, les expérimentés sont de moins en moins nombreux en proportion ; ainsi en cas d'incident sérieux, ce sont eux qui gèrent les situations, en mettant les novices à l'écart, ce qui ne participe pas à la formation de ces derniers.

Il nous faut à présent insister sur une autre facette de la multifonctionnalité, un autre facteur de tension dans les situations de transmission : celle-ci se déroule simultanément à

l'activité productive. Elle se joue « *dans les interstices de l'activité de travail* » (Zara-Meylan et Cau-Bareille, 2006), et demande aux acteurs concernés d'effectuer sans cesse des arbitrages entre la transmission et la production à assurer : le repas préparé par les cuisiniers doit tout de même être prêt à temps (Cloutier et *al.*., 2002), l'écrou du coffreur de ponts doit absolument être « *bien serré mais pas trop* » (Chassaing, 2006), la machine à boucher doit être impeccablement remise en état avant la fin de la coulée (Pueyo, 2002), autant de situations qui peuvent amener, dans un binôme, l'encadrant à se recentrer sur sa propre activité de travail en faisant passer l'objectif d'apprentissage au second plan, voire en interrompant celui-ci ; le nouveau de son côté étant alors cantonné à faire avancer les quelques tâches qu'il maîtrise déjà.

En outre, en raison de la diversité des pratiques professionnelles, d'un encadrant à un autre, mais aussi pour un même encadrant suivant les contextes des situations, les nouveaux doivent, pour progresser, apprendre à décrypter les comportements des autres pour accéder à leur sens, et démêler les informations enchevêtrées dans les communications et les actions des autres (Cau-Bareille, 2012. Cau-Bareille et Zara-Meylan 2006 ; Zara-Meylan et Cau-Bareille, 2007). Comme le fait remarquer Yves Clot de son côté, « c'est en apprenant à distinguer les autres entre eux que je parviens à me distinguer d'eux » (Clot, 2005, p 195).

Pour y parvenir l'activité des nouveaux obéit à une double nécessité : apprendre les temporalités de la production, mais aussi les exploiter pour mieux isoler un moment d'acquisition de compétences (Olry, 2002). Le nouveau doit ainsi « saisir dans son action ou celle d'un autre, une opportunité pour apprendre in situ le métier » (*ibid.*, p 19). L'auteur précise que « l'opportunisme » ici ne concerne pas seulement une prise d'information supplémentaire, mais relève de « l'exploitation d'une opportunité temporelle pour gérer et/ou développer un apprentissage dans le cours des tâches productives » (*id.*, p 26).

Il nous faut insister sur cette idée d'un « *apprentissage opportuniste* ». Une première définition en avait été formulée par Pierre Falzon et Laurence Pasqualetti (2000) en termes « d'apports d'informations qui vont au-delà du besoin immédiat des opérateurs » (*ibid.*, p 124), où les auteurs se situaient cette fois-ci du côté des aides apportées par les tuteurs. On retrouve la combinaison de ces deux éléments dans la définition donnée par Gaudart et *al*. (2008) où cette fois tous les opérateurs, quel que soit leur statut d'encadrant ou de formé « tentent de tirer le meilleur parti des circonstances » :

> *« les nouveaux prouvent qu'ils sont en mesure de faire le travail « en arrivant plus tôt pour faire le travail, en profitant des pauses ou des absences de collègues, en prenant les outils des mains des anciens » ; les plus anciens transmettent en fonction des occasions du moment sur le chantier, travailler à côté d'un nouveau,*

> *passer à côté d'un nouveau et constater ses difficultés, ou encore, profiter d'un temps de battement »* (*ibid.*, p 11).

Aux éléments de « multifonctionnalité » que nous venons de présenter, s'ajoutent ceux qui découlent de la forte dimension collective que la transmission comporte, de par la diversité des acteurs qu'elle mobilise (Chapitre 2 - § 1.2.). Cette dimension collective se joue déjà dans les binômes, mais plus largement au sein des « collectifs de travail » (au sens de Caroly et Clot, 2004) ou en tout cas des équipes de travail.

Rappelons d'abord que les modes d'intégration des nouveaux au sein des entreprises passent souvent par la mise en place de périodes probatoires, de mises à l'essai, voire de mises à l'épreuve des capacités et aptitudes du salarié en situation de travail. Nous avons déjà abordé cet aspect à propos de l'étude réalisée par Corinne Gaudart et *al.* (2008) dans le BTP, mais nous retrouvons ces éléments dans l'étude d'Esther Cloutier et *al.,* auprès de techniciens du cinéma (Cloutier, Fournier, Ledoux, Gagnon, et Vincent-Genod, 2008 ; Ledoux, Cloutier, Ouellet, Gagnon et Ross, 2008). Ce milieu de travail est caractérisé, entre autres, par des contrats de travail précaires car les équipes sont constituées à l'occasion d'un tournage et se désagrègent ensuite. Les novices sont sollicités pour participer de manière active à la production et doivent rapidement montrer leurs capacités, « faire leurs preuves » en étant attentifs et coopérants, trouver « la bonne attitude » quand ils se trouvent immergés dans des situations et organisations variées, caractéristiques des plateaux de cinéma. Dans ce milieu, s'intégrer à la culture du métier semble déterminant, d'une part pour se faire accepter, et d'autre part pour accéder aux savoirs. Ce n'est qu'en réussissant leur intégration que les novices auront accès aux savoirs des anciens. Cette acculturation au métier se caractérise aux yeux des anciens par plusieurs éléments : un respect de la hiérarchie, l'acquisition rapide du langage technique, la disponibilité pour les entraides, et de façon générale l'adoption d'une attitude proactive montrant que l'on souhaite faire ses preuves. Ces périodes d'intégration ont été relevées par d'autres auteurs comme « des temps de construction de la qualification et aussi des pratiques de sélection de la main d'œuvre, complémentaires aux critères d'embauche » (Joseph, Lochet et Mansuy, 1997, p 286). Ainsi, comme le notent Patrick Conjard et *al.* (2006), « le collectif produit lui-même de la reconnaissance... ou de l'exclusion, et le lien de l'individu au collectif est principalement marqué par un enjeu d'intégration » (*ibid.*, p 15).

Toutefois au-delà de ce rôle de sélection, les équipes, les collectifs, jouent un rôle de ressource, pour la construction des compétences individuelles et collectives de leurs membres. L'étude réalisée par Ada Avila Assunçao (1996, 1998) auprès de cuisiniers d'un restaurant universitaire, dans un contexte de nombreuses atteintes de TMS, montre des situations d'entraide au sein du collectif relatives à deux fonctions principales : d'une part, réduire

certains effets des conditions de travail, accrus avec l'âge, sur les capacités physiques des opérateurs, d'autre part, compenser chez les novices leur manque de compétences et de savoir-faire. Chacun des membres de l'équipe a conscience de ses propres compétences et difficultés vis-à-vis de telle ou telle composante de l'activité de travail, mais connaît aussi celles des collègues. L'initiation des jeunes cuisiniers novices aux savoir-faire culinaires et à la préparation des repas est assurée par les anciennes, « en échange » (même si ce n'est pas formulé ainsi) de l'aide que les jeunes leur apportent dans la réalisation de certaines tâches manuelles douloureuses pour elles.

La prise en considération du « *genre professionnel* », au sens que lui donnent Yves Clot et Daniel Faïta (2000), apporte un éclairage supplémentaire aux composantes collectives de la « multifonctionnalité » dans la transmission. Ce terme désigne « les antécédents ou les présupposés sociaux de l'activité en cours, une mémoire impersonnelle et collective qui donne sa contenance à l'activité personnelle en situation : manières de se tenir, manières de s'adresser, manières de commencer une activité et de la finir, manières de la conduire efficacement à son objet » (*ibid.*, p 12). Les auteurs affirment ici que « mobiliser le genre du métier, c'est aussi se mettre au « *diapason professionnel* » (*id.*).

Pour le nouveau cela relève d'une acquisition des usages, des codes sociaux, comme on l'a déjà évoqué à propos des techniciens du cinéma. Cela relève aussi d'une forme subtile et personnelle d'appropriation : « il est confronté aux nécessités de s'approprier le collectif, à l'impératif de l'ingérer pour le digérer, si on peut se permettre cette métaphore » (Clot, 2005, p 193). Mais en même temps,

> *« la transmission pour le novice ne va pas en ligne droite, du dehors au dedans. Elle va simultanément du dedans au dehors. Car il est mis en demeure de prendre part à une histoire et à un travail de transformation des obligations mises au point par d'autres mais à poursuivre » (id.)*.

De leur côté les membres du collectif, et en premier lieu l'encadrant, peuvent saisir cette occasion pour faire valoir ou retravailler leur propre « *style* » : cela peut provenir d'un apport de connaissances, y compris scolaires, venant du nouveau, ou de savoirs que celui-ci a acquis auprès d'autres tuteurs, ce qu'il rapporte de leurs pratiques professionnelles (Chassaing, 2006).

Les stratégies de transmission sont donc multifonctionnelles parce que, entre autres, elles sont multidirectionnelles. Comme le dit Richard Wittorski (1996),

> *« le tutorat n'est pas seulement un moyen pour transmettre des compétences à un public nouvellement accueilli. L'exercice même du tutorat engage les salariés-tuteurs dans une dynamique d'évolution de leurs compétences du fait qu'ils initient*

> *et expérimentent de nouveaux schémas d'action en rupture avec leurs postures professionnelles habituelles. Ces transformations concernent, d'une part, la production de nouvelles façons de voir et de penser le travail et les pratiques et, d'autre part, la production de compétences de type processus et de méta-compétences »* (ibid., p 35).

A l'hôpital

On retrouve à l'hôpital la reconnaissance du rôle formateur des situations de travail, mais aussi les tensions qui peuvent exister concernant les deux orientations possibles en termes de « reproduction » ou « d'adaptation », et aussi le rôle important des collectifs de travail.

Nous pouvons nous arrêter ici sur les observations faites par Sophie Divay (2010, 2011) dans son étude auprès de soignantes d'EHPAD[20], qui présente une situation de « transmission empêchée » à travers l'existence de « divisions conflictuelles » fortes entre des titulaires et leurs remplaçantes. Pour combler le manque d'effectifs, la direction de l'établissement fait de plus en plus appel à du personnel précaire pour réaliser les remplacements, et réduit en parallèle le nombre des titularisations ; cela se traduit par un fort turn-over des remplaçantes. Dans ce contexte, Sophie Divay a cherché à comprendre « pourquoi le personnel stable désigne les précaires comme les responsables des désordres organisationnels dont elles pâtissent toutes » (Divay, 2011, p 102). Les titulaires tiennent des propos très critiques sur les remplaçantes, pour des raisons qui renvoient assez bien, selon nous, aux visions différenciées des unes ou des autres quant aux objectifs du travail et aux « fonctions » de la transmission.

C'est ce qui se produit par exemple quand, suite à une réorganisation dans la gestion du personnel, les remplaçantes sont elles-mêmes amenées à s'absenter : il peut ainsi arriver que des titulaires remplacent des remplaçantes. L'auteure constate aussi que les permanentes interprètent certains comportements des remplaçantes comme des « insolences » : non seulement leurs conseils ne sont pas pris en compte, mais ils sont en outre contestés ; certaines jeunes remplaçantes se permettent de leur signaler les erreurs qu'elles commettent au regard des dernières normes d'hygiène et de soins qu'elles ont appris à l'école. Les remplaçantes sont également critiquées pour leur manque de conscience professionnelle et d'intérêt pour leur travail car jugées peu attentionnées envers les patients. Enfin, s'ajoute au jugement des anciennes sur la dégradation de leurs conditions de travail le fait qu'elles « ont l'impression de mal faire leur travail et sont en outre obligées de confier leurs résidents à des inconnues dont elles n'ont pas eu le temps d'apprécier les compétences ou les potentialités »

[20] Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

(*ibid*., p 113). Mais l'auteure propose justement une prise de distance vis-à-vis de ce type de stigmatisation : « ces discours accusateurs se limitent à la description de comportements individuels qui laisse dans l'ombre les facteurs organisationnels et les orientations qui sous-tendent la politique de gestion du personnel » (*id.*, p 108).

Nous revenons enfin sur la recherche menée par François Aubry (2012) pour pointer la fonction de « mise à l'épreuve » que les collectifs ou les équipes de travail peuvent assigner à la période d'accueil chez les aides-soignantes. Le jugement des anciennes sur les compétences d'une nouvelle se centre sur deux points précis liés au travail de celle-ci - ceux-là mêmes que nous avons évoqués ci-avant (§ 2.3 sur les contenus multidimensionnels) en évoquant cette même recherche et celle de Pascale Molinier (2000) - : d'une part celui du « *care* » où la nouvelle doit réaliser les soins en démontrant un souci de douceur et d'empathie, en respectant le rythme éventuellement lent des personnes âgées, et en ne manifestant pas de gestes d'impatience ; d'autre part, celui de la capacité à travailler vite pour ne pas contribuer à une surcharge de travail pour l'équipe. Pour satisfaire cette dernière exigence, la nouvelle doit se montrer autonome, en prenant des initiatives, et en effectuant les tâches sans réclamer d'aide des collègues. L'auteur constate que le rôle des anciennes lors de la phase d'intégration d'une nouvelle relève à la fois d'un rôle formel d'orientation (l'ancienne présente les lieux, les membres de l'équipe, les résidents), et d'un rôle informel qui consiste à juger de la compétence de la nouvelle, en vue de son recrutement ou non.

5. Une approche ergonomique de la transmission professionnelle

La transmission se place au carrefour d'enjeux actuels majeurs en termes de développement de compétences individuelles et collectives, tant du point de vue du travail, de l'emploi que de celui de la formation : 1) elle se réalise dans, par et pour l'activité productive ; 2) elle participe à la professionnalisation, l'intégration des jeunes et le maintien en emploi des seniors ; 3) elle est au centre des enjeux de formation dans le travail, avec notamment l'expansion des formations par alternance.

Comme nous l'indiquions dès le début de cette thèse, une vision large de la « *transmission professionnelle* » nous semble nécessaire pour prendre en compte l'ensemble de ces enjeux. Rappelons ici la définition que nous avons proposée : c'est un « *ensemble d'échanges à propos des pratiques professionnelles, au cours de la réalisation du travail, entre des individus aux parcours, expériences et anciennetés divers, échanges marqués par les asymétries que cette diversité implique entre ces individus* ». Nous reviendrons dans ce qui suit sur certains éléments de cette définition.

Les précédents paragraphes du présent chapitre 2 nous ont permis d'appréhender la transmission comme un phénomène complexe : elle ne se réalise ni simplement, ni naturellement. Elle mobilise de multiples acteurs, avec des missions aux contours flous, se réalise dans divers contextes plus ou moins formalisés et remplit diverses fonctions. Nous avons également souligné dans le chapitre 1 que le monde du travail connaît des évolutions importantes qui impactent directement les conditions de travail en termes notamment d'intensification et de densification, et ces évolutions impactent aussi la transmission de manière paradoxale : celle-ci est tout à la fois nécessaire pour répondre aux objectifs poursuivis, et obérée par ces contraintes.

Construire une problématique de la transmission dans une perspective ergonomique nous amène à relier cet ensemble d'éléments. Nous cherchons à comprendre ce qui se joue au quotidien dans les situations de travail et de transmission – prises dans le même faisceau de contraintes – pour les entreprises, les acteurs et les bénéficiaires de la production (dans les situations de service, comme c'est le cas pour nous ici). L'examen minutieux de leurs contextes, de leurs dynamiques, de leurs conditions (en termes de contraintes et ressources) et de leurs conséquences possibles (en termes d'efficacité et de santé), est un enjeu important pour agir en cherchant à les concilier au mieux. Nous souhaitons ainsi comprendre en quoi une situation de transmission varie d'un contexte à un autre, c'est-à-dire identifier les facteurs qui l'influencent, qui sont pour elle ressources ou contraintes.

Les activités de production et de transmission sont liées entre elles à plusieurs titres. D'une part, la transmission, se déroulant au cours de l'activité de production, est conditionnée par les ressources, contraintes et aléas de celle-ci. Elle est ainsi dépendante des contextes de travail (du travail hospitalier, pour cette recherche) en termes notamment de gestion des ressources humaines, de contraintes temporelles, de charge de travail, etc. D'autre part, les contenus échangés sont situés et portent sur les pratiques de travail, qui sont elles-mêmes touchées par les évolutions du travail car sommées de s'adapter. Enfin, la transmission, on l'a vu, est elle-même opportuniste et circonstancielle : elle pourra alors être – selon les situations et en fonction de la volonté des acteurs mais aussi des marges de manœuvre disponibles – l'activité principale, une activité secondaire, ou en concurrence avec l'activité de production. L'ensemble de ces éléments nous amène à considérer l'activité de transmission professionnelle comme un révélateur des contraintes et difficultés de l'activité productive. Elle cristallise les enjeux des métiers et des acteurs dans un contexte d'évolutions permanentes.

Pour préciser ces enjeux, il nous faut revenir ici sur l'idée « d'asymétrie », à laquelle nous nous référons dans la définition que nous proposons pour la transmission professionnelle. Nous l'avons déjà signalé, une asymétrie est toujours présente dans les échanges

interpersonnels, notamment en milieu de travail. Elle peut être regardée sous différents angles : expert/novice, âgé/jeune, ancien/nouveau, tuteur/apprenti. Or les changements organisationnels, qui nécessitent l'adaptation ou la création de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques, associés à une flexibilisation de la main-d'œuvre qui multiplie les rencontres entre des personnes aux anciennetés et parcours divers (on a rappelé que c'est particulièrement le cas à l'hôpital), renforcent l'intérêt de regarder plus en détail cette asymétrie. Elle semble, elle aussi, bouleversée par les évolutions en cours dans le monde du travail, car les notions d'anciens et nouveaux, d'expérimentés ou de novices, sont remises en cause par ce contexte mouvant, comme nous aurons l'occasion de le montrer. Ces notions deviennent floues et hétérogènes. Ainsi, l'expérience et les parcours de chacun des acteurs doivent être pris en compte.

Pour reprendre les termes d'Yves Schwartz (1997, Schwartz et Durrive, 2003) chacun possède un « *profil* » particulier « *d'agir en compétence* » par un dosage bien spécifique de différents « *ingrédients* ». Ainsi, ce que les acteurs « montrent » de leur activité dans la transmission est porté par ce « profil », ou encore par un « style » comme le dirait Yves Clot (1999). Le style des acteurs transparaissant au cours d'interactions entre eux, nous considérons la transmission en situation de travail comme une *situation naturelle* de construction du « genre professionnel » ; « naturelle » en ce sens qu'elle se réalise sans la nécessité de mettre en place un dispositif méthodologique particulier (comme les autoconfrontations croisées par exemple, proposées par la Clinique de l'activité).

La transmission professionnelle, non réduite à un dispositif ou à un moment particulier de formation, participe alors à un enrichissement de l'expérience tout au long de la vie professionnelle, et cela de manière mutuelle car c'est un processus qui fait interagir autant « le transmetteur » que « le receveur » : les « nouveaux » peuvent apporter des connaissances aux « anciens » ; encadrer un nouveau demande à l'encadrant d'avoir lui-même réfléchi à sa pratique, et de continuer d'y réfléchir. Ainsi, le statut officiel d'un acteur n'informe pas assez précisément sur ce qui se passe réellement en situation.

Dans notre définition nous insistons aussi sur l'idée « d'échanges sur les pratiques ». Cette option est corroborée par les recherches que nous avons citées en matière de contenus transmis (§ 2.3, ci-avant). Ceux-ci excèdent les aspects techniques du travail pour toucher à des éléments plus larges de construction de stratégies permettant de réaliser le travail tout en se préservant, ou d'articuler différents aspects du travail, non exempts de contradictions. La transmission permet alors à tous de réfléchir aux pratiques professionnelles, de s'inscrire dans une perspective conjointe de santé au travail et de qualité du travail. Mais le contexte est fragile, et la transmission peut être « empêchée » par les contraintes de l'organisation du travail, ce qui est porteur de conséquences négatives à la fois pour les « nouveaux », les

« anciens » et les destinataires de la production ou du service (les patients, dans cette recherche).

Étendue, complexe, située, la transmission professionnelle en situation de travail ne se laisse pas circonscrire dans les dispositifs qui visent à l'aménager. Elle reste une tâche à la discrétion des différents acteurs impliqués (Gaudart et Thébault, 2011, 2012), alors même qu'une volonté de formalisation s'affirme, liée notamment à la mise en place de référentiels. De plus, dans la plupart des cas, les personnes impliquées dans la transmission ne sont pas formées à cette tâche. Cela implique un important « travail d'élaboration » pour les acteurs, tant du point de vue de l'aménagement des conditions permettant sa mise en œuvre, dans des situations de travail déjà contraintes, que du point de vue du choix des modalités de déroulement, et du choix des contenus, en fonction des personnes impliquées et des situations qui se présentent (Thébault, 2011, à paraître ; Thébault, Gaudart, Cloutier et Volkoff, 2012). Les acteurs impliqués ayant eux-mêmes des parcours diversifiés, cela renforce la variabilité interindividuelle des compromis élaborés.

Ainsi abordée, la transmission professionnelle relève d'une médiation par autrui de ressources potentielles de développement, au travers d'interactions, donc au travers d'actions communes et de communications. Son étude ne nous dit pas ce qui est acquis ou compris par les acteurs, cependant elle permet d'approcher ce qui, à un moment donné, est considéré comme important par celui qui initie l'échange – qu'il s'agisse de l'encadrant, du formé, voire d'un collègue. Ainsi, les communications contribuent à l'apprentissage entre les individus.

Parmi l'ensemble des interactions professionnelles, nous nous centrons ainsi sur celles qui cherchent à agir sur autrui, qui ont pour objectif de le former, de participer à son développement. Nous les nommons « *interactions formatives* ». Ces interactions, et le travail d'élaboration auquel elles donnent lieu, font l'objet de la présente recherche. Selon nous, et pour synthétiser, le « *processus d'élaboration d'interactions formatives* » possède trois composantes majeures, articulées entre elles et constituantes d'une dynamique d'ensemble :

- *une élaboration de contenus* : les contenus produits en situation de travail relèvent eux-mêmes d'une certaine complexité. Ceux-ci sont liés à l'activité professionnelle, issus de l'expérience, et vont bien au-delà de la dimension technique de la pratique. Ces contenus sont construits au fil du temps par les personnes, dans leurs rencontres et confrontations entre elles, et à l'épreuve des situations de production diverses qu'elles vivent ou qu'elles ont vécues. Au fur et à mesure, les savoirs techniques se combinent à plusieurs autres registres de connaissances, à portée immédiate ou plus lointaine : organisation du système, préservation de soi, construction du collectif. Les contenus ainsi avancés lors des échanges constituent un potentiel de développement de l'autre, comme une collection de ressources externes qu'il devra lui-même s'approprier ;

- *une élaboration de la relation de transmission elle-même* : dans le paragraphe (2.4) que nous avons consacré à la perspective multifonctionnelle de la transmission, nous avons usé du terme « multifonctionnel » dans un sens un peu différent de celui adopté par les auteures auxquelles nous nous référions, puisque celles-ci s'intéressent aux stratégies d'*un* opérateur, alors que nous analysions la multiplicité des fonctions pour une multiplicité d'acteurs. Or ce faisceau de fonctionnalités n'est pas identique pour chacun : pour le tuteur, le formé, les collègues. L'identification et la prise en compte, par chacun, des fonctionnalités de la transmission pour les autres, sont en partie nécessaires, et s'élaborent au fil des interactions. Cette élaboration peut comporter plusieurs dimensions : des éléments d'évaluation réciproque mais aussi d'auto-évaluation (dans le sens de ce que l'on donne à voir de soi), ainsi que des éléments de définition de règles de fonctionnement de l'interaction formative elle-même, pour la bonne marche de la transmission ;

- *une élaboration de compromis pour intégrer la transmission dans l'activité de travail* : plusieurs recherches que nous avons citées insistent à juste titre sur la nécessité d'une articulation pertinente entre la réalisation du travail et la transmission. Les stratégies et régulations mises en œuvre par les acteurs pour intégrer, concilier au mieux la transmission à l'activité de production (elle-même se traduisant déjà par des arbitrages entre différents objectifs), n'est pas sans coûts pour les acteurs ; coût physique, cognitif, psychique, etc. Ces régulations permettent de faire face à certaines contraintes et de puiser dans certaines ressources, mais certaines composantes de la situation de travail peuvent être à la fois l'un et l'autre. Par exemple les modalités d'accueil, les dispositifs de formation (voir § 2.1, ci-avant) peuvent favoriser des aménagements cohérents, ou cadrer les pratiques de façon trop rigide.

Ces trois processus sont constitutifs de notre modèle d'analyse, que nous présentons, de façon très schématique à ce stade dans la figure 4 ci-contre.

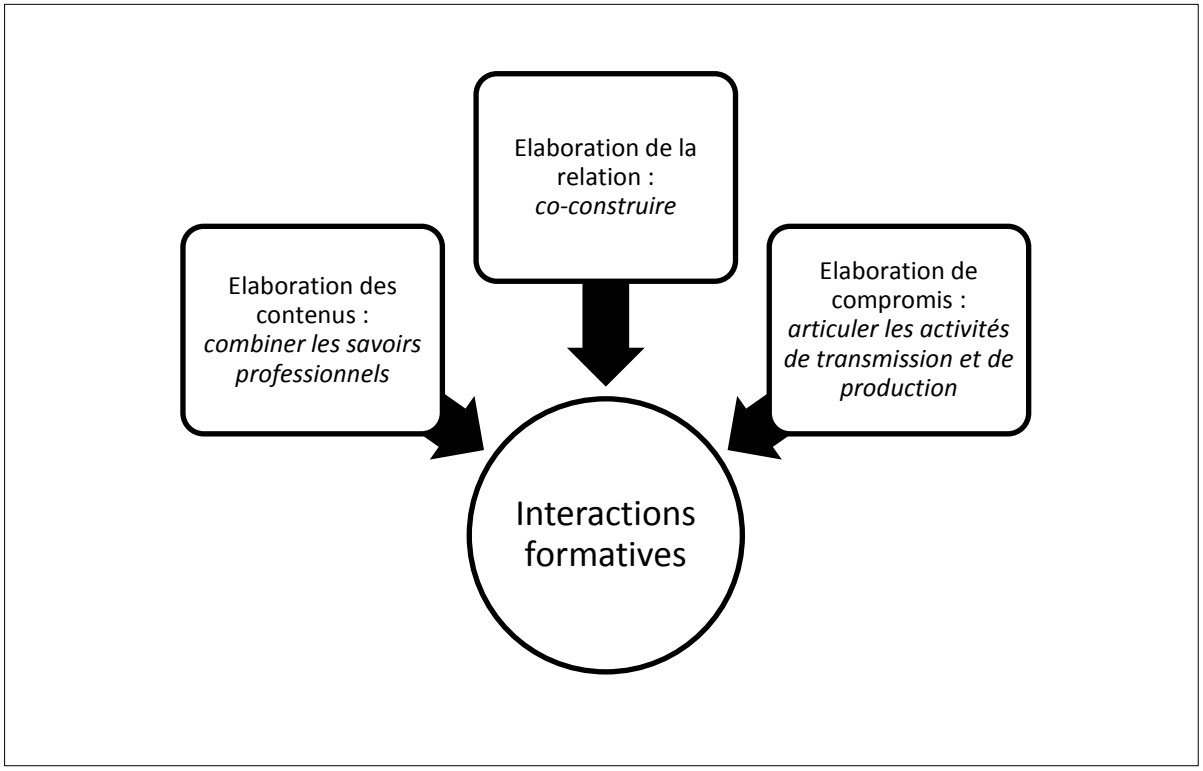


Figure 4 : Schématisation des composantes des interactions formatives

Sur cette base nous chercherons à identifier l'émergence des interactions formatives, à examiner les conditions de leur élaboration, à comprendre leur déroulement au fil du temps et à analyser leur dynamique dans le contexte productif. Ce contexte productif est ici celui du travail des personnels soignants dans trois services d'un Centre Hospitalier Universitaire. Nous allons à présent en décrire les principales caractéristiques.

DEUXIÈME PARTIE :

Contexte de la recherche et méthodes d'analyse

CHAPITRE 3. LE CHU ET SES SERVICES : GESTION MOUVEMENTÉE DES RESSOURCES HUMAINES ET DIVERSITÉ DES CONTEXTES DE TRANSMISSION

Notre propos, tout au long de cette recherche, est de relier nos analyses de la transmission professionnelle à des caractéristiques du milieu de travail, en l'occurrence celui des personnels soignants. Nous allons présenter dans ce chapitre, et analyser de ce point de vue, des aspects de l'organisation, de la gestion des ressources humaines et des dispositifs d'accueil et formation, dans le centre hospitalier universitaire où cette recherche s'est menée.

Les faits que nous présentons ici sont des résultats d'une première phase de notre recherche. Nous ne développons cependant pas ici leurs méthodes de recueil, puisque le chapitre suivant sera consacré à l'ensemble de notre démarche méthodologique. On peut indiquer toutefois dès à présent que ces éléments proviennent de nos premières observations ouvertes, d'entretiens non directifs avec plusieurs interlocuteurs (Médecin coordinateur de la médecine du travail, Cadres de santé, Directeur des soins, Directrice des ressources humaines, Directrice du CHU, Soignants), et d'échanges au sein d'un groupe de pilotage dont nous décrirons plus loin la composition et le mode de fonctionnement. Ils proviennent aussi de l'exploitation de données démographiques, produites à notre demande par le service du personnel du CHU ; les modalités techniques de nos analyses démographiques[21] seront présentées au moment où nous en commenterons les résultats.

1. Contexte et organisation du CHU

Le CHU joue un rôle important dans l'animation du réseau régional de soins hospitaliers. Il est l'établissement référent de la région à laquelle il appartient. C'est le premier employeur de sa région avec plus de 9000 personnes (environ 2 000 personnels médicaux et 7000 non médicaux). Il compte plus de 2000 lits et places, dont 154 places d'hospitalisations de jour pour répondre aux injonctions de réduction des hospitalisations complètes.

Il se compose lui-même de cinq établissements, situés dans cinq villes différentes, plus ou moins avoisinantes. Pour accompagner le « circuit » des patients, le CHU travaille également en réseau avec d'autres établissements que ceux qui le composent. Ses établissements constitutifs ont fusionné à différents moments, ce qui s'est traduit à ces occasions par de multiples transformations, notamment dans la répartition des spécialités médicales. Deux de

[21] Outre le service du personnel, que nous souhaitons remercier ici, nous avons bénéficié pour ces analyses de la collaboration de collègues statisticiens ou démographes au sein du Creapt.

ces cinq établissements n'ont pas été impliqués dans notre recherche[22]. Les trois autres, auxquels appartiennent les services dans lesquels s'est menée notre recherche, possèdent les caractéristiques suivantes :

- l'établissement « A » (où notre recherche a porté sur le service de soins de suites et réadaptation, voir § 3.1. ci-après) est rattaché au CHU depuis une dizaine d'années seulement. Depuis cet évènement, l'établissement (y compris le service de SSR) a connu des transformations. L'établissement accueillait au départ des services de pointe, notamment des services aigus de chirurgie et d'orthopédie. Aujourd'hui il joue le rôle d'un hôpital de proximité, accueillant des patients de médecine générale. On y trouve : un service de consultation polyclinique, le service de SSR, et un service de soins de longue durée pour personnes âgées. En s'associant au CHU, il y a dix ans donc, cet établissement a eu pour nouvelle mission d'accueillir et d'encadrer des personnes se formant aux différents métiers. C'est ainsi que les services de cet établissement accueillent désormais de façon continue des élèves, pour que ceux-ci réalisent leurs stages.

- l'établissement « B » (où notre recherche a porté sur le service de rhumatologie : voir § 3.2. ci-après) est rattaché au CHU depuis plus longtemps que l'établissement précédent, depuis 1992. Il est spécialisé dans la convalescence et la réadaptation des patients. Il héberge des services de médecine spécialisée et des services de SSR. Disposant de plus de la moitié des lits de moyen séjour de l'ensemble du CHU, il représente le deuxième plus gros établissement du CHU. De plus, il accueille l'IFSI[23] de la Croix Rouge Française de la région.

- l'établissement « C» (où notre recherche a porté sur le service de chirurgie cardiaque ; voir § 3.3. ci-après) représente le « navire-amiral » du CHU, son établissement constitutif initial et aussi le siège de certaines compétences régionales. Il comporte des spécialités chirurgicales aiguës et de nombreuses disciplines médicales. Il compte 23 services et 11 blocs opératoires. De plus, cet établissement accueille le « ERFPS »[24], qui compte 12 écoles, dont celles destinées aux infirmières (environ 700 élèves par an) et aides-soignantes (environ 100 élèves par an).

Au-delà des fusions d'établissements que l'on vient de signaler, le CHU a connu d'autres formes de réorganisations, notamment celle qui concerne la mise en place de la « nouvelle gouvernance ». Rappelons que celle-ci correspond à l'organisation de l'hôpital en pôles d'activités. Un pôle correspond à un regroupement de secteurs ou de services, basé

[22] Un établissement accueillant exclusivement des activités de gériatrie, et un EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
[23] Institut de Formation en Soins Infirmiers
[24] Espace Régional de Formation des Professions de Santé

initialement sur la volonté commune de travailler ensemble, dans le but d'améliorer le service rendu au patient, à partir d'une organisation médicale et de soins décloisonnée, une mise en commun des ressources et des prises de décisions au plus près du patient. Au moment de cette recherche le CHU s'organisait en 11 pôles d'activités médicales, parmi lesquels trois nous intéresseront : les pôles « Ostéo-articulaire et revêtement cutané » (dont relève la rhumatologie), « Thorax Vaisseaux » (dont relève la chirurgie cardiaque) et « Médecine » (dont relève le service de SSR). Selon plusieurs cadres supérieurs de pôles, ce choix de découpage complexifie les relations entre services et contrarie les anciennes collaborations : ils doivent dorénavant passer par des contractualisations entre pôles. De plus, le projet de mutualisation des personnels porté par cette réforme est rendu difficile par le fait que les services constitutifs d'un même pôle ne sont pas forcément localisés sur les mêmes établissements.

Sans entrer dans les détails de la gestion financière du CHU, notons qu'il est, comme tout le secteur hospitalier, concerné par la rationalisation des coûts, avec la mise en place de la tarification à l'activité et un plan de retour à l'équilibre financier. Ces réformes amènent notamment les services du CHU à tenter de diminuer le plus possible la durée moyenne de séjour des patients, et cela se traduit aussi, de façon récurrente, par des réductions d'effectifs et des réorganisations dans les services (y compris au cours de notre recherche dans les trois services concernés).

Au total les caractéristiques générales de cet hôpital témoignent des transformations du secteur de la santé dont il a été question dans le chapitre 1, notamment en termes de restructurations organisationnelles et de rationalisation des coûts. Plusieurs des responsables que nous avons rencontrés insistent sur les difficultés que fait surgir la survenue simultanée de transformations diverses : « *l'hôpital est la seule entreprise où l'on change tout en même temps : la direction, l'organisation et le mode de financement* ».

Ces préoccupations se cumulent avec (et renforcent) des problèmes de gestion des ressources humaines, en matière d'absentéisme et de turn-over, mais aussi des préoccupations en termes de « climat social » de plus en plus difficile au sein de l'hôpital : « *il n'y a pas de reconnaissance du travail des soignants, les directions ne parlent plus que de rentabilisation, des agents, des lits et des patients…* ». Les soignants (cadres compris), face à ces transformations, se sentent heurtés dans leurs valeurs de métier, porteuses dès lors d'un « *discours qui piège : « la santé n'a pas de prix* » ».

2. Eléments démographiques sur les personnels soignants au sein du CHU

Dans la double perspective de repérer des indications sur les exigences du travail, et de préciser le cadre de la transmission, il nous semble utile d'examiner quelques caractéristiques de la démographie dans l'hôpital où s'est menée notre recherche. Nous avons vu (chapitre 1, § 3) en quoi la structure démographique d'une population au travail, et l'évolution de cette structure au fil du temps, contribuaient à cadrer les enjeux en matière de transmission. Cela ne veut pas dire qu'on s'intéresse seulement à la transmission entre salariés de générations différentes, mais que l'homogénéité ou l'hétérogénéité des âges, et des anciennetés qui souvent leur sont liées, la présence ou non de tranches d'âge numériquement dominantes, le positionnement de ces tranches d'âge, les déplacements ou la stabilité des répartitions, déterminent en partie les objectifs de circulation et confrontation des savoirs, eu égard aux itinéraires passés et à venir de chaque cohorte.

Nous souhaitons analyser ici l'ensemble des services du CHU (quel que soit l'établissement auquel ils appartiennent), en distinguant les répartitions des infirmières et des aides-soignantes. On peut pour cela recourir à une illustration graphique, fondée sur le principe des « diagrammes triangulaires » (Molinié et Volkoff, 2002). Ces diagrammes, confectionnés à partir de données disponibles en 2009, permettent de rendre compte à la fois d'une proportion de « jeunes » (en ordonnée) et « d'âgés » (en abscisse), ces deux catégories n'étant pas contiguës. Un tel graphique fournit, d'un coup d'œil, une bonne cartographie démographique des services ou des catégories de personnel, voire des évolutions démographiques au fil du temps.

2.1. Les infirmières : beaucoup de jeunes, une forte mobilité interne et externe à l'établissement

Moins d'une infirmière sur quatre, dans cet hôpital, a 45 ans ou davantage. Près d'une sur trois ont moins de 30 ans. Ces deux proportions s'étaient légèrement accrues entre 2002 et 2007, dates sur lesquelles nous avons mené ces analyses (figure 5 ci-contre ; points E02 et E07, E signifiant « ensemble »). La tendance était donc à « l'étirement » de la structure d'âge, mais c'était une tendance modérée, et la prédominance des jeunes n'était pas contestée : dans le graphique, les points représentant la population infirmière pour une série de services importants numériquement, se situent tous à gauche (moins « d'âgées ») et presque tous au-dessus (davantage de « jeunes ») du point « stationnaire » S : celui qui représenterait une population dans laquelle il y aurait le même nombre d'IDE[25] dans toutes les années d'âge.

[25] Infirmières Diplômées d'Etat

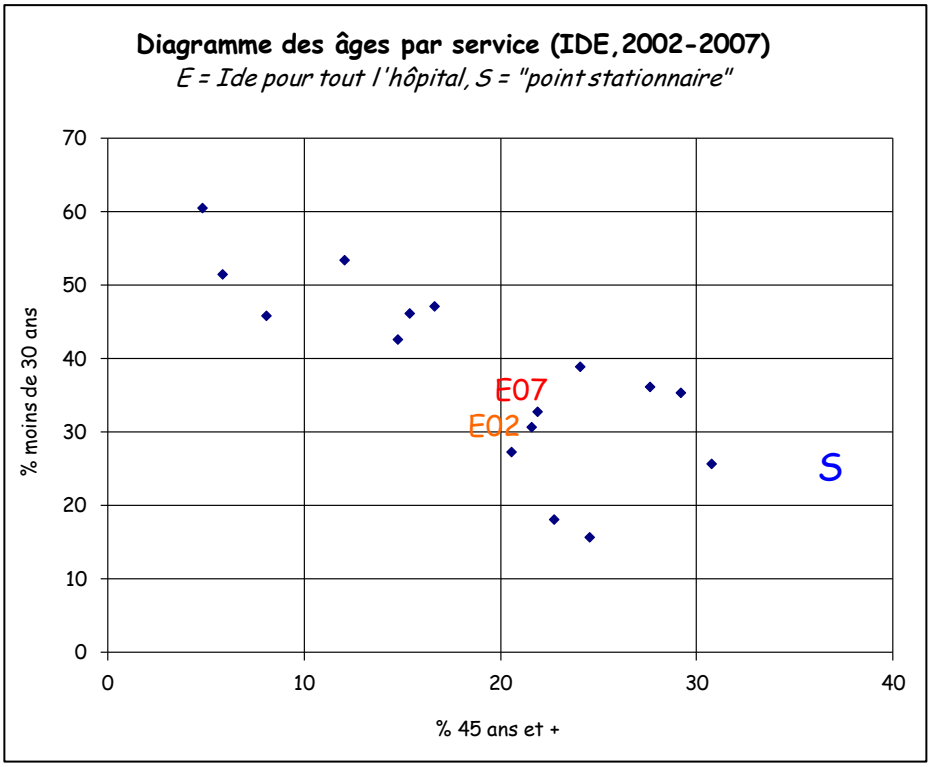


Figure 5: Diagramme des âges par service (IDE, 2002-2007)

Sur ce graphique, les points situés en haut et à gauche représentent des services à forte proportion de « jeunes » (ici moins de 30 ans), avec peu « d'âgés » (ici 45 ans et plus). A l'inverse, les points en bas à droite signifient qu'il y a beaucoup « d'âgés » et peu de « jeunes ». En bas et à gauche on trouverait des populations avec une prédominance des âges moyens. En haut à droite, on trouverait des distributions davantage « bimodales », avec à la fois une proportion importante de « jeunes » et « d'âgés », mais peu d'âges moyens. Le point S (pour « stationnaire ») est un point de repère, correspondant à une population fictive dans laquelle toutes les années d'âge seraient également représentées.

Ce constat général recouvre, on le voit, une grande diversité entre les services. Certains d'entre eux sont à plus de 50% d'IDE ayant moins de 30 ans, et à moins de 10% d'IDE ayant 45 ans et plus. La diversité est flagrante aussi quand on examine l'évolution par service dans la figure 6 ci-dessous :

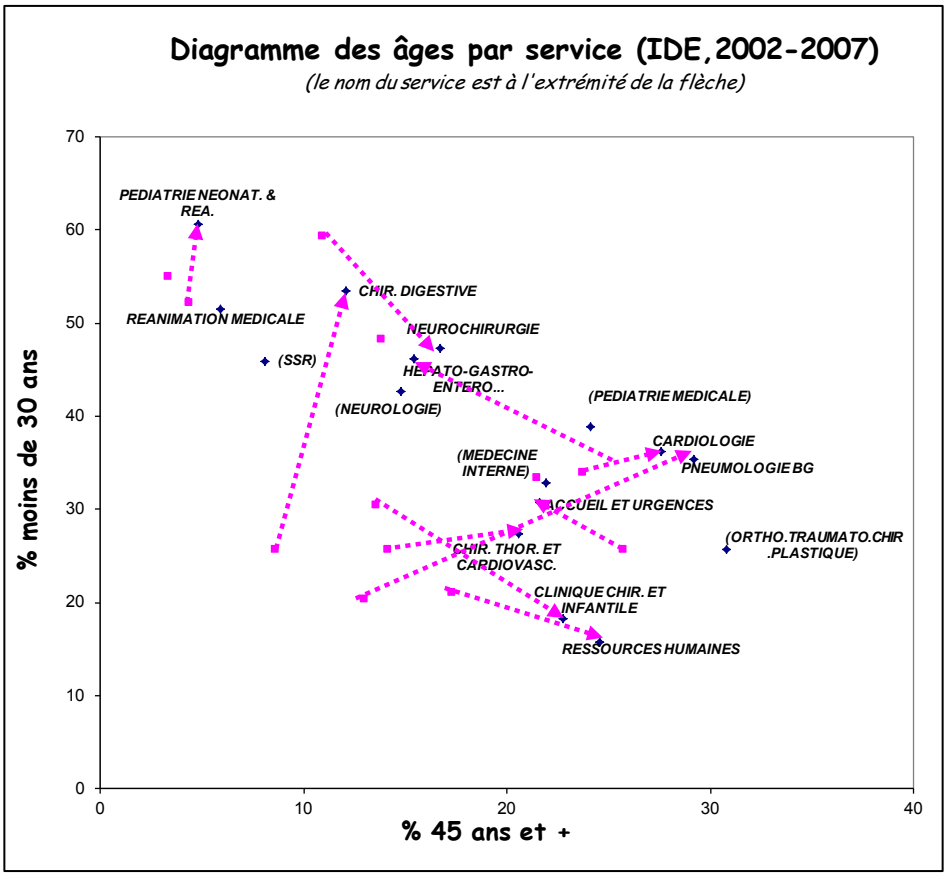


Figure 6 : Diagramme des âges par service en évolution (IDE, 2002-2007)

On constate ainsi un certain « vieillissement », entre 2002 et 2007, en neurochirurgie ou en clinique chirurgicale et infantile. On constate à l'inverse un « rajeunissement » du service d'hépato-gastro-entérologie. Ou encore, un début d'étalement des âges en chirurgie digestive et en pneumologie. Dans d'autres services la structure s'est peu modifiée, et l'on note en particulier que les deux services comportant des unités de réanimation (réanimation médicale, pédiatrie néonatale et réa.) sont et demeurent les plus « jeunes », un constat fréquent en démographie hospitalière (Gonon, 2001, 2003).

Tous ces résultats sont bien sûr à relier aux mobilités internes et externes des infirmières. Insistons d'abord sur la mobilité externe qui, outre son niveau d'ensemble assez élevé (en 2007, 164 arrivées et 129 départs pour un effectif de 1715 en fin d'année), présente des traits

inattendus. Non du côté des arrivées, pour lesquelles la distribution des âges reflète la priorité classique au recrutement de jeunes : plus de la moitié des IDE entrées à l'hôpital en 2007 avaient moins de 25 ans, et plus des ¾ avaient moins de 30 ans. La surprise se situe du côté des départs, où là aussi les jeunes prédominent : 9% des départs ont concerné des IDE de moins de 25 ans, et 36% des IDE de 25-30 ans (figure 7 ci-après). A titre de comparaison, la part des 50-54 ans et des 55-59 ans dans les départs s'est élevée à 6% et 14% respectivement. Certes il est logique que dans une population globalement « jeune » les départs « d'âgées » soient peu nombreux. Reste que le rythme des départs de jeunes retient évidemment l'intérêt, en posant le problème de leur fidélisation, donc de leur accueil en particulier.

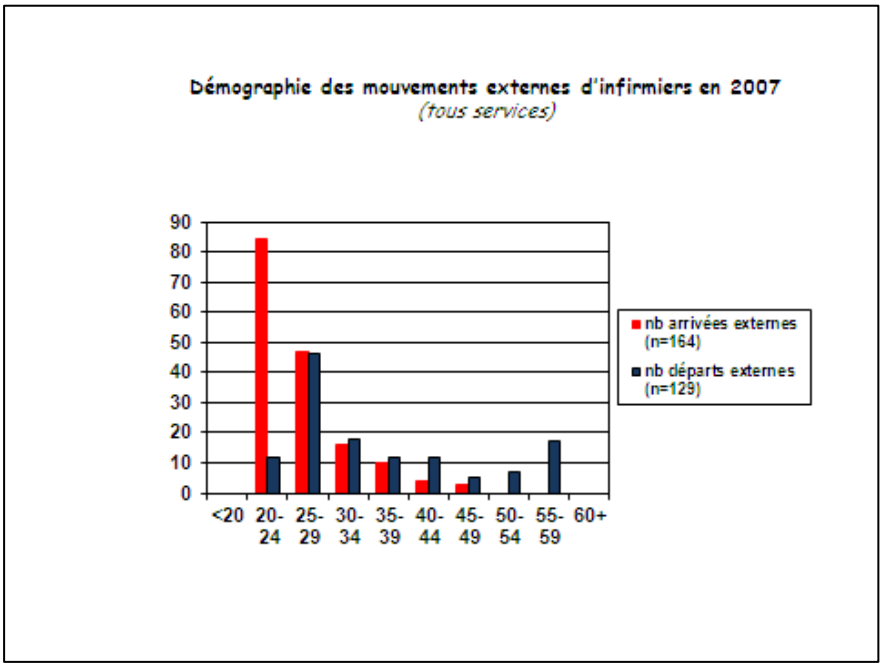


Figure 7 : Démographie des mouvements externes d'infirmiers en 2007

De ce nombre important de départs précoces, il résulte que les infirmières ayant une forte ancienneté dans l'hôpital ne sont pas nombreuses. La médiane de la distribution des anciennetés se situe à 8 ans – et bien entendu, les services où l'ancienneté est plus forte sont aussi ceux où la structure démographique est relativement plus « âgée » : cardiologie, clinique chirurgicale et infantile, etc. Mais l'ancienneté au CHU n'implique pas une longue expérience de la spécialité dans laquelle on exerce. Il faut en effet prendre en compte la mobilité interne, entre services, elle aussi très forte. En termes de modifications dans la composition des équipes de travail, les mobilités externes et internes s'ajoutent, au point d'atteindre dans certains services des niveaux élevés. En pédiatrie néonatale, les pourcentages d'arrivées et de départs en 2007, rapportés aux effectifs en début d'année, s'élevaient à 33% et 21%

respectivement. Ces mêmes pourcentages valaient 18% et 15% en neurologie, 20% et 17% aux urgences, 21% et 21% en chirurgie générale et digestive, etc. A l'opposé, la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire a connu seulement 7% d'arrivées et 8% de départs[26].

Globalement, en 2007, 35% des infirmières étaient dans leur service depuis moins de deux ans ; et 63%, depuis moins de cinq ans. Reprenons le diagramme triangulaire par services, en singularisant par des couleurs spécifiques ceux qui présentent une forte – ou moins forte – proportion d'infirmières dont la venue dans le service est récente (figure 8 ci-après).

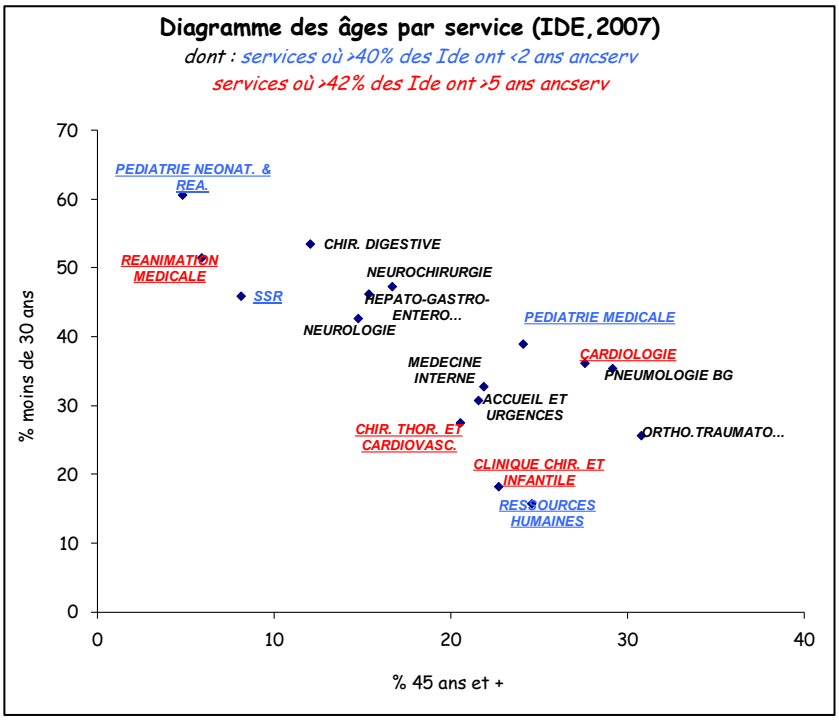


Figure 8 : Diagramme des âges par service (IDE, 2007)

On observe en particulier qu'en pédiatrie néonatale et réanimation, en pédiatrie médicale, ou en soins de suites et réadaptation, les IDE ayant moins de 2 ans d'ancienneté représentent plus de 40% des effectifs[27]. Soit dit au passage, la réanimation médicale, un service pourtant

[26] Du côté des départs on prend aussi en compte les passages d'IDE à d'autres catégories de personnel, principalement celle de cadres IDE. Ces passages s'effectuent en général aux âges moyens – avant 50 ans mais après 30 ans – et concernent, entre ces bornes, 0,5 à 1,5% de chaque tranche d'âge pour une année donnée. Ces pourcentages ne sont pas négligeables, mais comptent peu au regard des autres facteurs de mobilité.

[27] C'est le cas aussi du service « Ressources Humaines », mais celui-ci joue en fait, pour une partie des infirmières, le rôle d'une unité « tampon » dans l'attente d'une nouvelle affectation.

parmi les plus « jeunes », dispose d'une proportion, plutôt supérieure à la moyenne de l'hôpital, d'infirmières qui y travaillent depuis au moins cinq ans ; cet exemple et quelques autres montrent que le lien entre la répartition des âges et celle des anciennetés dans le service n'est pas trivial.

2.2. Les aides-soignantes : davantage d'âges « moyens », une population un peu plus stable

Globalement, la structure des âges dans la population des aides-soignantes (AS) ne présente pas le déséquilibre, du côté des « jeunes », constaté pour les infirmières (figure 9 ci-dessous).

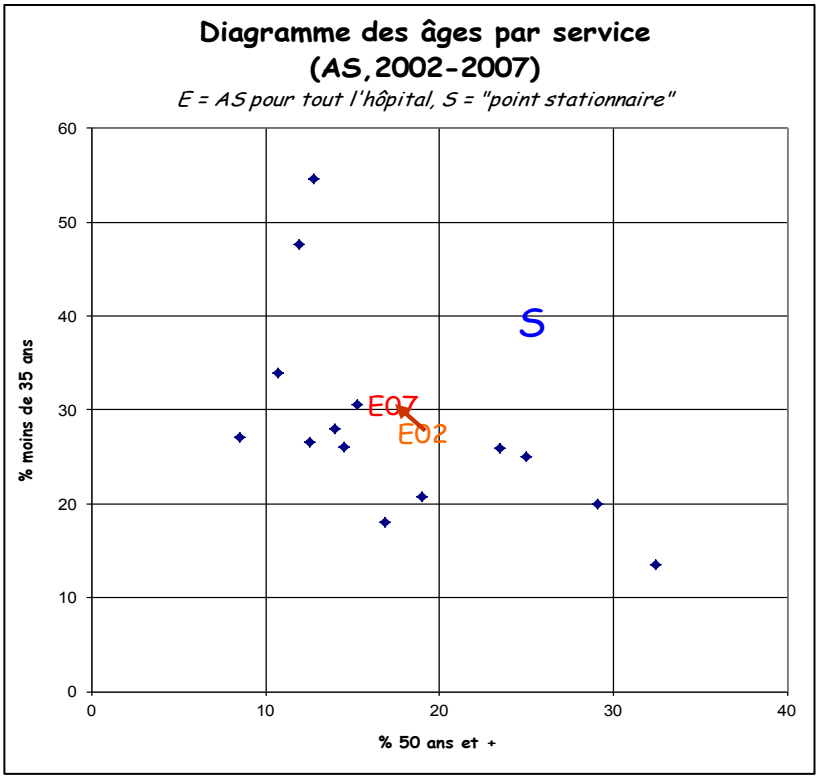


Figure 9 : Diagramme des âges par service (AS, 2002-2007)

Si l'on examine ce diagramme triangulaire par services, on voit que beaucoup d'entre eux, comparés ici aussi au « point S » qui symbolise une distribution totalement équilibrée, se situent plutôt en-dessous et à gauche, donc avec à la fois moins de « jeunes » et moins

« d'âgées », et par conséquent davantage d'âges « moyens », entre 35 et 50 ans en l'occurrence[28].

Dans l'ensemble, cette structure avait peu évolué au cours des années précédentes : les points correspondant respectivement aux dates de 2002 et 2007 sont très voisins, leurs positions respectives suggérant un léger « rajeunissement » qui resterait à confirmer. Mais ici aussi on est frappé de constater les fortes disparités entre services : dans la liste retenue les pourcentages de « jeunes » varient entre 13 et 54%, les % « d'âgées » entre 8 et 33%. Ces disparités se retrouvent quand on examine les évolutions (figure 10 ci-dessous[29]).

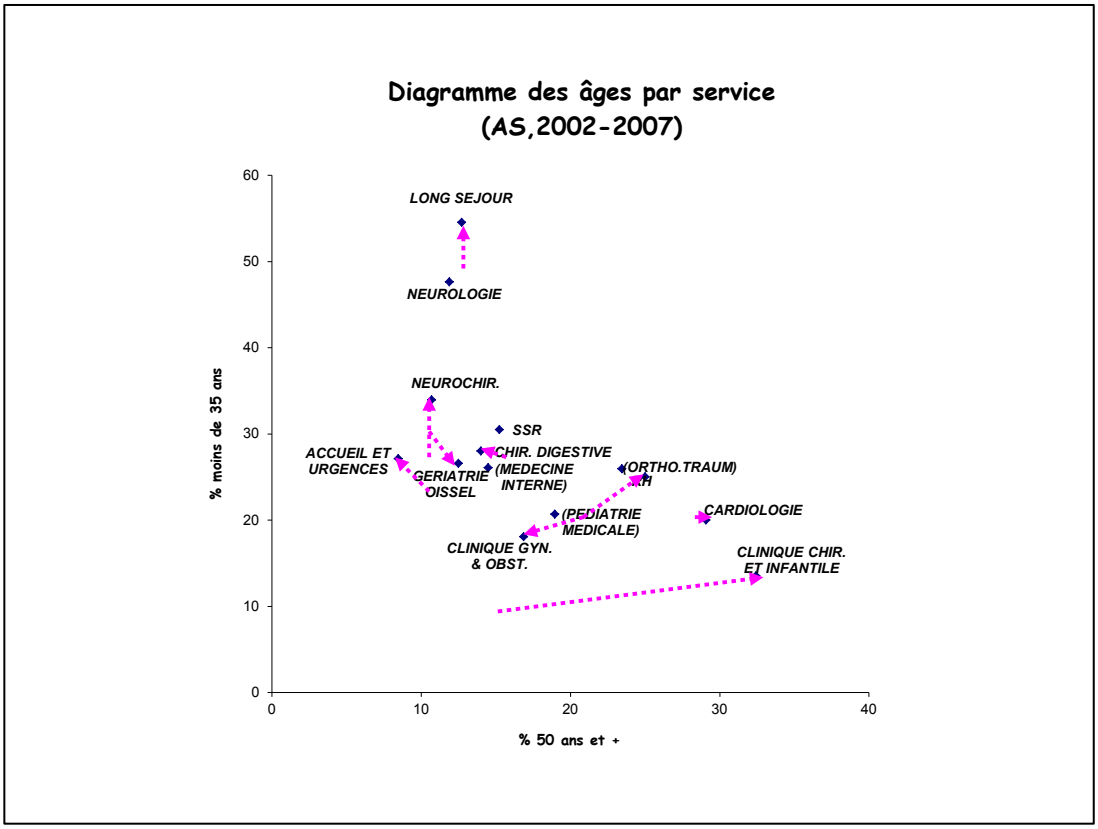


Figure 10 : Diagramme des âges par service en évolution (AS, 2002-2007)

[28] Pour des raisons de lisibilité du graphique, et compte tenu des répartitions par âge réellement constatées, les bornes retenues en abscisse et ordonnée pour caractériser respectivement les « âgées » et les « jeunes », ne sont pas le mêmes que ci-avant pour les infirmières : on retient ici 35 et 50 ans respectivement, et non 30 et 45 comme pour les infirmières.

[29] Les services occupant un nombre important d'aides-soignantes ne sont pas toujours les mêmes que ceux occupant un nombre important d'infirmières. Les graphiques portant sur l'une ou l'autre population ne se fondent donc pas sur la même liste de services, même si certains sont communs aux deux listes.

En cohérence avec la stabilité générale de la structure d'âge des AS, on remarque qu'elle se vérifie au sein même de certains services : la plupart des flèches, dans le graphique, sont courtes, ce qui montre la proximité entre les points 2002 et 2007. Font exception, dans une certaine mesure, à cette règle générale, d'une part la « clinique chirurgicale et infantile » et l'ortho-traumatologie, qui se sont déplacées du côté des « âgées » ; d'autre part la neurochirurgie et le long séjour où l'on assisterait plutôt à un « rajeunissement ».

La présence assez importante d'AS d'âges « moyens », les déplacements modérés dans les structures d'âge, laissent supposer une mobilité moins forte que chez les IDE. L'ancienneté médiane dans ce CHU, pour les AS, est de 15 ans – et bien sûr plus élevée dans les services où les AS sont relativement « âgées ». Pourtant en 2007 la mobilité externe n'est pas négligeable, à peine moindre que pour les infirmières : on comptait 130 arrivées et 132 départs, pour une population de 1701 AS. Plus important : les départs s'effectuent, cette fois, majoritairement après 50 ans (figure 11 ci-dessous).

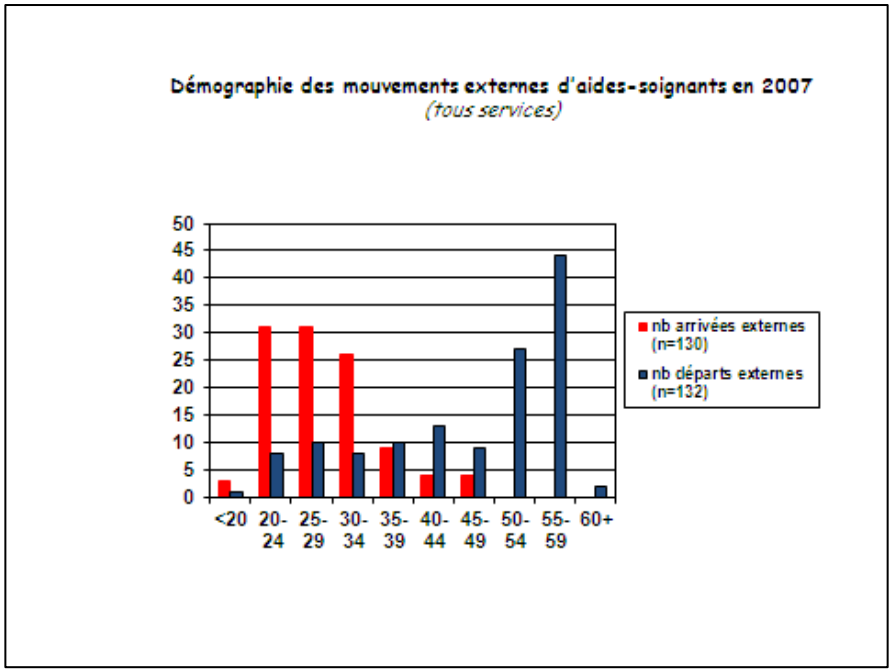


Figure 11 : Démographie des mouvements externes d'aides-soignants en 2007

Cependant, pour apprécier le degré de stabilité des équipes il faut ajouter d'une part les promotions (les passages en IDE concernent chaque année 2 à 3% des AS entre 30 et 45 ans), d'autre part, ici aussi, les effets de la mobilité interne, entre services. Tous mouvements confondus, le long séjour a compté, en 2007, 20% d'arrivées et 21% de départs d'AS ; ces pourcentages valaient 12% et 23% en soins de suites et réadaptation, 18% et 20% en

neurochirurgie, et 21% et 16% en neurologie, etc. – mais, à l'opposé, 7% et 7% en clinique chirurgicale et infantile.

Si donc, en termes d'ancienneté au CHU, les AS se distinguent nettement des IDE (ce que les dissemblances entre les structures d'âges laissaient pressentir), leur mobilité, surtout interne, est assez forte. Il en résulte au total que 31% des AS ont moins de deux ans d'ancienneté dans leur service, et 59% moins de cinq ans ; rappelons que pour les IDE ces proportions étaient de 35% et 63% respectivement. Les AS sont donc un peu plus « stables » que les IDE, mais l'écart n'est pas considérable. Parmi les services où cette stabilité est élevée, on retrouve la plupart de ceux qui emploient des AS relativement « âgées » (figure 12 ci-dessous).

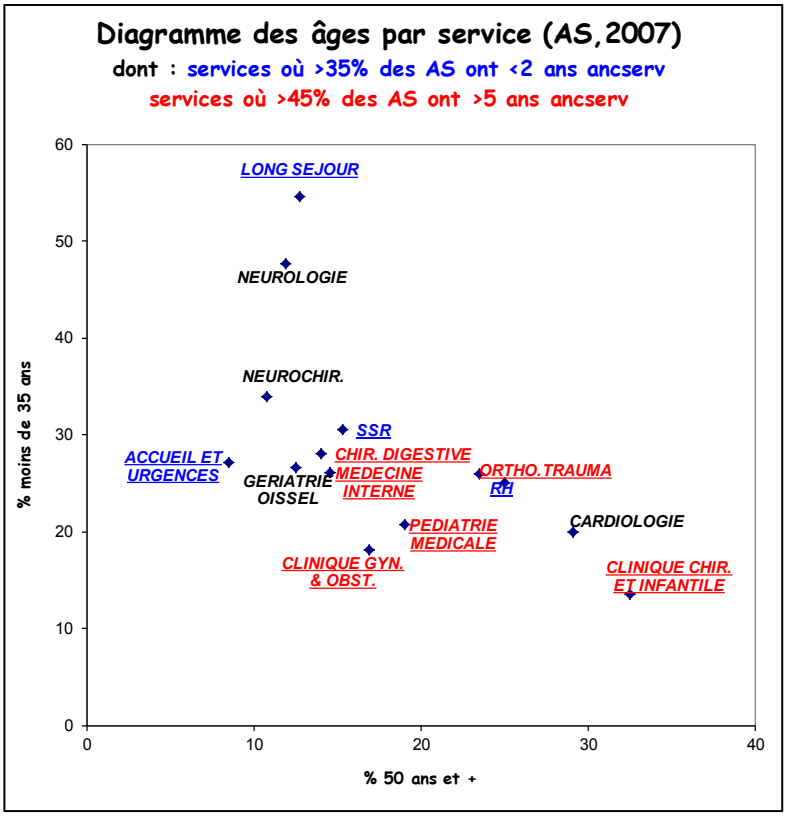


Figure 12 : Diagramme des âges par service (AS, 2007)

2.3. Principaux enseignements de ces analyses démographiques

Le principal constat qui ressort de ces analyses est le niveau élevé des mouvements de personnel, entre services, ou entre l'hôpital et l'extérieur. Ces mouvements constituent a priori une raison importante de prêter attention aux conditions de transmission des savoirs

professionnels. Mais ils peuvent aussi rendre ces transmissions plus difficiles car, dans certains services et à certains moments, les personnels ayant de l'ancienneté peuvent se faire rares, et doivent faire face à une affluence forte de « nouveaux ».

Du côté des AS, les mouvements externes sont fortement liés à l'âge, avec des arrivées de « jeunes » et des départs « d'âgées ». Ces mouvements sont peut-être prévisibles dans une certaine mesure, et l'organisation des relèves et des accueils, dans un contexte où la plupart des AS ont des âges et des anciennetés CHU « moyens », devrait pouvoir s'organiser de façon relativement anticipée si le CHU en décide ainsi. Le problème est plus compliqué pour les IDE : l'accueil des nouvelles, presque toutes « jeunes », revêt un enjeu majeur puisque beaucoup d'entre elles ont tendance à partir rapidement, phénomène que le CHU souhaiterait limiter ; mais ces départs eux-mêmes contribuent à diminuer les anciennetés du personnel en place et à accroître le volume des arrivées, ce qui complique les conditions de l'accueil.

Insistons enfin sur la grande diversité des âges, des anciennetés, et des degrés de mobilité, d'un service à un autre. Notre objet ici n'est pas d'analyser les raisons de cette diversité (histoire des services, exigences du travail,…), mais de retenir qu'elle influence évidement les contextes de transmission, dans le cadre des deux dispositifs institutionnels existants, sur lesquels nous allons revenir à présent : d'une part la formation initiale des soignants, d'autre part les systèmes de « doublure » pour l'accueil de nouveaux arrivants. Les éléments que nous allons présenter ici visent à montrer que ces deux dispositifs d'accueil de « nouveaux » (élèves en formation et nouveaux collègues) sont en fait peu formalisés et amènent les cadres de santé ainsi que les équipes soignantes à gérer localement les contraintes et difficultés qu'un tel contexte suscite.

3. Evolutions et contraintes du travail dans les trois services étudiés

Les conditions dans lesquelles nous avons choisi les trois services où nous avons mené nos observations seront précisées dans le chapitre 4 ci-après. Nous indiquons ici quelques-unes de leurs principales caractéristiques, dans le prolongement des éléments que l'on vient de présenter pour le CHU dans son ensemble. Nous souhaitons montrer ici en quoi les caractéristiques générales dont il a été question précédemment s'incarnent dans les trois services que nous avons étudiés. Ces éléments ont été recueillis lors de nos premiers entretiens avec les cadres et les soignants de ces services.

3.1. SSR : un service en mutation qui impose aux soignants de changer leurs pratiques, et dépendant des structures en aval

Le service de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR, situé dans l'établissement « A ») a connu ces dernières années des évolutions et en connaît encore aujourd'hui, tant au niveau de son fonctionnement que du type de pathologies et des patients qu'il accueille. Service de Chirurgie orthopédique avant le rattachement de l'établissement au CHU, il est devenu SSR depuis cinq ans.

Ce changement s'est accompagné de deux évolutions majeures. D'une part les effectifs minimaux sur les vacations diurnes ont été réduits, et principalement ceux des AS. D'autre part les pathologies des patients accueillis ont évolué, il y a beaucoup plus de polypathologies et beaucoup plus de personnes en fin de vie : « *aujourd'hui, il s'agit moins de guérir que d'aider à la ré-autonomisation, et à l'accompagnement en fin de vie* » (propos d'une infirmière). Le service est davantage dépendant des structures d'aval : il compte de moins en moins de retours à domicile et de plus en plus d'attentes de placements des patients en institutions ou en services de long séjour de gériatrie, car les patients sont beaucoup moins autonomes (physiquement, psychologiquement et socialement). La durée moyenne de séjours des patients s'est ainsi sensiblement allongée.

Les personnels font état d'un manque de formation ou de discussions collectives avec l'encadrement en vue d'accompagner ces évolutions. Les nouvelles missions associées à la prise en charge des personnes âgées ne leur apparaissent pas clairement explicitées, il reste ainsi un « flou » dans les modalités de prise en charge de ces patients. Les soignants ressentent une surcharge physique, cognitive et morale ainsi qu'un désir de s'occuper autrement des patients, sans en avoir les moyens. Selon eux, travailler auprès de personnes de plus en plus âgées et dépendantes, nécessiterait davantage de marges temporelles pour être à leur écoute, les faire participer aux soins en tenant compte de leur propre rythme et de leurs spécificités physiques, et leur apporter des soins de confort.

Ce manque de repères a en partie débouché sur des situations conflictuelles entre anciens et nouveaux ; conflit centré principalement sur la question de la prise en charge des patients : comment, dans une situation en personnels plus restreints, s'occuper des patients que les soignants jugent « plus lourds » et auprès desquels ils n'ont pas l'habitude de travailler. Les nouveaux reprochent aux anciens d'accepter les conditions dans lesquelles ils travaillent ; les plus anciens répondent qu'ils ne peuvent faire autrement. Ces situations conflictuelles ont provoqué des départs chez les plus anciens. A notre arrivée, l'équipe soignante se compose majoritairement de personnes ayant peu d'ancienneté dans le service, même si on note une diversité de parcours et une ancienneté importante dans le métier : pour exemple, la plus

ancienne dans le service est une aide-soignante de nuit qui compte 6 ans d'ancienneté dans le service et 27 ans dans le métier (Cf. annexe 1).

3.2. Rhumatologie : un service qui accueille des patients aux pathologies hétérogènes et qui « désengorge » les urgences

Le service de rhumatologie s'est constitué en spécialité médicale lorsque son établissement support (établissement « B ») a été rattaché au CHU en 1992. En lien avec les évolutions des thérapeutiques, les biothérapies notamment, le service a développé des hospitalisations de jour et de semaine, tout en gardant de nombreux lits en hospitalisation complète. Une partie des soignants est mutualisée sur ces différents types d'hospitalisations.

Les unités d'hospitalisation de jour et de semaine accueillent des patients autonomes, programmés à l'avance par rendez-vous et qui y viennent pour réaliser des bilans ou se faire administrer des traitements particuliers (les biothérapies). Les patients en hospitalisation complète, eux, sont dépendants, beaucoup plus âgés, leurs pathologies sont multiples et souvent liées à la vieillesse. De plus – et cela va renforcer l'hétérogénéité des pathologies – ce service sert aussi à « désengorger » les Urgences du CHU : c'est « *l'équipe qui doit s'adapter* » car « *on ne refuse pas de malades* », à l'exception des patients pour qui il y a un risque vital car il n'y a pas d'unité de réanimation ou de bloc à proximité (propos d'une des cadres).

Durant notre présence dans le service, une réduction des effectifs était envisagée à très court terme pour répondre aux objectifs du plan de retour à l'équilibre financier. Alors que l'unité d'hospitalisation complète comptait un binôme IDE-AS par vacation horaire diurne et par secteur géographique du service (qui en compte trois, ce qui correspond à un ratio de 10 patients par binôme soignant), la réduction visait à supprimer un binôme par vacation, pour aboutir au ratio d'un binôme IDE-AS pour 15 patients.

La composition de l'équipe soignante de rhumatologie contraste fortement avec celle du service précédent (SSR) : elle comprend une diversité d'âges et d'anciennetés, mais la majorité des personnels, AS comme IDE, sont des anciens voire de très anciens (Cf. annexe 2).

3.3. Chirurgie cardiaque : un service de pointe, de plus en plus soumis à la rentabilité et rythmé par les entrées et sorties des patients

Le service de chirurgie cardiaque est un service très technique et innovant, qui réalise des transplantations, remplacements de valves, pontages, et même des implantations de cœurs

artificiels. C'est le service « *vitrine »* de l'hôpital, référent de la région dans cette spécialité. C'est également « *une histoire de famille* » : sa création remonte à une trentaine d'années, pourtant certains médecins, chirurgiens, anesthésistes et soignants actuels étaient déjà là. Il est considéré comme privilégié du point de vue des effectifs, surtout d'infirmières : le ratio peut atteindre une infirmière pour 6 patients – ce qui est très proche du ratio des soins intensifs.

Cependant, les évolutions actuelles de l'hôpital touchent fortement l'activité du service. Cela se traduit par une demande de performance accrue : devenir un concurrent plus incisif du secteur privé car 40 % des patients se soignent « encore » dans ce secteur ; calibrer la durée du séjour en fonction de la T2A qui la fixe à 4 jours (au-dessus et en dessous, l'acte est moins rentable).

Ce service est aussi très impacté par la « nouvelle gouvernance » avec notamment la mise en place des pôles. Celle-ci rigidifie son interdépendance avec la Réanimation et le Bloc opératoire. Le « circuit patient » (entrée « pré-op » en chirurgie cardiaque → bloc opératoire → réanimation→ « post-op » en chirurgie cardiaque) a toujours produit cette interdépendance, mais l'attribution de ces trois services à trois pôles différents les conduit à devoir contractualiser leurs relations. La chirurgie cardiaque devient ainsi la cible de pressions issues des deux autres services car le nombre d'opérations dépend du nombre de lits disponibles en chirurgie cardiaque. Ce service est considéré comme « *la cinquième roue du carrosse* » (cadre supérieur) face aux deux autres dont la réputation et la performance sont basées sur le nombre d'opérations et leur niveau technique. Une pression est aussi exercée sur le service par les établissements en aval (de convalescence) qui peuvent soit annuler, soit retarder la prise en charge d'un patient, même si celle-ci était programmée : dans cette situation, le « circuit » présenté précédemment est bloqué. En outre, des urgences qui arrivent directement au bloc posent aussi des problèmes au sein de ce « circuit » : cela impose de « réguler » sur l'ensemble des services concernés.

Ainsi, une grosse partie de l'activité des cadres du service est orientée vers la « *gymnastique des lits* » et, dans les périodes où il y a plus d'entrées que de sorties, « *les lits n'ont pas le temps de refroidir. Il peut y avoir 2, voire 3 personnes différentes le même jour dans le même lit* » (cadre supérieur). Du côté des soignants, « *ça tourne très très vite »,* les vacations sont rythmées par les entrées et les sorties des patients.

La structure d'âge et d'ancienneté des soignants de ce service montre une grande diversité de profils : un nombre important d'anciens du service et des nouveaux aux parcours divers. Au moment de notre recherche, le service semble traverser une période plus instable : quatre à cinq personnes sont sur le départ et deux vont arriver pour les remplacer (Cf. annexe 3).

4. L'accueil et l'encadrement de stagiaires

Les formations initiales des infirmières et des aides-soignantes (populations qui nous intéressent ici), se réalisent respectivement au sein d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et d'Instituts de Formation pour les Aides-Soignants (IFAS). D'une manière générale, cette formation se réalise en alternance entre des cours théoriques dispensés par les écoles ou instituts, et la réalisation de stages au sein de services hospitaliers, prise en charge par les services : encadrement de proximité et équipes soignantes. Suivant la procédure prévue, les responsables des écoles de formation contactent les cadres de santé au fil de l'eau pour les prévenir du nombre d'élèves qu'ils devront accueillir au sein de leurs services, ainsi que des modalités associées : statut de l'étudiant, date d'arrivée, durée du stage, etc... Ce sont ainsi les centres de formations qui répartissent les effectifs d'élèves au sein de l'ensemble des services du CHU ; les services, eux, en ont la charge.

4.1. Une réforme en cours

La formation des infirmières dure trois ans, celle des aides-soignantes un an. Au cours de leur cursus les élèves infirmières doivent réaliser une quinzaine de stages sur les trois ans, les élèves aides-soignantes, six sur une année, et ceci dans différentes spécialités. La durée des stages varie d'une semaine à deux mois maximum suivant l'avancée dans les cursus.

Nos observations au sein du CHU se sont déroulées alors que se mettait en œuvre une réforme de la formation initiale (passage en formation universitaire LMD en septembre 2009). Avant cette réforme, les élèves, au cours de leur cursus, étaient évalués par des examens écrits réalisés à l'école et par des « mises en situation professionnelle » (MSP) qui se déroulaient durant certains stages (2 MSP par an). Ces MSP se réalisaient au sein des services de soins, et étaient évaluées par un binôme composé d'une personne du service (IDE ou cadre) et d'une personne de l'école (« examinatrice »). L'ensemble des stages se soldait par une appréciation des élèves par les équipes soignantes. Ces appréciations étaient notées sur une fiche d'évaluation individuelle que l'élève remettait à son école. Enfin, les élèves infirmières, à la fin de leur cursus (3^{ième} année), réalisaient un « stage pré-professionnel » d'environ deux mois, a priori dans le service où elles souhaitaient débuter leur activité professionnelle.

Avec la réforme les MSP ont disparu, l'évaluation des étudiants se réalise en continu par des examens à l'école et par le biais d'un suivi continu en stage qui repose sur l'utilisation d'un outil appelé « Portfolio », que les élèves doivent remplir eux-mêmes. Dorénavant, les étudiants sont censés être encadrés par plusieurs personnes : un « maître de stage » qui représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage, il s'agit le plus souvent du cadre de santé ; un « tuteur de stage » qui représente la fonction pédagogique ; un « référent »,

qui a une fonction d'encadrement pédagogique au quotidien (notons que l'on retrouve ici les éléments des réformes sur l'alternance détaillés dans le chapitre précédent).

4.2. Davantage d'élèves et des discordances dans les cursus

Les manques d'effectifs et les départs en retraite prévus ont, pour partie, déterminé l'augmentation des quotas de formation d'élèves au sein des écoles : l'IFSI du CHU a connu près de 40% d'effectifs d'élèves IDE supplémentaires entre 2006 et 2009. Aujourd'hui, l'IFSI compte environ 750 étudiants, ce qui représente six promotions (semestrielles) en même temps, pour 39 formateurs. Les services du CHU doivent accueillir ce nombre plus important d'élèves, qui de plus sont présents de manière continue sur l'ensemble de l'année, de sorte qu'il y a souvent plusieurs étudiants à encadrer en même temps au sein d'un même service.

Dans ce contexte, les responsables des formations au sein des écoles, en charge d'organiser les stages des élèves, rencontrent des difficultés accrues car ils ne sont plus en mesure de respecter l'ordre suivant : dispense des cours magistraux sur une spécialité médicale, puis réalisation d'un stage au sein d'un service lié à cette spécialité. Dans ce cas, la progression des élèves n'est pas respectée. Cela produit de nouvelles contraintes, d'une part pour les élèves, qui découvrent les spécialités directement en situation, et d'autre part pour les personnels soignants qui ont à les encadrer : il faut leur apporter des connaissances « de base » qu'ils ne possèdent pas.

4.3. La diversité des stages, et des élèves

Les services accueillent les étudiants des écoles du CHU, mais aussi d'autres centres de formation, la Croix Rouge Française par exemple. Cela augmente encore le nombre d'élèves à accueillir et participe à diversifier leurs modalités de prise en charge. Par exemple, s'ajoute à la variabilité de la durée de stage en fonction de l'avancée des élèves dans le cursus, celle de la durée des stages définie par chacun des organismes. Cette accentuation de la variabilité se retrouve pour la fiche d'évaluation : les éléments à évaluer en fin de stage varient d'un centre de formation à un autre.

En outre les équipes soignantes doivent faire face à une diversité d'élèves en termes :

- de métiers pour lesquels ils se forment : AS, IDE principalement, mais on retrouve également des stagiaires kiné, manipulateurs radio et des sages-femmes ;
- d'enjeux des stages : mise en situation professionnelle prévue ou non, diplôme ou non ;

- d'avancée des élèves dans leur cursus : du point de vue de l'année d'étude, des stages déjà effectués, de cours théoriques en lien avec la spécialité du service déjà suivis ou non ;

- des parcours des élèves : ils peuvent être issus soit de la formation initiale, soit de promotion professionnelle (un agent hospitalier qui se forme pour être AS, ou un AS qui se forme pour être infirmier).

Les personnels soignants précisent qu'il leur est difficile de se construire à chaque fois une représentation de l'élève, de son niveau de connaissance, en vue d'adapter leur encadrement à leurs besoins.

4.4. Des tentatives difficiles de formalisation

Nous avons perçu un intérêt commun aux différents services concernant la recherche d'une formalisation des modalités d'encadrement en leur sein. Chacun d'eux rencontre des difficultés face à cette mission. L'accueil et l'encadrement prennent place dans l'activité du service : les élèves sont accueillis par l'équipe dans sa composition à ce moment-là. Il n'est pas prévu par l'organisation, ni de temps officiel pour la formation, ni de personnels dédiés. L'encadrement se réalise au cours de l'activité de soins des personnels présents. Les cadres cherchent à faire en sorte que le nombre de ces personnels permette au mieux d'encadrer les élèves. Mais, comme nous l'avons dit, les services font déjà face à une gestion quotidienne difficile des effectifs. Les conditions d'encadrement sont donc différentes d'un jour à l'autre et d'une vacation à l'autre, mais aussi et surtout dépendantes des conditions quotidiennes des services.

Sur les trois services étudiés, un seul a élaboré de manière formelle un planning des étudiants, consultable par l'ensemble du personnel. Y figurent les informations suivantes : jour par jour, la présence des différents élèves (IDE et AS), ce qui donne des informations sur la durée de stage de chacun ; y est également précisée l'école de formation pour chacun et le nom d'un personnel soignant présent le même jour sur la même vacation. Les raisons qui ont poussé les cadres à élaborer un tel outil, concernent les difficultés qu'ils rencontraient auparavant pour savoir qui, parmi les soignants, serait en mesure de réaliser l'évaluation des élèves en fin de stage, i.e. qui a suivi l'élève durant son stage.

Cependant l'utilisation de cet outil fait surgir d'autres problèmes. Par exemple, les étudiants restent sur un secteur géographique du service durant l'ensemble de leur stage, alors que les personnels soignants sont susceptibles d'en changer d'une vacation à l'autre, suivant les roulements et les besoins du service. Le professionnel inscrit sur le planning et l'élève peuvent alors effectivement être présents le même jour sur la même vacation, mais pas

forcément dans le même secteur ; en définitive ce ne sera pas ce professionnel qui aura encadré l'élève ce jour-là. Qu'en est-il alors de l'ensemble des vacations indiquées ? Sur l'ensemble du stage, combien de fois ce professionnel l'aura-t-il vraiment encadré ? Sera-t-il alors en mesure d'évaluer l'élève à la fin de son stage ? Ces questions restent aujourd'hui présentes car l'outil développé au départ pour permettre la meilleure évaluation possible de l'élève, se retrouve inopérant face à la réalité des conditions dans lesquelles les stages se réalisent.

Les deux autres services étaient en cours d'élaboration d'un projet d'encadrement. L'un en était à la mise en place de réunions de travail pour définir collectivement les modalités d'encadrement des élèves ; le second, lui, avait réalisé un document répertoriant le fonctionnement du service, les pathologies présentes, etc. destiné à être distribué aux élèves avant qu'ils n'arrivent. Mais au moment où nous y étions, ce document n'était pas encore mis en circulation.

On voit bien par ces exemples de formalisation réalisée par les services, que l'encadrement d'élèves est une réelle préoccupation. Mais selon nos interlocuteurs cela reste à leur charge de manière individuelle et locale ; il n'y a pas de formalisation discutée entre les différents centres de formations et les services de soins. On a pu également remarquer des situations où les services ne découvrent que très tardivement la venue d'élèves (dans certaines situations ils ne le découvrent que le jour même). Enfin, le fait qu'aucun des services n'ait aujourd'hui de formalisation de l'accueil des élèves concernant leur prise en charge, les contenus à transmettre et les modalités d'évaluation, laisse penser que ce sont les personnels soignants eux-mêmes qui jusqu'ici le gèrent, et cela de manière individuelle, alors qu'en outre eux-mêmes ne sont pas formés à l'encadrement, ou en tout cas ne l'étaient pas avant la réforme.

5. Un dispositif d'accueil des nouveaux salariés : la « doublure »

Le seul élément de prescription qui concerne l'accueil d'un nouveau salarié au sein des services hospitaliers correspond à une « doublure », pendant deux semaines, par un personnel permanent du service. Cela signifie qu'en théorie, lors de ses deux premières semaines au sein du service, le nouveau salarié n'est pas directement compté dans les effectifs. Or le plus souvent, cette période se trouve réduite à quelques jours, car les besoins du service ne permettent pas de la maintenir au-delà. Dans ce contexte les nouveaux se retrouvent très vite comptés dans les effectifs réels, pour la production du service. En outre, le personnel qui accueille le nouveau est censé disposer d'une certaine ancienneté dans le service. Or, pour les mêmes raisons que précédemment (composition de l'équipe ce jour-là et répartition des effectifs), il est également possible que la doublure soit réalisée par des permanents eux-

mêmes récemment arrivés. Nous sommes alors en présence d'un dispositif institutionnel encore moins formalisé que le précédent.

Par ailleurs, le terme « nouveaux » recouvre en fait une grande diversité de parcours professionnels. On retrouve tout d'abord des « nouveaux jeunes diplômés » qui peuvent, soit sortir de la formation initiale et avoir ou non une expérience dans un ou plusieurs services pour une courte durée, soit venir des promotions professionnelles. On trouve également des personnels nouveaux dans le service mais anciens dans le métier, avec de l'expérience dans un ou plusieurs autres services. A quoi s'ajoutent les personnels de l'équipe de remplacement du CHU, déjà venus ou non au sein des services considérés pour effectuer des remplacements de courtes durées. Parmi les nouveaux, on trouve ainsi une diversité d'expérience du point de vue d'une spécialité donnée. Le cas particulier des « nouveaux qui ont de l'ancienneté » est spécialement compliqué pour tous les intéressés, car les personnels qui ont en charge l'accueil peuvent avoir une mauvaise représentation des besoins de transmissions de ces derniers.

Toute cette diversité va certainement tendre à se développer à l'avenir avec les projets de renforcer la mobilité interne au sein des pôles, constitués de services qui peuvent recouvrir des spécialités très différentes.

6. Les préoccupations du CHU

Les discussions au cours des rencontres du comité de suivi ont confirmé des préoccupations en termes de fidélisation des soignants, des infirmières notamment, face au constat de leur départ prématuré dans les premières années de carrière (voir § 2 ci-dessus). Ces départs sont mis en lien avec l'existence d'un climat social difficile, nos interlocuteurs considèrent qu'ils sont dus en partie aux transformations en cours au sein du CHU.

Des préoccupations sont également formulées concernant la formation initiale (des infirmières, à nouveau), qui connaît à la fois de plus en plus d'arrêts de travail chez les stagiaires, et de départs en cours de formation. Une partie des étudiants sont jugés peu capables de faire face à des responsabilités « *qui font peur* ». Il y aurait une « *rupture entre l'idée préalable du métier et le vécu en situation réelle* » (propos d'une responsable de formation).

L'intérêt que les différents acteurs portaient à cette recherche reposait sur une des questions majeures actuelles de la GRH en termes de remplacement ou non des départs en retraite, et de « *capitalisation des compétences* ». Nos interlocuteurs perçoivent l'existence de deux « pôles » dans les équipes, avec d'un côté des jeunes, et de l'autre des anciens voire très anciens. Parfois sont mentionnées des difficultés spécifiques de part et d'autre : les jeunes auraient davantage de difficultés à prendre de la distance vis-à-vis des maladies ; les

anciennes, elles, feraient preuve de davantage de maîtrise technique, elles sont « *incollables* » et « *pointues* » sur le suivi des pathologies, mais parfois « *elles sont hyperspécialisées* », « *il n'y a rien à côté* », ce qui pose problème à la fois pour la prise en charge des polypathologies et pour leur propre mobilité professionnelle.

Les préoccupations des responsables se focalisent alors autour de la question suivante : « *comment valoriser les compétences des deux côtés en même temps ?* ». Or selon eux, l'acquisition des métiers de soignants passe depuis toujours par une transmission orale, avec une difficulté qui semble s'accroître, celle de verbaliser les compétences : « *les gens ne se rendent même plus compte de ce qu'ils font ; ils font sans pouvoir mettre les mots dessus* » (une directrice des soins, une cadre de santé). Les soignants ont, à leurs yeux, des difficultés « *à conceptualiser leur activité, à la fois avec un problème d'analyse et de description, mais surtout un manque de pratique réflexive* » (responsable formation). Ainsi le problème ne semble pas tant « *de ne pas savoir faire, mais plutôt de ne pas savoir expliquer* » (idem), ce qui se traduit en situation par le fait que « *l'apprentissage se fait alors principalement par signalement de ce qui ne va pas* » (idem), et entraîne des tensions, voire des « conflits » entre les protagonistes.

Les responsables des formations (toutes formes confondues) insistent également sur les évolutions que connaît la formation elle-même. Elle est doublement impactée : par les évolutions du monde des soins, et par l'évolution du monde de la formation où aujourd'hui « *on n'apprend plus à faire, on apprend à apprendre* ». Cette mutation, qui vise à responsabiliser beaucoup plus les « formés », est jugée intéressante par ces responsables, mais ils en perçoivent certains risques (les formés n'ont pas tous la même capacité à se prendre en charge), et ils signalent des difficultés qui en découlent pour leur propre travail : il faudrait qu'ils puissent eux-mêmes assister davantage aux stages, or ils n'ont pas le temps.

Enfin, dans le prolongement de la réforme de la formation initiale, la mise en place du « tutorat » à l'hôpital est source de nouvelles préoccupations pour les différentes directions. Comme le dit une directrice des soins « *il faut plusieurs degrés d'encadrement, organiser le stage, montrer comment faire, et faire preuve de pédagogie pour développer une pratique réflexive. Cependant, les infirmières* [celles qui accueillent les nouveaux] *ne peuvent pas tout faire en même temps* ».

CHAPITRE 4. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre a pour objectif de présenter l'ensemble des étapes de notre démarche méthodologique au cours de cette recherche.

Rappelons que nous souhaitons adopter une approche large de la transmission autour de ce que nous avons nommé « interactions formatives » (Cf. ci-dessus § 2.5.), ce qui suppose d'abord de s'intéresser aux dimensions de l'activité qui sont convoquées lors de ces interactions : dimensions techniques bien sûr, mais aussi organisationnelles, relationnelles, etc. Cela suppose aussi d'examiner la mise en place effective de ces interactions en contexte de travail, avec les arbitrages que cela implique au regard des contraintes du moment dans les services. Cela suppose enfin de s'intéresser à la manière dont se construit la relation de transmission, sous l'action des protagonistes, compte tenu de « l'asymétrie » entre eux. Le noyau central de notre étude proviendra donc de l'observation de situations de transmission, réalisée et analysée dans cette triple perspective.

Notre propos est aussi, nous l'avons dit, de comprendre « l'élaboration » de ces interactions, au fil de leur déroulement et de leur succession. Dans ce but nous avons mené d'une part, des entretiens avec les acteurs impliqués dans les situations observées (entretiens avant, pendant, et après ces observations, selon leurs disponibilités), d'autre part des allo-confrontations collectives sur la transmission avec un groupe d'élèves infirmiers, que nous avons nommées « ateliers réflexifs ».

Enfin, nous jugeons important d'inscrire notre démarche de recherche dans une compréhension, à un niveau plus macro, des enjeux de la transmission dans la vie du système de production, en l'occurrence du CHU. C'était déjà le but des constats que nous avons présentés dans certaines parties du chapitre 1 et dans l'ensemble du chapitre 3 ci-avant. Certains d'entre eux provenaient des échanges au sein d'un comité de suivi de la recherche avec les acteurs principaux du CHU concernés par la transmission. Nous les complèterons par des éléments recueillis, dans la toute dernière phase de notre travail de thèse, auprès d'une formatrice et de cadres de santé en formation.

Au cours de notre recherche, comme souvent dans une démarche de terrain en ergonomie, les résultats issus de certaines phases méthodologiques ont participé à l'élaboration des suivantes. C'est pourquoi il nous arrivera de présenter des éléments de méthode sans en donner, dans ce chapitre, tous les détails ; ceux-ci apparaîtront en tant que de besoin dans la présentation des résultats correspondants (chapitres 5 à 9 ci-après).

Par ailleurs, les contraintes fortes auxquelles l'hôpital fait face ont marqué non seulement les situations observées, mais le déroulement de notre propre étude : dates difficiles à fixer et à tenir, opérations différées à plusieurs reprises, interlocuteurs finalement indisponibles, ce malgré l'intérêt manifeste des membres du comité de suivi pour cette investigation (ce dont ont témoigné leur participation active à ce comité, leurs efforts répétés pour organiser des observations ou des ateliers, etc.). Nous n'évoquerons pas en permanence ces difficultés ; celles-ci seront seulement précisées dans les cas où le contenu même de la recherche s'en est trouvé modifié.

1. L'implication du CHU dans le pilotage de la recherche

Nous souhaitions ancrer cette recherche au plus près des préoccupations du CHU. Dans cette perspective nous avons présenté notre projet, dès le début de nos investigations, dans différentes instances du CHU, puis par la suite présenté son avancement tout au long de notre recherche au sein d'un comité de suivi.

Des rencontres avec des instances représentatives, de la direction et du personnel, déjà existantes, ou constituées dans le cadre de notre recherche, ont eu lieu afin de permettre à ces acteurs de discuter collectivement autour des enjeux, questions, et pistes d'action qui ressortent de notre étude. En particulier, une présentation lors du CHSCT central du CHU a confirmé l'intérêt de cette problématique pour les partenaires sociaux, et une présentation devant tous les cadres supérieurs de santé du CHU a eu lieu préalablement à la désignation des services dans lesquels la recherche allait se dérouler.

Notre interlocuteur privilégié était le médecin coordinateur de la médecine du travail, avec qui nous avons eu, préalablement à cette recherche et tout au long de celle-ci, de nombreux échanges[30]. En concertation avec lui, nous avons proposé que se mette en place un comité de suivi de l'étude, avec des intervenants de différentes directions du CHU concernées par la question de la transmission. Ce comité s'est réuni à trois reprises au fil de l'étude, pendant une demi-journée, avec les acteurs suivants (une douzaine de participants en général) :

- équipe du service de médecine du travail du CHU : médecin coordinateur, médecins du travail, infirmières ;
- directrices des soins ;
- directrices des ressources humaines ;
- responsables de pôles, cadres supérieurs de santé et cadres de santé concernés par les services investigués ;

[30] Ce médecin a bien voulu accepter de participer au jury de la présente thèse.

- directrice de l'IFSI ;
- directrice de la formation continue ;
- directrice de la formation des cadres de santé.

L'objectif de ces rencontres était de donner à ces acteurs un rôle actif dans l'étude, pour resituer nos constats dans le contexte du CHU, orienter les questions de recherche en lien avec leurs propres préoccupations, établir des relations avec des projets et transformations en cours, et envisager la portée possible de généralisation des résultats au sein du CHU, mais aussi plus largement au secteur hospitalier.

2. Choix des services investigués

Nous avons réalisé nos investigations dans plusieurs services, afin d'une part de repérer leurs similitudes ou les spécificités de chacun d'eux au regard des questions développées, et d'autre part de comprendre en quoi la diversité des situations de travail et des enjeux qui s'y rattachent ont une incidence sur les résultats.

Deux phases se sont succédé : une phase dans laquelle nous avons été accueillie par le service de SSR (Soins de Suites et Réadaptation) de l'établissement « A » (Chapitre 3 ci-avant) ; puis une seconde phase durant laquelle nous sommes allée, en alternance, au sein du service de Rhumatologie de l'établissement « B », et du service de Chirurgie cardiaque de l'établissement « C ».

Le choix du service de SSR a été opéré par la Direction Générale des Soins du CHU car, selon elle, ce service présentait une diversité de catégories d'âges : « *un panel d'anciens agents, un panel d'âge intermédiaire et enfin de nouvelles promotions arrivées récemment dans le service* ». Au moment de notre intervention nous avons cependant constaté une réalité différente de celle annoncée : la majorité des anciens venaient de quitter ce service, en grande mutation (voir Chapitre 3 - § 3.1., ci-avant).

Le choix des services de Rhumatologie et de Chirurgie cardiaque a fait écho, lui, à l'intérêt manifesté pour l'étude par les cadres supérieurs de pôles en charge de ces services. Il s'agissait pour nous de poursuivre l'étude dans deux services, sélectionnés en tenant compte des critères suivants : la présence ou l'arrivée prévue de nouveaux personnels ; la présence d'une pluralité d'anciennetés ; des services ne connaissant pas de profondes transformations en cours dans leur organisation ; des services différents entre eux du point de vue de leur spécialité, et différents du SSR ; et surtout, un accueil a priori favorable de l'étude. Ce dernier critère s'est vérifié, pour les deux services retenus, lors de la présentation du projet dans une réunion des cadres supérieurs de santé, organisée par la Direction des soins.

Nous présentons dans le tableau ci-après quelques caractéristiques des trois services investigués. Les deux premières lignes constituent une synthèse des éléments de description présentés ci-avant (Chapitre 3 - § 3).

	SSR		**Chirurgie cardiaque**		**Rhumatologie**	
Contexte et/ou caractéristiques du service	Changement de spécialité médicale (passage de la chirurgie orthopédique en SSR) Changement accompagné d'une réduction des effectifs d'AS Absence de discussion au sein des équipes sur ces changements, ni de formation aux nouvelles pathologies		Service de pointe, très technique Service « vitrine » de l'hôpital Renforcement des exigences de rentabilité : récupérer la clientèle du privé Dépendance avec les services de bloc opératoire et de réanimation		Spécialité médicale peu attractive Mutualisation des personnels sur l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour Service qui « désengorge » les urgences	
Pathologies des patients	Pathologies liées à la vieillesse, polypathologies		Patients en pré et post opératoire : transplantations cardiaques, remplacements de valves, pontages, cœur artificiels, etc.		Grande hétérogénéité des pathologies, polypathologies	
Nombre de lits	30		25		38	
Effectifs soignants minimaux pour les vacations diurnes M : matin, AM = après-midi ; J = journée	Inf	AS	Inf	AS	Inf	AS
	1 M 1 J 1 AM	2 M 2 AM	2 M 1 J 2 AM	3 M 2 AM	3 M 3 AM	3 M 3 AM
Caractéristiques des soignants	Une diversité de parcours mais peu d'anciens		Beaucoup d'anciens et de nouveaux aux statuts divers		Une distribution étalée des âges et des anciennetés	

Tableau 1 : Récapitulatif des principaux éléments concernant les trois services étudiés

3. Entretiens exploratoires et observations ouvertes

Lors de nos premières investigations nous avons mené une douzaine d'entretiens exploratoires et non-directifs (de trente minutes à une heure trente) avec différents responsables des directions du CHU concernées par la transmission. Ces entretiens

exploratoires nous ont permis d'appréhender des enjeux de la transmission pour le CHU, tels que nous les avons relatés précédemment (Chapitre 3).

Concernant plus spécifiquement notre présence sur le terrain, avant chacune de nos premières venues au sein des services, nous avions fait parvenir une note explicative de notre projet de recherche aux cadres, pour que celle-ci soit affichée, en vue de prévenir les équipes de notre arrivée (Cf. annexe 4). Nos premiers contacts avec les équipes soignantes ont eu lieu durant les relèves, notamment celles entre les équipes du matin et d'après-midi afin de nous présenter au plus grand nombre de personnels possible. En moyenne, dix minutes nous étaient consacrées lors des relèves. Ayant par la suite assisté à des relèves du matin et du soir, nous nous sommes également présentée aux personnels de nuit.

Dans les trois services investigués, à nouveau plusieurs entretiens non-directifs avec les cadres et cadres supérieurs infirmiers ont été réalisés (de durées très variables et parfois en plusieurs rencontres) : 3 en SSR, 3 en Rhumatologie et 6 en Chirurgie cardiaque. Ceux-ci nous ont permis de recueillir leurs points de vue sur l'organisation et le fonctionnement des services, tant sur le plan humain que matériel : gestion des lits, gestion des plannings des personnels, projet et évolution des services ; ainsi que sur leurs propres préoccupations vis-à-vis de la transmission (avantages, difficultés, etc.) (Cf. Chapitre 3).

Dans ces trois services, nous avons aussi réalisé des observations « ouvertes » de situations de travail quotidiennes. Nous souhaitions avoir une première vision des spécificités de chaque service et des enjeux qui s'y rattachent : contexte réglementaire et technique, évolutions organisationnelles, organisation des plannings, tâches allouées aux soignants, répartition des tâches, différentes phases du travail (relèves entre équipes de quart, préparation et tournées de soins, pauses, etc.), sources de variabilité (effectifs et composition des équipes en termes de statuts, nombre et caractéristiques des patients, etc.), périodes ou phases critiques du travail, et enjeux d'accueil et d'encadrement. Les observations ouvertes ont duré 4 jours en SSR (dont une vacation de nuit), et 3 jours pour chacun des deux autres services.

En parallèle avec ces premières observations, nous avons cherché à (re)situer localement la question de la transmission pour les soignants. Nous avons réalisé dans ce but des entretiens individuels avec des soignants. 11 entretiens ont été réalisé en SSR (5 infirmières, dont 1 de nuit ; 6 AS, dont 2 de nuit) ; 5 en chirurgie cardiaque (3 IDE ; 2 AS) ; et 3 en Rhumatologie (2 IDE ; 1 AS).

Ces entretiens ont été réalisés sur leur temps de travail, il a donc fallu les concilier avec leurs disponibilités. Les entretiens sont ainsi hétérogènes en termes de durée (d'une quinzaine de minutes à plus d'une heure). Certains d'entre eux ont pu être enregistrés avec l'accord des personnes (n=10), les autres ont été pris en notes.

Il s'agissait cette fois d'entretiens semi-directifs. Les thématiques abordées dans le guide d'entretien portaient sur leur parcours, leurs expériences passées (dans d'autres services, dans d'autres métiers), la prise en charge des patients, les conséquences sur leurs pratiques des évolutions au sein des services, et leur point de vue sur la situation d'encadrement (leur propre encadrement lors de leur arrivée mais aussi les situations où eux-mêmes encadrent), ainsi que les éléments qui selon eux influencent les situations d'encadrement.

Dans cette même période nous avons eu l'occasion de mener des entretiens exploratoires avec 3 élèves, dont 2 auprès d'élèves infirmiers. Nous avons aussi suivi pendant quelques heures une équipe composée de 2 infirmières ayant toutes deux plusieurs années d'ancienneté dans le service de chirurgie cardiaque : sans prétendre avoir une perspective comparative avec les situations de transmission, nous souhaitions nous faire une idée des échanges usuels dans un binôme « symétrique ».

4. Observations systématiques et autoconfrontations sur des interactions formatives

Dans les trois services nous avons réalisé des observations systématiques de « situations de transmission », que dans l'immédiat nous caractériserons comme des situations où au moins un nouveau est présent : élève en formation, jeune diplômé, remplaçant ponctuel, nouveau personnel en mobilité. Nous présenterons ci-dessous les vacations au cours desquelles ces observations ont été effectuées et comment nous les avons réalisées. Une sélection d'éléments observés a ensuite été présentée aux personnes impliquées lors d'autoconfrontations individuelles et collectives.

4.1. Présentation des 12 vacations observées (entières ou partielles) impliquant une activité de transmission

Compte tenu de notre intérêt pour le déroulement et la dynamique des situations, nous avons réalisé ces observations le plus souvent sur des vacations entières (sept heures et trente minutes), du matin ou d'après-midi.

12 vacations ont été observées, en fonction des opportunités d'accueil des services. Elles recouvrent des configurations « anciens - nouveaux » différentes :

- encadrement d'élèves en formation (n=7) ;

- accueil de nouvelles salariées (n=6)

- accueil d'une personne appartenant à l'équipe de remplacement de l'hôpital (n=1) ;

- coprésence entre des personnes permanentes du service et des personnes mutualisées sur plusieurs unités (n=1).

(NB. 6 situations cumulent la présence de plusieurs « nouveaux »).

Parmi les 12 situations suivies, 6 ont fait l'objet d'une identification préalable, c'est-à-dire que nous avions connaissance de l'arrivée ou de la présence d'un nouveau sur la vacation en question. Les 6 autres relèvent de situations « opportunes » qui se sont présentées à nous lors de notre présence durant les relèves entre équipes.

Nous avons classé les situations dans le tableau ci-après en fonction du service dans lequel elles ont eu lieu, en précisant le type de vacation, le choix a priori (ou non) des situations, et les caractéristiques des personnels suivis.

Service	type de vacation	Choix ou non des situations	Caractéristiques des personnes suivies
SSR	M	Non	IDE : < 1mois ancserv EIDE : 1ère année
SSR	M	Non	IDE : 3 ancserv EIDE : 1ère année
SSR	AM	Non	AS : 3 ancserv AS : < 1mois ancserv EAS fin de cursus
Rhumatologie	M	Oui	AS : 1 ancserv AS : nouvelle 1r jour
Rhumatologie	M	Oui	AS : 1 ancserv AS : nouvelle 2ième jour
Rhumatologie	AM	Oui	AS : 11 ancserv AS : nouvelle 3ième jour
Rhumatologie	AM	Non	IDE : 4 ancserv EIDE : fin de cursus
Rhumatologie	M	Oui	IDE : 20 ancserv EIDE : fin de cursus
Chirurgie cardiaque	M	Non	IDE : 3 ancserv EIDE : 3ième année
Chirurgie cardiaque	AM	Oui	IDE : 3 ancserv IDE : < 2 mois ancserv
Chirurgie cardiaque	M	Non	AS : 3 ancserv AS : 4 ancserv AS : 22 ancserv
Chirurgie cardiaque	AM	Oui	IDE : 18 ancserv IDE du SICS EIDE : 3ième année ; 1r jour

Légende

ancserv : ancienneté dans le service

M : vacation du matin
AM : vacation d'après-midi

IDE : Infirmier diplômé d'Etat
EIDE : élève infirmier
AS : Aide-soignant
EAS : élève aide-soignant
SICS : équipe de replacement sur l'ensemble du CHU

Tableau 2 : Caractéristiques des 12 vacations observées

Quelques précisions complémentaires valent d'être fournies :

- aux premières et deuxièmes lignes[31] un même élève infirmier est encadré successivement par deux infirmières différentes, l'une nouvelle dans le service, l'autre plus ancienne ;

- de la quatrième à la sixième ligne il s'agit des trois premiers jours d'une même nouvelle AS dans le service de Rhumatologie ;

- aux deux lignes suivantes, ces deux vacations sont séparées par une vacation de nuit, dans la même unité, avec les mêmes patients, mais le binôme est différent ;

- à l'avant-dernière ligne du tableau on note a priori l'absence de « nouveau », mais l'AS qui a pourtant le plus d'ancienneté dans le service (22 ans) est en fait très peu présente sur cette unité ; elle est habituellement dans l'unité de biopsie ;

- à la dernière ligne les observations ont été réalisées par deux chercheures[32]

Pour chaque situation nous avons noté plusieurs indicateurs contextuels à l'échelle du service : nombre de personnels présents sur la vacation, leurs caractéristiques en termes d'ancienneté dans le service, leur répartition géographique entre unités ; etc.

4.2. Choix des méthodes de relevé

D'un point de vue pratique et pour faciliter notre présence dans les chambres des patients, il a été décidé, en accord avec les cadres de proximité, que nous soyons vêtue d'une blouse blanche de médecin, avec notre nom et notre fonction d'ergonome. Dans certains cas, les personnels nous présentaient aux patients pour justifier notre présence auprès d'eux.

4.2.1. Qui observer ?

De façon générale, nous étions présente dans toutes les périodes où se trouvaient ensemble deux protagonistes dont un nouveau : qu'il s'agisse d'un binôme, d'un trinôme rassemblé, ou d'un trinôme dans lequel les anciens s'étaient séparés (nous restions alors avec

[31] Dans le présent tableau où les vacations sont regroupées selon le service étudié les numéros de lignes sont provisoires, ils ne correspondent pas à la numérotation des situations que nous utiliserons dans les résultats (chapitre 5)

[32] Esther Cloutier, ergonome à l'IRSST (Montréal) était partie prenante du projet ANR évoqué dans notre avant-propos. A ce titre elle a participé à une journée d'observation.

le « nouveau » et son « encadrante » du moment). Dans les situations impliquant deux « nouveaux » nous avons choisi l'un d'eux, celui dont la présence était prévue d'avance.

Quand un « binôme » se séparait, dans certains cas nous avons suivi le « nouveau », et dans d'autres cas « l'encadrant ». Le choix de la personne à suivre dépendait des échanges entre les acteurs, du contexte de la situation, et surtout de « *l'histoire* » de celle-ci. Nous nous sommes ainsi efforcée d'interpréter, en situation réelle, les enjeux de la situation en cours.

Dans certains cas le choix ne faisait pas trop de doute : durant notre suivi d'un binôme élève infirmière-encadrante infirmière, l'encadrante s'est rendue dans une chambre sassée d'un transplanté cardiaque, qui nécessite tout un protocole d'hygiène pour les soignants et qui suscite un risque pour les patients ; nous sommes donc restée aux côtés de l'élève. A d'autres moments, pour suivre la dynamique du binôme, si l'une était dans une chambre et l'autre dans le couloir, nous restions avec celle dans le couloir, pour voir si elle changeait de lieu ou si elle avait elle-même des échanges avec d'autres intervenants (collègues, cadres, médecins, ambulanciers…).

Nos moments de coprésence avec un seul des protagonistes se sont avérés utiles pour comprendre le travail de chacun, appréhender les échanges que les protagonistes pouvaient avoir avec d'autres interlocuteurs, mais aussi disposer d'éléments supplémentaires sur la dynamique de l'activité de transmission : à quel moment l'un ou l'autre décide de mettre fin à leur séparation.

En outre ces périodes nous permettaient de construire nos propres relations avec ces personnes ; nos échanges n'étaient pas de même nature que lorsque le binôme était ensemble. Nous saisissions ces occasions pour leur poser des questions sur leur travail, et pour recueillir, sans les avoir sollicitées, leurs verbalisations spontanées concernant la situation de transmission.

4.2.2. Les observables retenus

Nous souhaitions recueillir des données précises sur l'activité de transmission individuelle et collective des soignants : tâches réalisées et leur répartition, temps passé dans chacun des lieux, en coprésence ou non, déplacements, modalités et contenus des échanges, présence ou non des patients, interruptions, etc. Nous cherchions ici à alimenter les questions suivantes afin d'appréhender plus en détail les « interactions formatives » : quels sont les moments propices aux échanges de pratiques professionnelles entre les personnels soignants ? Dans quel lieu se déroulent-ils ? Qui sont les « émetteurs » et les « récepteurs » ? Quelles formes prennent-ils ? Sur quelles dimensions de l'activité portent-ils ?

Ces observations ont fait l'objet de prises de notes détaillées[33] (Cf. annexe 5). Les échanges verbaux ont constitué le plus gros de nos relevés. Dans la mesure du possible (débit de parole, acoustique, interférences verbales, etc.), nous les avons intégralement pris en notes, car nous n'avions pas d'idée a priori sur le fait qu'un échange relève ou non d'une interaction formative.

Les lieux ont été notés car nous faisions l'hypothèse que les échanges pouvaient être différents d'un lieu à un autre, en particulier selon qu'ils se déroulaient en présence ou non des patients. La notation des lieux indique également, plus simplement, si les protagonistes étaient en coprésence ou non. Nous avons ainsi suivi les soignants au cours de leur activité partout où ils allaient : salles de soins, couloirs, chambres, réserves, autres secteurs géographiques du service, autres services, etc. Nous avons assisté à l'ensemble de leurs phases de travail, y compris les relèves entre équipes de quart et l'administration des soins auprès des patients, toujours en notant les échanges.

Lorsque le « binôme » était ensemble dans un même lieu nous notions s'ils faisaient quelque chose ensemble, ou bien si l'un faisait et l'autre regardait, ou encore s'ils réalisaient des tâches en parallèle.

4.3. Autoconfrontations et débriefings

Sur la base d'éléments recueillis lors des observations précédentes, nous souhaitions réaliser des autoconfrontations avec l'ensemble des personnes observées. Les contraintes des services ne nous ont pas permis d'atteindre cet objectif. Nous appellerons « débriefings » des entretiens plutôt courts, portant sur les observations précédemment réalisées auprès de la personne concernée, mais non sur un moment très précis de l'activité, comme c'est le cas pour les autoconfrontations.

L'ensemble de ces entretiens (5 autoconfrontations et 4 débriefings, voir tableau ci-contre) participaient à la compréhension, à l'explicitation des observations auprès des personnes observées, mais également à la validation par les personnes elles-mêmes des choix des situations et de leur caractère plus ou moins usuel et représentatif.

[33] Aucun enregistrement audio ou vidéo n'a été effectué durant les observations ouvertes ou systématiques afin de préserver la confidentialité des informations concernant les patients.

Service	type de vacation	Caractéristiques des personnes suivies	Autoconfrontations Débriefings
SSR	M	IDE : < 1mois ancserv EIDE : 1ère année	Débriefing IDE : < 1mois ancserv
SSR	M	IDE : 3 ancserv EIDE : 1ère année	
SSR	AM	AS : 3 ancserv AS : < 1mois ancserv EAS fin de cursus	
Rhumatologie	M	AS : 1 ancserv AS : nouvelle 1r jour	Débriefing AS : 1 ancserv
Rhumatologie	M	AS : 1 ancserv AS : nouvelle 2ième jour	
Rhumatologie	AM	AS : 11 ancserv AS : nouvelle 3ième jour	Débriefing AS : 11 ancserv Débriefing AS : nouvelle 3ième jour
Rhumatologie	AM	IDE : 4 ancserv EIDE : fin de cursus	Autoconfrontation IDE : 4 ancserv
Rhumatologie	M	IDE : 20 ancserv EIDE : fin de cursus	Autoconfrontation IDE : 20 ancserv
Chirurgie cardiaque	M	IDE : 3 ancserv EIDE : 3ième année	Autoconfrontation IDE : 3 ancserv
Chirurgie cardiaque	AM	IDE : 3 ancserv IDE : < 1 mois ancserv	Autoconfrontation IDE : < 1 mois ancserv
Chirurgie cardiaque	M	AS : 3 ancserv AS : 4 ancserv AS : 22 ancserv (tourne sur autre unité : biopsie)	
Chirurgie cardiaque	AM	IDE : 18 ancserv IDE du SICS EIDE : 3ième année ; 1r jour	Autoconfrontation EIDE : 3ième année ; 1r jour

Légende

ancserv : ancienneté dans le service

M : vacation du matin
AM : vacation d'après-midi

IDE : Infirmier diplômé d'Etat
EIDE : élève infirmier
AS : Aide-soignant
EAS : élève aide-soignant
SICS : équipe de replacement sur l'ensemble du CHU

Tableau 3 : Récapitulatif des autoconfrontations et débriefings

En choisissant des éléments à présenter en autoconfrontation, nous avons privilégié des moments dans lesquels se manifestaient selon nous :

- des compromis que les soignants doivent réaliser dans leur activité, des contradictions ou conflits entre les différents buts de cette activité ou entre leurs activités de travail et de transmission ; ou encore des tensions au regard de leur propre conception du métier ;

- des difficultés liées aux exigences des tâches par elles-mêmes, et aux coûts potentiels générés sur leur santé.

Ces entretiens ont été réalisés au plus tard un mois après les observations. Ce laps de temps nous a été imposé par les contraintes des services et des plannings ; celles-ci ont aussi influencé la durée des entretiens. Certains ont pu être enregistrés, d'autres non ; ceux enregistrés ont été entièrement transcrits.

En complément à ces autoconfrontations et débriefings individuels, nous souhaitions dans chacun des services effectuer des restitutions collectives pour compléter les interprétations et apprécier leur niveau de généralisation. Nous avions dans l'idée, comme le développe très largement Catherine Teiger (Gonzalez et Teiger, 2001 ; Teiger, Cloutier, David et Prévost, 1998), que ces restitutions collectives seraient en elles-mêmes des moments et des lieux de transmission et mutualisation[34]. Nous souhaitions que celles-ci se réalisent le plus possible avec les personnels déjà impliqués dans nos phases méthodologiques précédentes. Cependant, en raison des contraintes des services, seulement 4 restitutions collectives ont pu être réalisées : 2 en SSR, et 1 en Rhumatologie et Chirurgie cardiaque. Toutes les personnes suivies n'ont pu y assister et à l'inverse certaines personnes y ont assisté sans avoir participé aux phases précédentes. Nous avons à chaque fois présenté une synthèse de nos premiers résultats, centrée sur les observations menées dans le service ; la discussion a duré entre une demi-heure et une heure et quart.

5. Des ateliers réflexifs avec des élèves infirmiers

Nous avions pour ambition de réaliser des groupes de travail, sur trois séances (de deux heures chacune) que nous nommons « ateliers réflexifs » dans le but de travailler à partir de situations « cas » observées et analysées dans nos précédentes investigations. Ces ateliers devaient se tenir à l'écart des contraintes de production, car nous avions perçu à quel point celles-ci influençaient les restitutions collectives et les différents types d'entretiens.

Nous souhaitions organiser 4 cycles de ce type, en variant la composition en termes de participants. Un seul a finalement été réalisable.

5.1. Objectifs généraux des ateliers réflexifs

Ces « ateliers réflexifs » reposaient sur quatre enjeux majeurs :

- impulser une pratique réflexive individuelle et collective sur l'activité de transmission ;

[34] Nous en avions déjà fait l'expérience lors de notre terrain de Master Professionnel, au sein d'un service de gériatrie dans un établissement de l'AP-HP.

- permettre dans chacun des groupes d'engager des discussions collectives, débats et controverses sur les éléments présentés ;
- permettre aux participants de mutualiser leurs pratiques ;
- impulser des réflexions autour de la question de « pistes de transformation » des dispositifs de transmission, en vue d'alimenter les discussions au sein du comité de suivi.

Nous avons ainsi proposé, lors du troisième comité de suivi, de mettre en place quatre groupes de travail, constitués de 4 à 6 personnes chacun et définis suivant les critères spécifiques suivants :

- un groupe combinant infirmiers diplômés et élèves infirmiers ;
- un groupe combinant aides-soignants et élèves aides-soignants ;
- un groupe mixte d'aides-soignants et d'infirmiers ayant de l'ancienneté dans l'accueil des nouveaux, et si possible appartenant au même service, voire ayant travaillé ensemble ;
- un groupe mixte d'élèves aides-soignants et infirmiers.

Chacun des groupes devait se réunir pour trois séances de deux heures chacune, selon un schéma que nous expliciterons ci-après.

Le comité de suivi a approuvé cette proposition en y voyant un fort intérêt. La Direction des soins a tenté de les organiser. La gestion des plannings au sein des services a rendu cette tâche impossible. La mise en place de tels groupes, mobilisant des soignants sur leur temps de travail, s'est révélée un vrai casse-tête, même en tentant de mobiliser d'autres types de participants tels que des membres de l'équipe de remplacement du CHU.

Compte tenu de l'ensemble de ces difficultés, un seul atelier a pu voir le jour, composé de quatre élèves infirmiers et organisé par des cadres de l'IFSI. Nous avons adressé une note de présentation des ateliers aux futurs participants (Cf. annexe 6).

5.2. Choix des participants

C'est en concertation avec la directrice et une cadre formatrice de l'IFSI que les quatre étudiants ont été choisis (deux étudiants parmi les six proposés par l'IFSI ne pouvaient pas assister à l'ensemble des trois séances).

Nous souhaitions rencontrer des élèves infirmiers en troisième année, en lien avec le fait que les données recueillies précédemment concernaient particulièrement ce profil d'étudiant,

avec notamment deux enjeux majeurs pour eux : l'échéance de leur diplôme en fin d'année et leur proximité avec le statut de professionnel.

Les membres de l'IFSI nous ont précisé certains critères de choix : des élèves qui ont commencé leur troisième année, mais qui ne sont pas encore directement dans les enjeux de fin de cursus vis-à-vis de leur diplôme (pour que les ateliers ne les perturbent pas dans la préparation de celui-ci) ; des élèves qui, du point de vue de l'IFSI, ne sont pas en difficulté ; des volontaires qui ont accepté de participer à l'ensemble des trois séances sur leur propre temps libre ; des élèves qui ne proviennent pas de promotion professionnelle et ne sont pas en formation de puériculture : l'IFSI souhaitait que nous ayons affaire à de « vrais » futurs infirmiers.

5.3. Organisation des ateliers

Trois séances de deux heures chacune ont été organisées. Nous souhaitions qu'elles soient espacées d'au moins une semaine pour que les étudiants aient un temps de réflexion entre chacune d'elles. Cela n'a cependant pas été possible entre les deux premières séances : elles se sont réalisées sur deux jours consécutifs. La troisième séance a eu lieu trois semaines plus tard.

Les trois séances étaient animées par deux ergonomes (une collègue[35] et nous-même).Il s'agissait ainsi pour nous d'être aussi réactives que possible aux commentaires de chacun. Avec l'accord des participants nous avons enregistré l'ensemble des trois séances. Ces enregistrements ont par la suite été entièrement retranscrits.

Nous avons conçu ces trois séances avec l'idée d'une progression dont nous allons à présent rendre compte.

5.3.1. Première séance : activités réflexives ouvertes

La première séance débutait par une présentation succincte de notre étude au CHU et de notre démarche méthodologique déployée jusque-là. Nous avons précisé que nous avions réalisé des observations sur le terrain et des entretiens avec les personnes concernées pour étayer ces observations. Nous avons également insisté sur les enjeux d'anonymat.

Nous ne souhaitions pas donner aux participants dès le départ des résultats formalisés, pour ne pas les orienter et ne pas freiner leurs propres commentaires, surtout si des désaccords

[35] Lucie Cuvelier, en Post-Doctorat au Cee à cette période

existaient entre eux. Cette première séance visait plutôt à faire parler les participants de situations de transmission qu'ils ont eux-mêmes vécues, et à construire, décrypter avec eux, au fil de la séance, les déterminants de ces « histoires » : ce qui est en jeu dans ces situations.

La principale consigne leur a été énoncée sur la base du texte suivant que nous avions préparé :

> *« De manière générale l'idée importante à garder en tête, c'est que ce qui nous semble intéressant dans le travail que nous allons faire ensemble, c'est de pouvoir discuter ensemble, entre vous et avec nous. Discuter ça veut dire à la fois qu'il se peut qu'on ne soit pas tous d'accord, et l'important justement c'est de discuter. J'insiste sur le fait qu'il n'y a pas de vérité absolue. On n'est pas obligé d'avoir un avis tranché et on peut se questionner ouvertement.*
>
> *Ce qui peut arriver, et surtout ne vous en empêchez pas, nous le ferons aussi, c'est de faire partager à haute voix vos réflexions, vos questionnements sur ce qui est dit, et peut-être même sur ce que vous direz vous-même. On s'intéresse aux doutes, aux hésitations, et chacun peut changer d'avis aussi en cours de route. Il n'y a pas de « bonne réponse », de « bonne solution », l'important c'est que chacun puisse exprimer son point de vue, et s'il y a des différences de points de vue entre nous, il est justement intéressant de pouvoir en débattre. Nous ne sommes pas là pour juger, encore une fois il n'y a pas de « bonne réponse ».*
>
> *Du coup, c'est comme s'il y avait entre nous aujourd'hui un contrat tacite de respect des positionnements des uns et des autres tout au long des séances. Nous laisser tous, la possibilité de réfléchir et d'élaborer ensemble. »*

Après cette explication initiale, la séance a donné lieu à une discussion libre, sans structure particulière ni intervention préétablie de notre part. Nous avons surtout veillé à ce que chacun puisse bien préciser sa pensée, et fonde ses propos sur des situations personnellement vécues, en n'hésitant pas à les décrire en détail.

En fin de séance nous avons présenté le déroulement prévu pour les deux suivantes.

5.3.2. Deuxième séance : activités réflexives autour de « cas »

Dans la seconde séance nous avons présenté des extraits d'interactions formatives (4 au total) que nous avions observées. Nous les avons exposés par vidéo projecteur pour que tous les regardent ensemble (voir un exemple § 5.4. ci-après ; pour un aperçu de l'ensemble des cas voir annexe 7). Ces extraits ont été le plus possible contextualisés afin que les participants

puissent s'y « projeter ». Il s'agissait ainsi de présenter les situations avec les acteurs, les modalités temporelles et organisationnelles.

Nous avions décidé que face aux cas présentés il serait important pour nous (ergonomes-animatrices) de limiter le plus possible la place des « traits de personnalité » qui certainement sortiraient des commentaires des participants. Nous cherchions à toujours centrer les commentaires sur l'activité, ses conditions, ses déterminants ; amener les participants à parler davantage des éléments relatifs aux situations de travail et de transmission elles-mêmes. L'objectif principal de cette séance était de faire en sorte que les participants discutent de la manière dont ils s'y seraient eux-mêmes pris dans une telle situation. Les principales consignes étaient les suivantes :

> *« Qu'est-ce que cette situation vous inspire ? Cela vous fait-il penser à une situation vécue ? Que feriez-vous vous-même dans une telle situation ? »*

En fin de séance et pour préparer la dernière, nous avons distribué à chaque participant une enveloppe au contenu identique pour tous : il s'agissait de 12 « tablettes » au format A5, chacune présentant une « situation-cas » comme celles discutées en deuxième séance (mais plus courte), à charge pour chaque participant d'en choisir 3 qui allaient être commentés la fois suivante.

5.3.3. Troisième séance : activités réflexives autour de « tablettes »

Au début de la troisième et dernière séance nous avons recueilli leur choix des 3 situations-cas et les raisons de ces choix. Les principales consignes étaient les suivantes :

> *« Quelles sont, pour chacun d'entre vous, les 3 tablettes sur lesquelles vous voulez échanger ? Quel est l'intérêt que vous y voyez ? Qu'est-ce que cela évoque pour vous, par rapport à votre propre expérience ? »*

Nous souhaitions par leurs commentaires faire avec eux le lien avec les éléments discutés lors des deux premières séances.

Enfin, dans une dernière partie de séance nous avons discuté avec eux des séances en elles-mêmes :

> *« Que retenez-vous de ces 3 séances ? Y a-t-il des sujets que l'on n'aurait pas abordés ? Quelles réflexions pour vous-mêmes ou avec d'autres cela vous a-t-il inspirées ? Avez-vous eu l'occasion d'en discuter entre vous ? Dans quel cadre, dans quelles circonstances ? »*

5.4. Choix des cas pour la deuxième séance

Rappelons ici que nous n'allons présenter que des éléments factuels sur les cas, puisque ceux-ci sont issus de nos analyses des données d'observation, analyses que nous n'avons pas encore présentées ici.

L'idée principale dans le choix des « situations-cas » était de retenir des éléments évocateurs pour l'ensemble des participants, quels que soient leur statut, leur métier et leur parcours. Il s'agissait également de choisir des éléments dont nous pensions qu'ils pouvaient porter plusieurs interprétations. Quatre cas ont été présentés en deuxième séance d'atelier. Ils sont extraits respectivement des situations 1, 6, 9 et 11 (voir présentation des situations, ci-après Chapitre 5 §3, ou son tiré à part).

Nous avons cherché pour cette séance à mettre en scène nos « situations-cas ». Pour cela nous avons choisi de donner aux diapositives la forme d'un cadre de théâtre qui nous paraissait pouvoir mettre en valeur les situations. Nous avons aussi choisi pour les textes un code couleur pour différencier les éléments de contexte des situations (jaune) et les éléments réellement intervenus lors des situations (blanc). Nous avons présenté chacun des cas de la même façon. En revanche, le nombre de planches pour une même situation pouvait varier : de 1 à 4 planches. Pour illustrer ces éléments, prenons l'exemple du premier cas que nous avons présenté ; il ne compte qu'une planche.

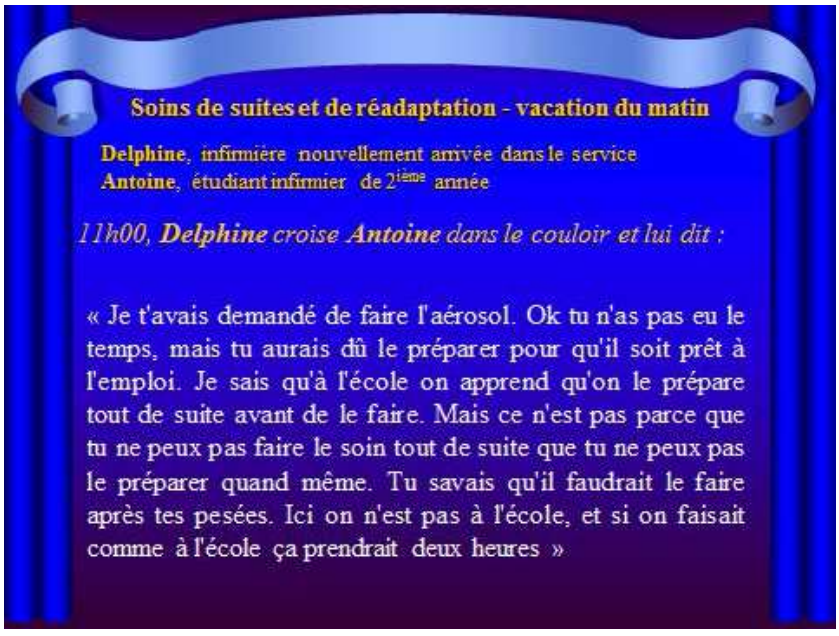


Figure 13 : Exemple de "cas" – 2ème séance des ateliers réflexifs

Pour l'ensemble des « situations-cas » les prénoms des protagonistes ont été changés. Toutefois nous avons gardé leur genre et essayé de choisir des prénoms pouvant donner des indications sur leur âge.

5.5. Choix des tablettes pour la troisième séance

Les « tablettes» construites pour la troisième séance sont plus sobres (fond blanc sans mise en scène), mais avec le même principe que les « situations-cas » précédentes dans le fait de contextualiser les éléments. Nous avions dans l'idée que les participants garderaient en mémoire le travail effectué lors de la seconde séance, notamment sur l'importance des éléments de contexte.

Rappelons que chaque participant est parti de la deuxième séance avec une enveloppe contenant 12 tablettes. Celles-ci ont été numérotées afin de faciliter les échanges prévus en troisième séance (pour une vue d'ensemble des tablettes voir annexe 8). Prenons pour illustration la tablette n°1.

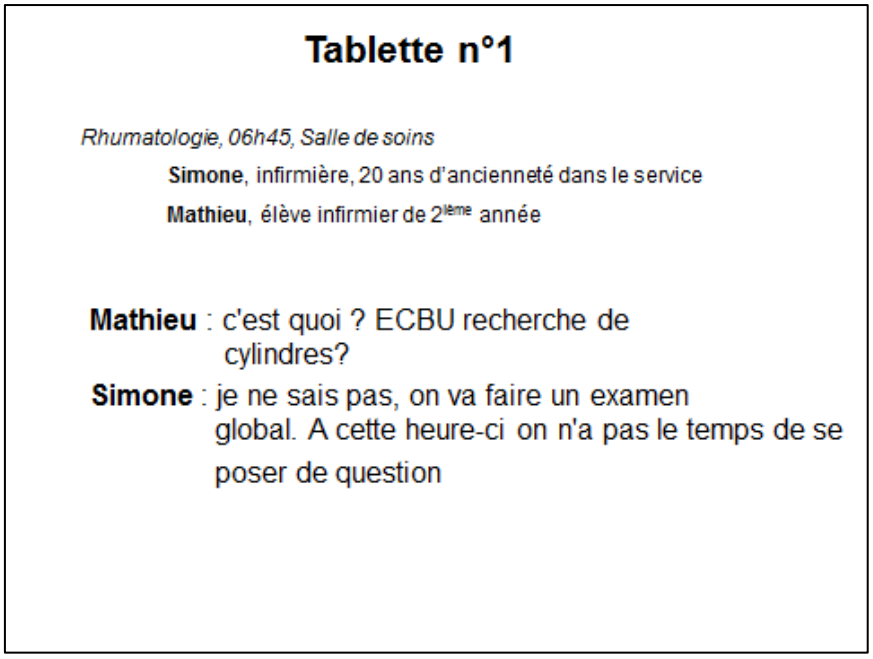


Figure 14 : Exemple de tablette – 3ème séance des ateliers réflexifs

Dans ces « tablettes », les informations contextuelles sont présentées dans une taille de police plus petite que les éléments de situations. On trouve en italique le nom du service, l'heure et le lieu, en gras les prénoms des protagonistes et enfin leurs caractéristiques personnelles.

Parmi les 12 tablettes[36] :

- 1 provient de la situation 2 et de la situation 10
- 5 proviennent de la situation 8 et de la situation 9

S'il nous faut à présent repréciser le sens que nous souhaitions donner à cet enchainement de séances, disons que la première était surtout destinée à permettre aux participants d'exprimer leurs propres préoccupations ; dans la deuxième nous leur proposions d'expérimenter une méthode de réflexion, qu'ils ont mise en œuvre dans la troisième de manière plus indépendante.

6. Entretiens avec une formatrice en école[37]

Afin de compléter nos analyses nous avons souhaité rencontrer une formatrice (extérieure au CHU). Deux entretiens avec des visées différentes ont été menés avec elle.

Le premier entretien a porté sur les « situations-cas » présentés aux étudiants lors de la deuxième séance, en recueillant son propre point de vue sur les situations. Cet entretien avait pour objectif d'alimenter nos réflexions sur l'interprétation des situations suivant la posture de l'acteur : en l'occurrence, avec elle, une posture de formatrice.

Le second entretien était basé sur son interprétation des échanges survenus lors des séances des élèves. Nous lui avons donné à lire et à annoter les retranscriptions des trois séances réalisées avec les étudiants. Cet entretien avait notamment pour objectif de recueillir ses motifs d'étonnements, ou le caractère récurrent à ses yeux des éléments recueillis.

7. Participation à une formation de cadres infirmiers

Nous avons également eu l'occasion d'animer deux journées de formations de cadres infirmiers, au sein d'un autre CHU. Nous avons choisi d'utiliser trois « situations-cas » pour mettre ces élèves cadres en situation de jeu de rôle durant une demi-journée. Nous avons divisé en trois le groupe d'élèves cadres, pour qu'à chacune des « situations-cas » présentées, chacun prenne un rôle différent : être l'élève, être l'encadrante, être le cadre du service. Chacun des groupes nommait un représentant pour venir présenter à haute voix les éléments qu'ils avaient préparés en groupe pendant une vingtaine de minutes. Après la présentation par

[36] Pour les numéros des situations, voir ci-après Chapitre 5 §3, ou le tiré à part.
[37] Rappelons que nous n'approfondirons pas ce volet méthodologique ni le suivant. Ces deux approches nous ont semblé intéressantes à mentionner, elles ont une légitimité dans la démarche que nous proposons, mais leur ampleur est modeste et leur survenue dans notre recherche a été tardive.

chacun des trois acteurs des situations, nous échangions collectivement sur les éléments présentés par chacun et sur l'importance qu'ils leur donnaient, compte tenu de leur propre vécu de situations de transmission. Les séances se terminaient par un récapitulatif collectif de l'ensemble des éléments abordés sur la transmission par l'intermédiaire de ces « situations-cas ».

8. Mode de présentation des résultats

D'une manière générale, nous cherchons à comprendre, analyser et formaliser ce qui se passe lors de l'accueil et l'encadrement de nouveaux en situation de travail.

Le découpage choisi pour présenter nos résultats est pour partie artificiel, car en situation les différents éléments que nous allons développer s'entremêlent. Nous allons d'abord présenter les objectifs poursuivis par chacun des chapitres, et préciser seulement ensuite la manière dont nous nous y sommes pris. Cinq chapitres constituent nos résultats :

- le Chapitre 5 vise à rendre compte de la dimension discrétionnaire de la transmission professionnelle, tant au niveau de la tâche qu'elle constitue en elle-même, que vis-à-vis des conditions dans lesquelles elle doit se réaliser. La transmission professionnelle relève donc d'abord d'une redéfinition de cette tâche, mais aussi d'une élaboration en situation par les protagonistes qu'elle implique. Ces derniers éléments feront l'objet des trois chapitres suivants ;

- le Chapitre 6 présente l'élaboration des contenus et met l'accent sur la nécessaire combinaison des savoirs professionnels. Nous cherchons à apprécier quelles sont les dimensions de l'activité de travail abordées en situation, et par quel protagoniste ;

- le Chapitre 7 cible pour sa part l'élaboration conjointe d'une relation au sein de binôme encadrant-encadré. Nous cherchons à appréhender la construction même de cette relation, les ressources ou contraintes qui la favorisent ou contraignent, les objectifs poursuivis et les stratégies déployées par les protagonistes ;

- le Chapitre 8 concerne l'élaboration d'une conciliation entre l'activité de transmission et l'activité de production. Nous cherchons à comprendre comment les protagonistes rendent possible cette conciliation, quels sont les facteurs qui entrent en jeu, quels sont les arbitrages individuels et collectifs réalisés.

- le Chapitre 9 enfin, porte sur les effets de la transmission sur les protagonistes.

Le chapitre 5, positionnant la transmission du point de vue de la « tâche », repose d'une part sur des éléments de contexte des situations de transmission recueillis lors de nos observations, et d'autre part sur le point de vue des protagonistes recueillis lors des entretiens ou des ateliers réflexifs.

La présentation des chapitres 6, 7 et 8 relève d'une démarche identique. Les résultats sont guidés par les analyses de nos observations de situations de transmission (et des entretiens qui leur ont fait suite), alimentés par les échanges lors des ateliers réflexifs avec les étudiants infirmiers. Cette démarche nous permet de faire se rencontrer les différents points de vue des protagonistes engagés dans les interactions formatives. Car rappelons que les entretiens et autoconfrontations se sont davantage déroulés avec des encadrants, alors que les ateliers réflexifs concernent des élèves infirmiers. Nous avons ainsi réalisé des choix et des rapprochements d'éléments, issus de ces différents modes de recueils, en répondant aux objectifs poursuivis pour chacun des chapitres présentés ci-avant.

En contraste, le chapitre 9 utilise plusieurs types de reconstitutions, mais cette fois-ci de manière non combinée. Dans un premier cas il s'agit de la reconstitution du déroulement de situations de transmission auxquelles nous avons assisté. Dans un second cas il s'agit de reconstitution « d'histoires » racontées par les étudiants au cours des ateliers.

TROISIÈME PARTIE :

L’élaboration des interactions formatives en situation

CHAPITRE 5. LA TRANSMISSION, UNE TÂCHE DISCRÉTIONNAIRE

Nous avons montré au fil des chapitres précédents ce qui donnait à la transmission en situation réelle de travail son caractère discrétionnaire (sa « discrétionnarité »), en raison de la configuration protéiforme de cette activité (chapitre 2 § 1.) et de ses déterminants socio-organisationnels généraux (chapitre 1) ou locaux (chapitre 3). Nous avons ainsi vu au sein du milieu de travail étudié que les deux dispositifs d'accueil de « nouveaux » au sein des services (les stages et la «doublure ») sont en fait peu formalisés, même s'ils sont censés le devenir davantage avec la réforme de la formation. Ce contexte amène les cadres de santé ainsi que les équipes soignantes à gérer localement les contraintes et difficultés suscitées.

Nous présenterons d'abord ici (§1) les conditions d'accueil relatées par les nouveaux, lors des entretiens ou des ateliers réflexifs. Nous montrerons que les principaux traits de cette « discrétionnarité » sont toujours d'actualité malgré la formalisation accrue du dispositif des stages.

Nous insisterons ensuite (§2) sur les orientations adoptées – ou en tout cas affirmées – par les acteurs concernés (surtout les encadrants[38]), appelés ainsi à redéfinir cette tâche, en vue de « combler le vide » de prescription.

Enfin, nous montrerons comment ces traits de « discrétionnarité » se retrouvent et prennent forme dans les 12 situations observées (§3). Nous les présenterons l'une après l'autre, puis nous proposerons un tableau récapitulatif reprenant les principaux éléments discrétionnaires présents dans chacune d'elles.

1. L'accueil des nouveaux : des conditions contrastées

Comme dans bon nombre de situations, quand on interroge les personnes sur leurs situations de travail, ou ici leurs situations d'accueil lors des stages, ce qui est d'abord présenté correspond au prescrit. Les étudiants le nomment ici l'encadrement « type » ou « idéal ». C'est seulement lorsqu'on les incite à prendre des exemples concrets, que l'on découvre les écarts à ce prescrit, le réel dans sa variabilité. Les propos des élèves soulignent des conditions contrastées suivant les services, et les modalités d'accueil que ceux-ci ont mis en place ou non. Il est intéressant de présenter ici, telle qu'elle nous a été décrite à la première

[38] Rappelons qu'afin de faciliter la lecture, nous employons le terme « encadrant » pour l'ensemble des personnels soignants prenant en charge l'accueil et l'encadrement d'un « nouveau », quel que soit son statut (élève ou nouveau personnel).

séance d'atelier, une situation d'accueil particulièrement décousue, avec des conséquences sur le suivi et l'évaluation :

> P : par exemple dans mon stage, je suis arrivée dans un service d'urgence pour 10 semaines, où je suis allée voir le cadre en lui disant : je me présente, je suis C […] je viens passer 10 semaines dans votre service/ « *oui bon bah là j'ai pas le temps, voyez avec unetelle* ». Donc unetelle, qui était une infirmière. Donc je me représente, une deuxième fois : le cadre m'a dit de venir avec vous/[39]
> ***E1[40] : et pendant ce temps-là vous faisiez quoi ?***
> P : ben là je suis/ c'est vraiment le matin, je ne suis toujours pas habillée parce que je ne sais pas où sont les vestiaires. Je vais voir l'infirmière : je suis en stage/ « *là j'ai un soin à faire, va voir unetelle* » - unetelle qui se trouve être l'AS, qui me dit : « *il faut que tu te changes, tu descends 2 étages, la première porte à droite, le code c'est machin »*. Bon bah là déjà retenir toutes les informations. Je vais me changer, je reviens. Du coup, je vais voir l'infirmière initiale qui me dit : « *ah non moi je ne m'occupe pas des étudiants, va voir une autre infirmière* ». Donc là je vais voir une autre infirmière en lui disant que je suis là pour 10 semaines, en lui expliquant que le cadre ne m'a pas encore mis mon planning. Je sais qu'aujourd'hui les premières journées, c'est en journée 9h00-17h00, mais je lui dis que demain je ne sais pas quels horaires je fais. Elle me dit « *reste avec moi et puis on verra ce que tu vas faire* ». Donc je l'ai suivie toute la journée, et à la fin de la journée je suis quand même retournée voir le cadre en lui disant : est-ce que je pourrais avoir mon planning, demain on s'organise comment ? Est-ce que je passe une semaine avec les AS[41] ? Est-ce que je… ? » ... pas trop trop de réponse, donc il me dit « *demain tu viens à 7h00* ». Et puis toute la semaine s'est défilée au fur et à mesure, j'avais des informations au compte-gouttes quoi. Pour pas avoir un suivi régulier [je n'en ai pas eu]…j'ai jamais eu de tutrice nommée, jamais eu une semaine d'AS suivie, et pour avoir des difficultés à la notation du stage [il y en a eu] parce que, en fin… ah oui, donc : « *on peut te noter mais avec qui tu as fait ça ? Non, tu es restée que 2 jours avec elle* ». Les infirmières présentes : « *ben non je ne la connais pas, je ne sais pas comment elle travaille, je ne l'évalue pas* »... donc ça met dans une grande situation… !
> ***E2 : est-ce que vous pouvez avoir une estimation de combien de personnes différentes ?***
> P : l'ensemble de l'équipe
> ***E2 : c'est combien ?***
> P : peut-être une quinzaine d'infirmières/
> ***E2 : et l'évaluation de fin de stage/***
> P : a été faite par le cadre qui ne m'avait jamais vu travailler, en fonction des ressentis, des échos qu'il a eus sur mon travail, sur les personnes qui étaient là, présentes pour faire l'évaluation qui ont pu dire « *bah moi je l'ai vue, oui peut-être, faire ça mais …* »
> ***E2 : concrètement ils se sont réunis ensemble pour en parler ?***
> P : oh non !
>
> [atelier séance 1]

[39] Ce signe sera utilisé pour signaler que les protagonistes s'interrompent

[40] Les « E » désignent les deux ergonomes qui ont réalisé les ateliers avec les étudiants ; les autres lettres sont les initiales des étudiants participants.

[41] Le dispositif prévoit que les étudiants infirmiers passent la première semaine de stage, et parfois d'autres, auprès des AS ; voir ci-après nos indications sur le stage « type ».

Des situations d'accueil comme celle-là, marquées par une longue phase de tâtonnements, délicate à gérer pour le nouveau comme pour ceux qui doivent l'encadrer et l'évaluer, ne sont, à notre connaissance, pas majoritaires, mais pas exceptionnelles non plus. Plusieurs exemples nous ont été cités ; retenons cet extrait d'un entretien avec une élève : « *J'ai pas pu être accueillie dans l'unité prévue parce que l'IDE avait déjà une élève avec elle…donc on m'a dit d'aller de l'autre côté. Le problème c'est que là-bas… personne ne m'attendait vraiment.* […] *Personne ne m'a dit : tu viens avec moi, donc j'étais un peu perdue. Je voulais aller avec la personne du SICS*[42] *parce que je l'ai vue en premier. Elle n'était plus présente quand je suis arrivée, et après je suis allée rejoindre l'autre personne qui avait plus d'expérience dans le service. […] Je changeais tout le temps d'IDE, et à chaque fois je me disais : comment elle va me voir, comment est-ce qu'elle va m'évaluer… C'est important car elles ne me connaissaient pas, donc il fallait à chaque fois que je fasse mes preuves* » (élève de 3ième année, après son stage de 3 semaines en chirurgie cardiaque, décrivant une vacation que nous avons par ailleurs observée[43]).

On est évidemment loin de l'encadrement « type », officiellement prévu, tel que l'évoquent les stagiaires : « *l'encadrement type en fait, on devrait être reçu par les cadres, qui nous expliquent le fonctionnement du service en nous donnant notre planning, en nous désignant une tutrice, et nous en lui montrant nos objectifs de stage.[…] Et nous, comme on est encore étudiants, généralement les premières semaines on les passe avec les AS pour bien voir les soins de base, parce que le rôle d'AS c'est notre rôle propre, ce sont des soins qu'on délègue à l'AS. Donc les AS nous expliquent le fonctionnement du service, les soins de base, les soins de confort, de nursing, l'organisation des repas, l'explication des régimes tout ça… […] Après, au fil de notre stage, au mieux c'est avec notre tutrice, donc l'infirmière qui doit nous évaluer à la fin de notre stage, on apprend tous les rôles sur prescription. Et comme on est censé suivre notre tutrice, elle peut nous évaluer, et après nous confier certains soins qu'elle a jugé qu'on pouvait faire seul* » (propos d'une élève pendant la première séance d'atelier).

Nous ne défendons pas ici l'idée qu'un déroulement rigoureusement fidèle au prescrit serait par essence le meilleur qui soit. En pratique, si l'on se réfère à ce qu'en disent les étudiants, certains modes d'organisation élaborés localement sont satisfaisants par la qualité

[42] Personnel de l'équipe de remplacement du CHU
[43] Situation n°11, décrite ci-après

de la préparation qu'ils permettent. Il s'agit souvent d'initiatives propres à certaines spécialités, en lien avec les traditions de leur discipline médicale (psychiatrie), ou avec la prise en charge complète par le service d'une formation peu développée à l'IFSI (néonatalogie). En pareil cas, les stages sont planifiés, les élèves sont présentés par les cadres à l'ensemble des équipes, une journée d'accueil peut être organisée par des personnels formés au système de tutorat, le bilan des acquis est mis à jour quotidiennement, etc.

2. Une redéfinition individuelle de la tâche d'accueil et d'encadrement

Les acteurs de la transmission à l'hôpital, notamment les encadrants, se retrouvent dans le cas de devoir choisir en grande partie, et adapter eux-mêmes, les objectifs de la transmission, les moyens qu'ils vont y consacrer, voire le contenu même de la notion ; c'est cela que nous nommons ici « redéfinition de la tâche ».

Nous présenterons principalement des éléments issus des entretiens individuels avec les encadrants, compte tenu du fait que c'est à eux que cette tâche est principalement allouée.

2.1. Le manque d'anticipation, vu par les encadrants

Les propos tenus par les soignants lors de nos entretiens : *« on nous apprend pas à encadrer* » (entretien, AS, SSR), « *le problème c'est qu'il n'y a pas de protocole pour encadrer* » (entretien, IDE, S6[44]), et bien d'autres, rejoignent les éléments de nos premiers constats concernant la faible formalisation de l'accueil et de l'encadrement des nouveaux. S'y ajoutent les effets d'une organisation qui offre peu de possibilités d'anticipation, d'où il résulte beaucoup d'instabilité et d'imprévus : *« aujourd'hui on a beaucoup plus d'étudiants dans le service, il peut y en avoir beaucoup en même temps* » (entretien, IDE, S9).

Cette instabilité, cette difficulté pour anticiper, touchent aussi le déroulement même de la période d'encadrement, le suivi : « *on essaie de les prendre en charge sur leur planning* […] *mais on n'est jamais à l'abri d'avoir un repos qui change, une collègue qui a besoin de changer de quart de travail, et là, l'élève ne se trouve plus avec la personne qui devait l'encadrer au départ* » (entretien, IDE, S7).

Une conséquence de ces aléas est qu'un nouveau pourra se retrouver avec un soignant lui-même peu expérimenté, ou connaissant mal le service, ce qui fait l'objet d'appréciations négatives de la part des personnels eux-mêmes : « *si j'encadre c'est pour apporter des*

[44] La lettre « S » suivie d'un numéro signifie qu'il s'agit de la situation « n » décrite au paragraphe ci-après. Cette numérotation correspond aussi à celle du tiré à part.

connaissances. Je ne me vois pas encadrer quelqu'un en étant dans le service que depuis un mois, et ne lui disant que la moitié des choses. Si j'encadre c'est pas à moitié. Quand c'est un service qu'on ne connaît pas, ça ne sert à rien d'encadrer » (entretien, AS, S1).

L'ensemble de ces éléments peut placer les soignants dans une position qui ne leur convient pas vis-à-vis de la transmission : « *on n'arrive pas toujours à les encadrer autant qu'on le voudrait parce que malheureusement on n'a pas le temps, et c'est pas évident, parce qu'elles* [les étudiantes]*, elles sont là pour apprendre, et nous on n'a pas forcément toujours le temps* » (entretien, IDE, S10).

Le contexte d'accueil des nouveaux et les contraintes du service, temporelles notamment, peuvent amener les encadrants à ressentir l'encadrement comme une charge physique et mentale d'une part, « *pour nous, physiquement comme mentalement c'est beaucoup plus fatigant quand on a des élèves avec nous. On doit faire beaucoup plus attention. Il faut faire leur organisation, comprendre pourquoi ils ne font pas comme nous, les motiver, leur donner confiance ou au contraire les freiner. Pour nous c'est assez pesant* » (entretien, IDE, S9) ; et d'autre part comme une charge subjective, quand les encadrants ne sont pas en mesure de réaliser l'encadrement comme ils souhaiteraient le faire : « *quand on manque de temps ça devient une charge, parce qu'on sait que de toute façon, on n'aura pas le temps de les encadrer. Ils vont suivre, ils vont voir, mais ils risquent ne de pas pouvoir faire* […] *Ça devient une charge à mon sens, quand on sait qu'on ne pourra pas leur faire faire quoi que ce soit, ou très peu* » (entretien, IDE, S10).

Les encadrants veulent ainsi pouvoir s'investir dans cette tâche de transmission, et l'accomplir avec soin, comme nous allons le voir à présent.

2.2. Une volonté de transmettre

Pour ceux qui encadrent, cette tâche n'est pas vécue seulement comme une obligation : « *encadrer c'est une mission de ton métier, mais c'est aussi une volonté, c'est parce que tu veux participer à leur formation* » (entretien, IDE, S7). Plus simplement, « *encadrer est un plaisir* » (IDE, SSR), un plaisir que l'on retrouve dans toutes les situations où les savoirs sont valorisés : « *faire passer des MSP*[45] *est une fierté, une reconnaissance aussi* » (entretien, AS, S1).

[45] MSP : Mise en Situation Professionnelle, évaluation pratique des élèves réalisée en cours et à la fin du cursus de formation (voir ci-avant, Chapitre 3 § 4.1.).

Pour renforcer cette idée que la transmission implique un investissement, plusieurs soignants ont insisté sur la nécessité que les encadrants soient volontaires pour cette tâche : *« s'il y en a qui n'ont pas envie, ce serait une catastrophe si elles le faisaient à contrecœur, donc autant qu'elles ne le fassent pas, elles laissent ça aux filles qui ont envie de le faire* » ; *« tu en as qui aiment et d'autres pas, si tout le service n'aime pas, là ils sont mal…*» (entretien, IDE, S7).

La volonté de transmettre, chez les encadrants, est souvent affirmée comme résultant de leur propre parcours. Il s'agit suivant les cas, de reproduire une expérience initiale réussie, « *moi je me dis que quand je suis arrivée j'ai bien été contente qu'on s'occupe de moi, qu'on m'explique bien, donc moi je le fais aux autres* » (entretien, AS, S1), ou d'éviter au contraire à d'autres une arrivée difficile comme celle qu'ils ont eux-mêmes vécue, « *je n'ai pas pu être totalement encadrée, un petit peu mais de façon très légère parce qu'en fait elles étaient totalement débordées. Et maintenant, à mon tour je me dis, c'était pas facile pour moi, mais là, je ne veux surtout pas ça pour les élèves* » (IDE, SSR).

Du point de vue des encadrants, il s'agit ainsi de prendre soin des nouveaux, ce qui se traduit par une forte implication de leur part : « *nous aussi, en tant qu'encadrantes on se met la pression* » (entretien, AS, S1). Mais encadrer, c'est aussi pour eux une occasion d'apprendre et de consolider leurs propres connaissances : « *l'encadrement permet d'être toujours au point sur les nouveautés* » (entretien, AS, S2) *;* « *encadrer pour moi c'est très formateur parce qu'ils peuvent poser des questions qui réinterrogent ma façon de faire* » (entretien, IDE, S6). En outre, *« encadrer un élève et faire son évaluation c'est toujours l'occasion de discuter en collectif* » (entretien, IDE, S8).

Dans ce souci de « soigner » la transmission, et de faire face à la relative impréparation de celle-ci dans l'hôpital, les soignants sont amenés à définir eux-mêmes les objectifs.

2.3. Enrichir les objectifs de la transmission

Interrogés sur les objectifs liés à la transmission, les soignants insistent principalement sur des éléments concernant l'encadrement des élèves dans leur ensemble[46], en rappelant d'abord des principes généraux. Le but est d'aider ceux-ci à devenir de « bons » professionnels, capables de prendre eux-mêmes des soins en charge. L'encadrant vise ainsi à rendre autant que possible les élèves autonomes, ce qui implique de chercher à comprendre comment ceux-ci s'organisent, à leur donner confiance et à les motiver ou dans certains cas les freiner.

[46] Nous reviendrons à la fin de ce paragraphe sur les éléments de différenciation, d'abord entre élèves et nouveaux collègues, puis entre catégories d'élèves.

Au-delà de ces éléments généraux, les encadrants abordent dans leurs propos quelques buts plus précis qui relèvent de différentes dimensions du métier. On peut se référer ici au découpage relatif aux différents pôles de l'activité sur lesquels certains auteurs font reposer la construction des compétences (Caroly et Weill-Fassina, 2004 ; Teiger, David et Cloutier, 2005). Sur le pôle « système », le but visé est notamment d'expliquer aux élèves le fonctionnement et les habitudes du service, et aussi de leur inculquer des exigences de qualité : « *il vaut mieux qu'elles apprennent à faire bien, plutôt que vite* ». Les buts relatifs au pôle « soi » concernent entre autres, « *apprendre à se détendre* » pour réaliser les soins, et accepter les limites de ses propres savoirs. Le pôle « autres » peut renvoyer au collectif : « *apprendre à l'élève à chercher l'information quand il en a besoin* », « *apprendre à gérer ses soins avec les différentes catégories de personnels* ». Il renvoie également aux relations avec les patients, et les encadrants insistent beaucoup sur ce point : « *les élèves se focalisent sur le soin à faire, mais du coup ne communiquent plus avec le patient, donc il faut les aider à dépasser ce stade-là* ».

Une des soignantes interrogées a développé ce dernier point en proposant que la transmission soit l'occasion de forger chez l'élève une approche intégrée du patient et de son environnement : « *quand on apprend aux élèves, il faut leur apprendre à visualiser et le patient et son environnement, c'est un tout. Quand on rentre dans la chambre, il faut qu'on voie tout, tout de suite. On sait ce qui va ou non, que ce soit une perfusion vide, le patient qui est mal installé, qui est tout rouge, un peu bleu ou marbré … un scope qui ne marche plus, la sonde urinaire à vider parce qu'elle est pleine, etc. C'est beaucoup de choses mais il faut tout voir : l'adaptable qui est à l'autre bout de la chambre, donc le patient ne pourra pas attraper ce qu'il y a dessus, la sonnette qui est tombée par terre. Si lui physiquement il va bien, et si son environnement convient à sa situation. Si c'est un patient qui ne peut pas se lever, il faut que tout soit à se portée, il faut qu'il ait tout autour de lui, et qu'il ait la possibilité de nous appeler* […] *C'est ce qu'on essaye d'apprendre aux élèves, de voir leurs patients dans leur globalité, et pas juste le soin qu'on est venu faire* » (entretien, IDE, S10).

Aider les nouveaux à être de « bons » professionnels, nécessite pour les encadrants, au-delà de l'enrichissement des objectifs, de trouver les moyens de pouvoir réaliser « convenablement » l'accueil et l'encadrement des nouveaux ; c'est ce que nous allons voir à présent.

2.4. Se donner les moyens de transmettre

« Bien encadrer c'est bien s'organiser » : ce propos est revenu à plusieurs reprises sous une forme ou une autre. Pour l'encadrant, l'accueil suppose déjà de dégager du temps « *pour bien lui montrer la technique, prendre le temps d'aller voir l'élève plusieurs fois, chercher*

avec lui des réponses », *« répondre à ses questions, discuter avec lui* » (entretien, IDE, S6). Cela suppose aussi de se sentir soi-même disponible, eu égard à son propre état de fatigue et à sa charge de travail sur la vacation.

De façon générale les soignants affirment ne pas avoir de plan d'encadrement défini à l'avance : « *j'ai pas de choses « type » à leur dire* », « *le premier jour on dit beaucoup de choses et après ça vient avec le temps* » (entretien, AS, S4). Selon eux, les échanges doivent avoir lieu dans la salle de soins pour « *faire le bilan* », car « *c'est dans la salle de soins qu'on a les supports pour aider à l'apprentissage, pour montrer* » ; mais, dans certains cas, faute de temps, ce principe n'est pas respecté : « *on dit les choses au fur et à mesure, quel que soit le lieu, dans la chambre ou dans le couloir* » ; en outre, les échanges dans les couloirs sont davantage destinés à répartir le travail entre les protagonistes, comme le commente ici une encadrante à propos d'une élève : « *dans le couloir, c'est plus, « est-ce que tu peux faire l'AGT*[47] *dans telle chambre, pendant que je vais dans telle autre chambre* » (entretien, IDE, S10).

Cependant les encadrants semblent avoir en tête des étapes de prise en charge de l'élève suivant sa progression. Pour un soin donné, ils disent chercher d'abord à lui montrer, puis le regarder faire. Quand ils jugent que l'élève a assimilé le soin (« *il sait faire* »[48]), ils vont le laisser pratiquer seul - en restant dans les parages - ou, pour les soins plus compliqués, demeurer à ses côtés (*« parce que c'est quand même ma responsabilité »*). Prenons l'exemple d'une prise de sang commentée par une encadrante : « *j'ai quatre prises de sang, j'en prends trois pour moi, et j'en laisse une à l'élève où je vais lui montrer. Avant qu'on y aille je lui explique, on regarde le matériel, après on y va, et pendant que je fais la prise de sang, je lui explique tout en détail, et après on en reparle s'il a des questions* » (entretien, IDE, S6).

Quand se rapproche la période où l'élève va devenir un professionnel, une étape supplémentaire est jugée importante par les encadrants : elle consiste à augmenter progressivement le nombre de patients qu'il va prendre en charge, voire à ajouter délibérément des tâches non prévues dans cette progression, pour que les élèves apprennent à gérer leur temps, comme ils auront à le faire après leur diplôme dans le service où ils seront affectés : « *le mieux c'est quand même qu'ils* [les étudiants] *les voient* [les soins], *mais c'est surtout qu'ils les fassent et qu'ils soient encadrés pour ça »* (entretien, IDE, S10).

[47] Traitement des détresses cardiocirculatoires.
[48] On retrouve la même idée de classification dans le Portfolio (voir ci-vant Chapitre 3 § 4.1.) : « non pratiqué », « non acquis », « à améliorer », « acquis ».

2.5. Tenir compte du « statut » du nouveau

La redéfinition de la tâche d'accueil et d'encadrement prend évidemment en compte les caractéristiques du nouveau et notamment son « statut ». En particulier, l'encadrant n'a pas les mêmes attentes selon qu'il s'agit d'un élève ou d'un nouveau collègue (nouveau diplômé, SICS[49], ancien dans le métier…). Les élèves sont plutôt censés *« rester à leur place »*, s'intégrer à l'équipe et ne pas se faire remarquer. Avec eux l'encadrant entend faire preuve de rigueur (*« on est plus strict »*) et affirme se centrer davantage sur le respect des conformités techniques. Quant aux nouveaux collègues, on attend plutôt d'eux qu'ils « *prennent leur place* ». On leur expliquera surtout le fonctionnement du service, les horaires, l'organisation des soins, les locaux ; la soignante qui accueille cherchera à faire le lien, entre la nouvelle arrivée et l'équipe. Pour le reste « *c'est à eux de mettre en œuvre leurs connaissances* ».

Ce principe admet quelques nuances. Ainsi, une nouvelle diplômée est bien infirmière (ou AS) comme la soignante qui l'encadre ; il est donc délicat pour cette dernière de lui dire « *je te regarde faire* » ; mais il faut tout de même lui demander ce qu'elle a fait pendant ses stages, ce qu'elle sait faire, et décider en conséquence de l'accompagner ou non. En pareil cas « *je supervise des choses non pas pour contrôler mais pour être sûre que pour elle il n'y a pas des choses qui sont passées à la trappe ; je ne contrôle pas son travail* » (entretien, IDE, S7).

Dans une situation intermédiaire, lorsque les élèves sont à la frontière entre les études et la vie professionnelle (proches de leur diplôme), les encadrantes se donnent pour rôle de leur fournir des repères pour les préparer à leur posture à venir : « *on* [les encadrants] *est là pour les aider à faire partie d'une équipe. Il faut qu'ils apprennent à s'intégrer, à trouver leur place, à savoir ce qu'ils ont le droit de dire …, ce n'est pas inné, ça s'apprend, on est là aussi pour les aider à ça* » (entretien, IDE, S10).

Entre l'accueil d'élèves ou de collègues les temporalités sont différentes. Avec une nouvelle collègue, appelée à rester dans le service, il sera toujours possible d'aborder et/ou de reprendre un sujet par la suite. L'élève, lui, est là pour au maximum deux mois, et dans la plupart des cas, pour quatre semaines[50]. En général il n'y a plus de contact avec lui après son départ.

Une distinction s'établit aussi parmi les élèves car la tâche redéfinie par l'encadrante va dépendre de leur niveau : « *une 1ière année on ne peut pas laisser trop faire. On peut lui*

[49] SICS (Service Infirmier de Compensation et Suppléance) : intitulé de l'équipe de remplacement au sein du CHU ; dans d'autres établissements, cela est appelé « Pool » de remplacement.
[50] Depuis la réforme de la formation de 2009, les stages infirmiers ont une durée de 5 semaines ou de 10 semaines.

laisser faire des petits soins, mais pas des gros soins comme faire un pansement toute seule » ; à l'opposé « *souvent on laisse la priorité aux 3ième année parce qu'elles sont proches de passer leur diplôme. On essaie de leur en faire faire au maximum pour qu'elles soient au point avant d'entrer dans la vie active* » (entretien, IDE, S10).

Mais ce critère d'année n'est pas suffisant. L'encadrante a besoin de savoir depuis quand l'élève est dans le service et s'il connaît bien les patients. Elle a aussi besoin d'apprécier dans quelle mesure l'élève inspire confiance : « *il y a malheureusement des élèves de 3ième année qu'il vaut mieux continuer à encadrer plus longtemps. Par contre, il y a des élèves de 2ième année qui se sentent à l'aise* […] *on les a déjà vues faire, on les sent prêtes à aller faire toutes seules* » (entretient, IDE, S7).

Un dernier élément de préoccupation des encadrants est de respecter le statut même des étudiants, ne pas oublier qu'ils sont là avant tout pour apprendre : « *Il faut quand même respecter son statut d'élève. C'est bien sûr une aide précieuse pour des petits actes à droite à gauche. Les élèves des fois tombent bien, tombent à pic on va dire* [rires]*, mais il ne faut pas…, il ne faut pas tomber dans la situation où c'est quelqu'un qui va nous aider. Elle ne fait pas partie de l'équipe, elle n'est pas en plus dans les effectifs.* […] *C'est quelqu'un qui est là pour apprendre. Mais c'est vrai que c'est pas toujours évident de faire le distinguo*. […] *C'est vrai qu'on est toutes là* [les encadrantes] *à dire « est-ce que tu peux aller me faire ci ? », « est-ce que tu peux aller me faire ça ? ». Donc effectivement elles nous déchargent d'une partie du travail, mais bon, il ne faut pas oublier que derrière, nous, il faut qu'on soit là* » (entretien, IDE, S10).

On se rapproche ainsi d'une forme d'ajustement des objectifs et des moyens tout au long de la période d'encadrement. Cet ajustement, comme nous allons le montrer, implique les deux acteurs du binôme (voir chapitre 7 ci-après), en fonction des circonstances des situations (Chapitre 8), qui vont-elles-mêmes influencer les contenus (Chapitre 6).

3. Les traits de discrétionnarité dans les situations observées

Nous avons vu dans les paragraphes qui précèdent quelques traits de « discrétionnarité » de la transmission, tels que les décrivent les élèves (souvent témoins d'une impréparation de cette tâche) et les encadrants – ceux-ci étant amenés à redonner du contenu aux objectifs initialement peu définis de l'accueil et de l'encadrement. Cette nécessité de choix et d'adaptation est liée à divers facteurs d'imprévisibilité que nous avons constatés dans différents domaines. Trois d'entre eux ressortaient des éléments que nous avons présentés dans les chapitres 1 et 3 ci-avant : le premier concerne la spécificité d'un service, en termes de pathologies traitées et de caractéristiques des patients ; le deuxième a trait aux ressources

humaines présentes, la composition des équipes et les statuts variés ; le troisième enfin renvoie aux dimensions temporelles, avec notamment des temporalités peu stabilisées.

On retrouve bien ces éléments dans les situations observées. C'est évidemment le cas en ce qui concerne le rôle de la spécialité médicale, qui oriente la redéfinition de la tâche de transmission dans ces 12 situations, par les caractéristiques des soins à effectuer et par la plus ou moins bonne connaissance qu'en ont les acteurs concernés. C'est le cas aussi quand on s'intéresse à la composition des équipes présentes (sans nous limiter ici aux personnes que nous avons directement suivies). Dans 4 cas sur 12 l'arrivée d'un nouveau était inattendue pour l'équipe ou l'encadrante (dont un cas où nous étions nous-même informée de cette arrivée). Dans 7 cas un même personnel encadrait plusieurs nouveaux à la fois. Dans 6 cas, seule la présence des nouveaux permettait d'atteindre les effectifs minimaux prévus pour le service (aucune marge temporelle n'étant donc prévue pour la transmission elle-même). Dans 7 cas, les durées de doublure prévues pour des nouveaux ont été raccourcies pour des raisons de charge de travail. Dans 7 cas encore, un encadrant, lui-même nouveau, a pris en charge un plus nouveau que lui.

Comme on le voit déjà d'après ce décompte, plusieurs de ces éléments pouvaient se cumuler dans une même situation. Plus généralement les formes de la « discrétionnarité » sont spécifiques à chaque situation, ce que nous examinerons à présent en les présentant rapidement l'une après l'autre.

A la différence des présentations précédentes (Chapitre 4), nous avons classées ici les situations en fonction des métiers concernés (en commençant par les AS - situations 1 à 5) ; puis par service, en respectant l'ordre suivant : SSR, Rhumatologie, Chirurgie cardiaque. Nous leur avons attribué un titre ciblant leurs principales caractéristiques ; et certaines sont présentées en même temps compte tenu des liens que nous avons pu établir entre elles.

Situation 1 : quand l'équipe programme un examen blanc

Une élève AS est encadrée par un binôme d'AS sur une vacation d'après-midi dans le service de SSR. Nous avons suivi ce trio où se côtoient, d'une part différents niveaux d'anciennetés (une élève en formation, une nouvelle et une ancienne AS dans le service), et d'autre part différents niveaux de connaissance des soins associées aux personnes âgées : l'ancienne AS découvre la prise en charge des personnes âgées à l'occasion de la transformation du service, tandis que la nouvelle a une expérience de 3 ans dans les soins à domicile auprès de celles-ci.

Cet encadrement est à l'initiative de l'ancienne. Elle a proposé à l'élève, 15 jours plus tôt, d'organiser un « examen blanc » lors de leur prochaine vacation commune (veille de la MSP[51] de diplôme de l'élève). Ce jour-là, les effectifs sont plutôt favorables car les AS sont 4 – situation rarissime, interprétée comme une « erreur » de planning – et la nouvelle AS propose d'y participer pour mettre l'élève dans les conditions proches du réel examen avec deux examinatrices. Toutefois, durant la relève entre équipes de quart, les AS du matin signalent plusieurs difficultés concernant les patients (refus de toilette ou d'alimentation, chute d'un patient…) qui vont entraîner une charge de travail supplémentaire sur la vacation d'après-midi. Malgré ce contexte, l'équipe maintient l'examen blanc. Pour cela, leurs collègues (non encadrantes) acceptent de prendre en charge un plus grand nombre de patients. De plus, le binôme d'encadrantes choisit de réaliser la première tournée de soins sans l'élève, afin de gagner du temps pour l'encadrement et de se rendre disponibles en même temps pour celui-ci. Au final, l'encadrement de l'élève a retardé la dernière tournée des AS (recouchage des patients), elles ont eu 25 minutes de retard et n'ont pas pu assister à l'ensemble de la relève avec l'équipe de nuit.

Situations 2-3-4 : quand le statut d'une nouvelle est ambigu

Les situations 2-3-4 correspondent aux trois premiers jours consécutifs d'accueil d'une nouvelle AS au sein du service de rhumatologie. Les modalités de sa doublure ont été planifiées trois jours auparavant, lors de sa rencontre avec les cadres infirmières du service. Cette nouvelle AS était attendue pour remplacer une AS permanente en arrêt maladie de longue durée. Elle est en promotion professionnelle avec 4 ans d'ancienneté dans le métier d'ASH au sein du service de pneumologie. Elle est en attente des résultats de son examen de diplôme qu'elle n'aura que trois semaines plus tard. La réussite de son examen déterminera son maintien au sein du service. Dès lors, son statut actuel est ambigu : collègue, future collègue potentielle, élève ?

Il a été prévu qu'elle soit prise en charge en doublure sur 4 jours consécutifs (deux vacations du matin puis deux vacations d'après-midi) par deux AS différentes, déterminées par les plannings. Après ces 4 jours « d'intégration » elle ne doit réintégrer le service que trois semaines plus tard, en prenant alors seule en charge un secteur géographique (10 patients).

Le statut ambigu de la nouvelle ressort de manière importante dans son mode d'intégration au sein du service : alors que l'AS des situations 2 et 3 considère la nouvelle comme une élève, l'AS de la situation 4 la considère plutôt comme une collègue.

[51] Mise en Situation Professionnelle

Il ressort également de la situation 4 que la nouvelle AS est une « ressource » pour la permanente qui ne connaît pas les patients, alors que la nouvelle a déjà travaillé deux jours consécutifs auprès d'eux. Cela s'explique par le fait que la permanente est à temps partiel (50% du temps de travail) : cela fait donc un certain temps qu'elle n'était pas au sein du service, et la dernière fois qu'elle été présente, elle n'avait pas ce secteur géographique en charge.

Enfin, nous avons recueilli des informations sur le déroulement de la seconde vacation d'après-midi, celle correspondant au quatrième et dernier jour de doublure prévu (et que nous n'avons pas observé) : face à un sous-effectif sur cette vacation, la nouvelle AS a pris en charge seule le secteur géographique.

Situation 5 : quand la plus ancienne est une nouvelle

Lors d'une vacation du matin en chirurgie cardiaque, 3 AS ont en charge (aux côtés de 2 IDE) l'ensemble du service qui compte ce jour-là 18 patients. Les personnes impliquées sont les suivantes :

- AS 1 : 3 ans d'ancienneté dans ce service mais précédemment une expérience de 17 ans dans le service de réanimation, après avoir été ASH auparavant ;
- AS 2 : 4 ans d'ancienneté dans ce service et dans le métier, carrière précédente dans le commerce ; souhaite devenir IDE ;
- AS 3 : 22 ans d'ancienneté dans ce service, mutualisée avec l'unité de biopsie ; ancienne ASH.

Cette situation est particulière au regard de la « discrétionnarité » de l'accueil et de l'encadrement. A priori aucun dispositif n'est prévu, puisqu'il s'agit de 3 anciennes dans le métier et dans le service. Pourtant, la diversité de leurs parcours implique dans une perspective de coordination, de rechercher les confrontations des savoirs ou des expériences. De façon inattendue, ces confrontations vont être initiées par les questions et les actions de la plus ancienne, qui est aussi la moins présente dans le service, car la mutualisation des ressources humaines entre unités, l'amène à être surtout présente en biopsie ; en chirurgie cardiaque c'est elle qui doit se tenir au courant, c'est elle la nouvelle.

Situations 6 et 7 : quand un même étudiant croise deux conceptions de l'encadrement

En situation 6, sur une vacation du matin au sein du service de SSR, une IDE jeune diplômée, présente depuis moins d'un mois au sein du service, mais avec une expérience de 6 mois en tant qu'intérimaire au sein d'un autre CHU, encadre un étudiant infirmier de première année (son quatrième stage de l'année). L'IDE n'a été doublée que 3 jours lors de son arrivée

dans le service. Elle est toujours dans sa période d'insertion. Ce jour-là, elle est pour la première fois en horaire de journée et partage la prise en charge de l'ensemble des patients avec l'IDE du matin, diplômée et présente dans le service depuis 6 mois, ancienne AS.

Dans cette situation se côtoient plusieurs niveaux d'ancienneté et aussi plusieurs niveaux de transmission : l'encadrement de l'élève par la nouvelle ; l' apprentissage de l'encadrement d'élève par cette dernière, et la poursuite de son insertion par ses échanges avec ses collègues (IDE, AS, Médecin).

Lors de cette vacation l'IDE cherche à être présente le plus possible auprès de l'étudiant. Elle teste fréquemment les connaissances de celui-ci, et va jusqu'à mettre en place un exercice, où elle lui fixe un objectif en termes de temps. En fin de vacation, elle achève sa tournée de soins à temps pour la relève avec l'équipe suivante, mais n'aura pas pu aider sa collègue du matin (il en résulte qu'un pansement est à reporter sur la vacation d'après-midi)

En situation 7, sur une vacation du matin au sein du service de SSR, on retrouve la nouvelle IDE et l'élève, mais cette fois-ci, ce dernier est encadré par une autre IDE qui a 3 ans d'ancienneté dans le service. La stratégie de cette encadrante est basée sur le fait que l'élève est présent au sein du service depuis plusieurs jours et qu'il a déjà été encadré par plusieurs IDE. Elle cherche à savoir ce qu'il a déjà fait, ce qu'il se sent capable de faire seul, et elle juge alors légitime de ne pas l'accompagner sans cesse.

Situations 8 et 9 : quand les objectifs scolaires et professionnels sont associés ou entrent en conflit

La situation 8 est une vacation d'après-midi en rhumatologie. Une IDE qui a 4 ans d'ancienneté encadre une élève en fin de cursus de formation initiale (3^{ième} année). L'élève débute sa troisième semaine de stage au sein du service et passe son examen de diplôme la semaine suivante. C'est le premier jour où l'élève doit prendre en charge 10 patients : ce nombre correspond à un secteur géographique entier, mais c'est aussi l'effectif de patients que l'élève aura à prendre en charge lors de son examen pratique.

Dans cette situation, l'IDE et l'élève se connaissent, elles ont déjà travaillé ensemble sur plusieurs jours consécutifs les semaines précédentes et savent qu'elles travailleront de nouveau ensemble le lendemain.

L'IDE prend en compte le fait que l'élève est proche de son diplôme et cherche tout à la fois à la rassurer, et à l'encourager pour qu'elle se rende compte qu'elle est en capacité de faire seule les soins sans avoir quelqu'un avec elle. De plus, l'IDE tente d'orienter l'élève non

pas uniquement sur la réussite de l'examen pratique du diplôme, mais aussi sur des éléments concernant la pratique du métier dans son ensemble.

La situation 9 a deux points communs avec la précédente. D'une part il s'agit à nouveau du service de rhumatologie, avec d'ailleurs les mêmes patients. D'autre part l'IDE ancienne (20 ans d'ancienneté au sein du service), encadre un élève infirmier qui possède les mêmes caractéristiques : il est en fin de cursus, débute sa troisième semaine de stage au sein du service, passe son examen de diplôme la semaine suivante, et c'est également le jour où il doit prendre en charge 10 patients.

Mais c'est à présent une vacation du matin, une période où les butées temporelles s'accumulent. En outre le binôme ne se connaît pas, ils ne se sont même jamais croisés au sein du service. C'est à son arrivée en début de vacation, que l'IDE découvre qu'elle doit encadrer l'élève. De son côté, l'élève a déjà eu plusieurs autres encadrantes différentes depuis le début de son stage et cela, de manière discontinue. De plus, au cours de la vacation, plusieurs autres étudiants arrivent au sein du service sans que celui-ci ne les attende ; l'encadrante se retrouve avec un deuxième élève à encadrer.

Cette IDE pose elle aussi au départ comme objectif de « laisser l'élève faire seul les soins », dans la double perspective de son examen à venir et des responsabilités professionnelles qu'il devra bientôt assumer. Son principe, dans une telle situation (tel qu'elle nous l'explique), serait de ne pas imposer sa propre organisation des soins, dans le but que l'élève trouve lui-même la sienne. Mais comme on le verra, le contexte très contraignant que l'on vient de décrire l'amènera finalement à adopter une forme plus directive d'encadrement.

Situation 10 : quand le binôme doit reprogrammer ses tâches

Sur une vacation du matin en chirurgie cardiaque, une IDE qui a 3 ans d'ancienneté dans le service encadre une élève infirmière de 3ème année en promotion professionnelle, ancienne AS, présente depuis peu dans le service mais qu'elle a déjà encadrée. La situation se déroule dans un des deux secteurs géographiques du service (dans l'autre secteur, une nouvelle IDE encadre elle aussi une élève).

Nous sommes à nouveau dans une situation où l'IDE considère que l'élève doit apprendre à faire les soins seule, à prendre confiance en elle. Mais cet objectif entre en tension avec celui de prendre en charge des patients aux pathologies aiguës, avec ce paradoxe : pour certains patients nécessitant des soins particulièrement « pointus », l'IDE peut être amenée à intervenir seule, ce qui prive l'élève d'une occasion d'apprentissage ; mais d'un autre côté, dans de telles circonstances l'élève se trouve de fait en situation de co-action avec son encadrante : on verra que l'élève est amenée à assurer les soins de 8 patients alors qu'il était

initialement prévu qu'elle n'en prenne en charge que 4 ; elle aura aussi de nombreuses fois collaboré avec les aides-soignantes sur l'ensemble de la vacation.

Situation 11 : quand le cumul de nouveaux crée une charge de travail supplémentaire

Au sein du service de chirurgie cardiaque, sur une vacation d'après-midi, *a priori* deux « nouveaux » sont présents : une IDE de l'équipe du SICS pour un remplacement ponctuel (elle est déjà venue faire des remplacements dans ce service mais pas depuis 4 mois) ; une élève IDE de 3ème année, qui arrive pour son premier jour de stage au sein du service pendant la relève avec l'équipe de matin. Une IDE, ancienne est également présente, elle a 18 ans d'ancienneté dans le service.

Le binôme d'IDE découvre qu'il doit prendre en charge l'encadrement de l'élève seulement à la relève avec l'équipe du matin. Il était prévu au départ que l'élève soit accueillie dans l'autre secteur géographique du service, mais ce jour-là, l'IDE de celui-ci est seule et encadre déjà une élève[52]. C'est la cadre infirmière du service qui a choisi de réaffecter la nouvelle élève.

Pour l'IDE, plusieurs situations de transmission se chevauchent. Elle n'entend pas laisser l'élève livrée à elle-même. En même temps l'IDE du SICS, de son côté est en recherche d'informations nécessaires pour réaliser les soins. S'ajoutent à cela les sollicitations de la part de l'IDE de l'autre secteur géographique, nouvelle dans le service, qui vient lui poser des questions, et celles de l'interne pour qui c'est le premier jour au sein du service.

Situation 12 : quand une passation d'examen perturbe l'activité des soignantes

Il s'agit ici du suivi d'un binôme d'infirmières sur une vacation d'après-midi au sein du service de chirurgie cardiaque, où une IDE qui a trois ans d'ancienneté dans le service travaille en binôme avec une nouvelle IDE.

L'organisation des soins du binôme d'IDE suivi, et la transmission entre l'une et l'autre sont perturbées par la passation d'une mise en situation professionnelle d'une élève infirmière de 3ième année : les IDE n'ont pas accès à la salle de soins parce que cet examen s'y déroule. Un lieu privilégié d'échanges d'informations leur devient ainsi inaccessible. Les perturbations dues à l'examen ne s'arrêtent pas là : l'élève comme ses examinatrices sont parties après l'examen sans donner d'informations concernant les soins effectués auprès de 4 patients, ni par écrit dans les dossiers de soins, ni oralement auprès de binôme d'infirmières. Ces

[52] C'est de cette arrivée chaotique de l'élève qu'il était question dans l'extrait d'entretien présenté au §1

éléments sont donc des tâches qui s'ajoutent pour les IDE, tâches qu'elles n'ont pas pu anticiper, et qu'il va falloir intégrer dans leur activité programmée pourtant différemment.

Le tableau suivant synthétise les éléments qui précèdent concernant les protagonistes et le déroulement des situations observées. On y retrouve les principales caractéristiques qui contribuent à la « discrétionnarité » de la transmission pour chacune d'elles.

Afin d'aider la lecture dans la suite de la thèse, qui fera souvent référence à ces situations, une copie de ce tableau est disponible à la fin du document sous forme de tiré à part.

n° situation	Service et vacation	Caractéristiques des personnes suivies	Contexte du service	Eléments sur les protagonistes	Eléments sur le déroulement
1	SSR AM	AS : 3 ancserv AS : < 1mois ancserv EAS fin de cursus	sur-effectif AS + 1 EAS effectifs IDE normaux + 1EIDE des tâches de la vacation précédente reportées sur celle-ci	cumul de plusieurs nouveaux : - différents niveaux d'ancienneté dans le métier et dans le service - différents niveaux de connaissances de la spécialité et de la prise en charge des patients	mise en place d'un examen blanc constitution d'un binôme d'encadrantes plusieurs phases de débriefing régulations collectives de la charge de travail
2 - 3	Rhumatologie M	AS : 1 ancserv AS : nouvelle 1er et 2ème jour	la nouvelle comptée en plus des effectifs	une première rencontre du binôme (S2) une AS peu ancienne qui encadre la nouvelle une nouvelle au statut ambigu : une collègue accueillie comme une élève	travail en binôme une démarche proactive de la nouvelle dans la recherche d'informations la nouvelle apporte des connaissances à son encadrante
4	Rhumatologie AM	AS : 11 ancserv AS : nouvelle 3ième jour	effectifs AS atteints avec 1 AS du SICS la nouvelle comptée en plus des effectifs	une première rencontre du binôme (S3) une nouvelle au statut ambigu : travail en binôme cumul de plusieurs nouveaux	travail en binôme la nouvelle ressource pour l'ancienne AS l'ancienne AS ressource pour l'AS du SICS
5	Chirurgie cardiaque M	AS : 3 ancserv AS : 4 ancserv AS : 22 ancserv	effectifs normaux	la plus ancienne très peu présente dans cette unité	confrontation de points de vue entre les AS sur la manière de réaliser les soins
6	SSR M	IDE : < 1mois ancser EIDE : 1ère année	effectifs IDE atteints avec une nouvelle effectifs AS normaux + 1EIDE + 1 EAS	une nouvelle qui encadre une élève	construction d'exercices par l'IDE de nombreux débriefings des tâches à reporter sur la vacation suivante
7	SSR M	IDE : 3 ancserv EIDE : 1ère année	effectifs IDE atteints avec une nouvelle effectifs AS normaux + 1EIDE + 1 EAS	intervention auprès de l'élève d'une personne autre que l'encadrante	*« savoir ce que l'élève a déjà fait »* : l'encadrante pose des questions sur le parcours précédent de l'élève au sein du service *« le laisser faire seul suivant le type de soins »*
8	Rhumatologie AM	IDE : 4 ancserv EIDE : fin de cursus	effectifs normaux + 2 EIDE	un binôme qui se connaît	*« faire les soins au rythme de l'élève »* *« envoyer l'élève faire les soins seule »* reprise en main par l'encadrante lors de l'entrée d'une patiente
9	Rhumatologie M	IDE : 20 ancserv EIDE : fin de cursus	effectifs IDE normaux + 5 EIDE	une première rencontre du binôme 1 EIDE non attendu par l'IDE arrivée d'un second EIDE non prévu, en cours de vacation	travail en co-action prise en charge d'une partie des soins par l'IDE en parallèle de ceux de l'élève l'IDE ressource pour l'interne
10	Chirurgie cardiaque M	IDE : 3 ancserv EIDE : 3ième année	sous-effectif IDE dont une nouvelle + 2 EIDE	cumul de plusieurs types de nouveaux un binôme qui se connaît	*« laisser faire seul l'élève »* travail en binôme et en co-action suivant les soins à réaliser de nombreux tests de connaissances des soins qui isolent l'IDE construction d'un exercice par l'encadrante
11	Chirurgie cardiaque AM	IDE : 18 ancserv IDE du SICS EIDE : 3ième année ; 1r jour	effectifs IDE atteints avec 1 IDE du SICS + 2 EIDE effectifs AS normaux + 1 nouvelle AS + 1 EAS	cumul de plusieurs nouveaux 1 élève non attendu	1 ancienne IDE « référente »pour l'ensemble de l'équipe EIDE laissée « seule »
12	Chirurgie cardiaque AM	IDE : 3 ancserv IDE : < 1 mois ancserv	effectifs IDE atteints avec la nouvelle + 2 EIDE	un binôme qui se connaît	travail en co-action sauf pour un patient que la nouvelle ne souhaite pas voir seule perturbation des soins par la passation de l'examen d'une élève

Légende

M : matin
AM : après-midi

AS : aide-soignant
EAS : élève aide-soignant

IDE : infirmier
EIDE : élève infirmier

ancserv : ancienneté dans le service

Tableau 4 : Synthèse des principales caractéristiques des situations observées

CHAPITRE 6. L'ELABORATION DES CONTENUS : COMBINER LES SAVOIRS PROFESSIONNELS

A l'instar de ce qu'ont montré d'autres recherches sur les situations d'apprentissage sur le tas, on assiste à un large déploiement des thématiques abordées au cours des interactions formatives en situation de travail. Nous nous intéressons ici aux contenus de ces interactions, en termes de dimensions spécifiques de l'activité de travail abordées au cours des échanges entre les protagonistes. Pour faciliter leur présentation, nous les organiserons en nous référant au « *modèle quadripolaire des relations de service* » proposé par Sandrine Caroly et Annie Weill-Fassina (2004 ; 2007), qui distingue quatre pôles de l'activité : le système, les autres, soi, et le destinataire du service.

Les contenus relevant de chacun de ces quatre pôles feront l'objet respectivement des paragraphes 1 à 4 ; dans le paragraphe 5 nous conclurons ce chapitre en rappelant que ces domaines sont combinés et hiérarchisés de façon variable suivant les acteurs et les situations.

1. Sur le pôle « système »

En première analyse, les contenus abordés lors des interactions formatives en présence d'un élève, d'un nouveau diplômé dont les connaissances ne sont pas encore solides, voire d'un nouveau collègue n'ayant pas l'expérience de la discipline pratiquée dans le service, portent sur les actes techniques et les connaissances médicales liés aux soins. En témoignent les modalités de préparation aux examens, chez les infirmières, mais aussi chez les aides-soignantes : on demande par exemple aux élèves de présenter leur démarche de soins, avant d'entrer dans la chambre du patient, eu égard à une liste d'indications médicales qu'ils doivent avoir rassemblées au préalable.

Les compétences « système » qu'il s'agit d'acquérir sont cependant loin de se limiter à ce volet technique. Les matériels dans leur localisation et leurs usages, les procédures administratives, et l'organisation des soins constituent aussi une part importante des contenus que les encadrantes s'attachent à transmettre, car elles les jugent nécessaires à la réalisation des soins.

1.1. L'acquisition des actes techniques et des connaissances médicales

A son arrivée le nouveau a besoin de connaître des éléments sur la pratique transférables d'un service à un autre, et des éléments propres à la spécialité médicale du service. Concernant les premiers, nous avons par exemple assisté à des explications concernant la

complémentarité ou la contradiction entre deux médicaments, le bon emplacement pour vérifier les tubes de prises de sang, les moments auxquels un lavage des mains s'impose, etc.

D'autres éléments, propres à la spécialité du service, concernent plus précisément certains actes techniques, les connaissances médicales à connaître, les traitements et les caractéristiques des patients, pour réaliser au mieux la prise en charge de ces derniers. Voici quelques exemples :

> IDE (à l'élève) : est-ce que tu sais pourquoi on fait des dopplers artériels ? (S11)
>
> IDE (à l'élève) : tu sais à quoi sert un ballon de contre pulsion, et ce qu'est l'endartériectomie ? (S 10)
>
> IDE (à l'élève) : tous les patients ont un protecteur gastrique, comme ils font beaucoup d'ulcère de stress, pour l'attente de l'intervention surtout. Là, on en a deux malgré le traitement, mais avant on avait beaucoup d'hémorragies digestives. (S11)

Les éléments que nous avons recueillis dans ce domaine, du côté des encadrés, nous semblent corroborer les analyses des didacticiens à propos de la combinaison théorie – pratique, et du besoin de comprendre ce qu'on leur fait apprendre. Les élèves sont souvent questionnés sur ces différents aspects, et précisent que c'est l'occasion pour leurs encadrantes de les inciter à faire les liens entre ce qu'ils rencontrent dans les services comme pathologies, traitements, etc., et ce qu'ils ont appris à l'école. Prenons ici deux exemples présentés par les élèves lors de la première séance des ateliers :

> J : moi on m'a dit que je ne faisais pas les liens/
> O : oui les liens, ça c'est un truc qui revient tout le temps/ […]
> ***E1 : est-ce que vous pouvez me raconter la fois où on vous a dit que vous ne faisiez pas les liens, comment ça s'est passé, où est-ce que c'était ?***
> J : […] J'avais fait mon bilan toute seule, et derrière, elle [la tutrice] était repassée pour voir si j'avais bien pensé à tout faire, et puis regarder les résultats que j'avais écrits […] Donc j'étais toujours dans la chambre, et puis elle m'a interrogée, parce que par exemple, on doit regarder les pupilles, si elles sont plutôt dilatées ou plutôt serrées, et si elles sont de la même taille/ et donc, le terme qui définit qu'elles ont la même taille, ça s'appelle l'« isocorie »/
> O : ah oui isocorie/
> J : donc on écrit « iso » sur la feuille, avec un petit plus ou un petit moins en fonction de si elles sont réactives à la lumière ou pas. Et donc, elle demande ce que c'est qu'« isocorie », et donc bon je savais/ comme on écrit seulement « iso »/ mais moi la première fois que j'avais vu faire le bilan, j'avais demandé à l'infirmière ça veut dire quoi « iso ». Elle m'avait dit « *tu regardes si les pupilles elles réagissent* », donc moi j'étais restée à « iso plus », ça veut dire que les pupilles réagissent/ et quand elle m'a dit le vrai mot qui est « isocorie », là j'ai compris que c'était une histoire de taille, et

> du coup, là elle m'a dit « *tu vois tu ne fais pas les liens, tu aurais dû aller regarder dans le dictionnaire ce que ça voulait dire anisocorie, isocorie* ».
>
> [atelier séance 1]

> I : moi c'était une surveillance cardio, et si je disais la fréquence respiratoire, il me disait « *ça correspond à quoi ?* ». Donc je lui expliquais, et si par exemple je ne disais pas battements du cœur réguliers ça n'allait pas. Fallait vraiment que je dise les termes qui lui, lui semblaient justes en fait. […] A chaque fois que je faisais ma surveillance toute seule/ lui, mon tuteur, il venait vérifier, et il me demandait à chaque fois « *pourquoi tu as écrit ça ? »*, pour que je comprenne en fait, et que je fasse moi-même les liens.
>
> [atelier séance 1]

Les nouvelles collègues (soignantes arrivant dans un service) précisent que de tels éléments sont plus souvent communiqués et répétés aux étudiants, qu'à elles-mêmes – surtout quand elles ont une grande ancienneté dans le métier – et elles le déplorent : « *quand on arrive dans un nouveau service, c'est comme si on débarquait au niveau théorique […] bon c'est vrai que je suis diplômée depuis 20 ans, alors elles considèrent certainement que j'ai un savoir suffisant, mais il y a beaucoup de choses que je ne peux pas expliquer aux patients, donc au début, les premières semaines c'est vrai que c'est pénible* » […] « *ici* [en chirurgie cardiaque] *c'est vrai qu'au début les gens* [les patients] *me posaient des questions, alors je leur disais « excusez-moi je vais revenir, je vais poser la question à ma collègue, je reviens ». Donc c'est un petit peu… parfois ça peut être gênant parce que les gens, quand ils me voient, ils se disent que je suis une vieille infirmière donc c'est bon, mais quand finalement je leur dis que ça fait que 15 jours ou 3 mois que je suis dans le service, que je suis encore en train… eh bien ils peuvent se sentir un peu… pas en sécurité quoi. »* (entretien, IDE nouvelle dans le service de chirurgie cardiaque).

De plus, le fait de ne pas disposer de toutes les connaissances autour des soins met aussi les nouveaux en difficulté quand il s'agit d'encadrer les étudiants : « *je suis gênée pour leur* [les étudiants] *expliquer au niveau cardio pourquoi-ci, pourquoi-ça. Je vais avec eux sur l'ordinateur pour regarder les traitements, ce qu'il faut surveiller, pourquoi on le donne etc. Parce que moi je ne suis pas… en trois mois, je ne suis pas à l'aise pour leur expliquer ça.* » (idem).

Interrogée sur les questions qu'elle pose quand elle encadre, une IDE nous confirme effectivement qu'elle ne pose pas les mêmes questions suivant le statut de la personne, ici entre une élève et une nouvelle diplômée. Elle précise qu'il y a des questions incontournables qu'elle pose aux étudiants mais non aux diplômés : « *une question bateau qu'on pose à l'élève/ le Lovenox par exemple, injection qu'on fait dans la cuisse pour éviter que les gens fassent des phlébites. Donc il y a le geste, la technique, tout ce qui va autour, l'environnement*

du patient, l'hygiène et l'asepsie, et t'as toutes les questions qui vont avec. On le [l'élève] *regarde faire, s'il prend bien les précautions, s'il fait le geste technique correctement, et puis, les connaissances qui vont avec : qu'est-ce que c'est ? À quoi ça sert ? Quels sont les effets secondaires ? Quelle est la surveillance biologique ? La surveillance du patient ? Donc comme on veut éviter une phlébite : qu'est-ce que c'est qu'une phlébite ? Quelles sont les complications ? Quels sont les signes ? Si ça arrive qu'est-ce que tu fais ?* […] *Ça, à la nouvelle diplômée, je lui demande pas, parce que ça c'est pas évident, elle est IDE comme moi, même si elle a pas mon expérience »* (entretien, IDE, S7).

1.2. Découvrir les aspects matériels…

Un volet important, dans toutes les situations d'accueil, est la familiarisation avec les modalités concrètes de fonctionnement du service. A commencer par des aspects très matériels :

> AS (à la nouvelle) : le matin on fait les changes et on donne les thermomètres […] ici c'est une chambre individuelle que l'on peut doubler […] sous les éviers tu as les bocaux, les ECBU, les compresses sont de l'autre côté avec la pharmacie. C'est la même disposition que de l'autre côté [autre secteur géographique du service], seulement c'est pas disposé dans le même sens c'est tout, sinon tout est pareil ». (S2)

Ce sont des éléments nombreux, présentés de façon dense, d'où de possibles difficultés de mémorisation (dans le dernier échange on note d'ailleurs que l'encadrante essaie de fournir une aide mnémotechnique). Dans l'exemple qui suit, où la nouvelle précise qu'elle pense maîtriser l'usage du matériel (les draps), l'encadrante insiste sur le fait que ce n'est pas forcément pareil dans tous les services :

> AS : je te montre pour les draps
> Nouvelle AS : tu sais je sors d'un service je sais un peu
> AS : oui mais quand même - les draps ne sont pas forcément pliés comme ça. (S2)

Nous avons par ailleurs observé qu'en situation, pour les étudiants, ces éléments ne leur sont pas aussi directement donnés lors de leur premier jour au sein des services, comme par exemple ici lors de l'arrivée d'une nouvelle élève en rhumatologie, pour ce premier jour de stage :

> IDE (lors de l'arrivée d'un deuxième étudiant) : je te laisse fouiner, tu trouveras tes repères. Ouvre les placards vas-y n'hésite pas, regarde partout. (S9)

1.3. … et les procédures administratives

Un troisième volet concerne les procédures administratives, elles aussi nombreuses, et essentielles pour la « prise en charge globale des patients » : à qui destiner un exemplaire d'un dossier, comment réalise-t-on les bons de transport, à quel moment prévient-on les ambulanciers, quels sont les documents à rassembler pour une entrée ou une sortie, que signifient les sigles et les abréviations, et, pour tout cela, quels sont les bons et les mauvais usages du dispositif informatique.

Les nouveaux diplômés précisent que ces éléments ne sont pas abordés lors de leur formation à l'école : « *ce qui est tout nouveau par rapport à la formation, c'est tout le côté administratif, ça on ne te l'apprend pas en formation. Par exemple, comment se servir de l'ordinateur pour tout ce que tu as à faire dessus, tous les papiers à préparer, etc.* » (entretien, nouvelle IDE, S6).

Les élèves précisent que durant leurs stages, ces éléments leur sont rarement donnés. De nombreux échanges ont eu lieu à ce sujet au cours des ateliers, comme c'est le cas dans l'extrait suivant de la première séance :

> O : […] on nous dit souvent « *concentrez-vous sur la technique* », mais sauf qu'il y a plein de choses à côté de la technique dans le métier d'infirmier
> ***E2 : c'est quoi ces plein de choses ?***
> O : l'administratif, qui est très très lourd, et très franchement avec toutes les procédures informatiques/ si ça marche bien, quand l'ordinateur ne plante pas/
> ***E1 : ça on vous l'apprend aussi sur le terrain ?***
> O : ça dépend […]
> P : moi je sais qu'en première, deuxième année, je ne m'en occupais pas trop parce que l'objectif c'est plus les soins/ le patient/ et là, troisième année je me dis bon, si dans 9 mois je suis diplômée, on est dans un service, il faut que je sache / éditer des étiquettes au début, je demande est-ce que tu veux bien me montrer l'ordinateur comment on fait / n'importe quoi / pour éditer des feuilles de menus ou des trucs tout simples mais/
> ***E2 : c'est pas des choses que vous apprenez ici à l'école ?***
> O : non non
> P : non
> O : on peut être diplômé sans jamais avoir fait ça/
> P : et beaucoup d'infirmières me disent « *t'occupe pas de ça* », l'air de dire c'est pas important/
> I : c'est pas notre but en fait / ils disent « tu es étudiante t'auras le temps de voir ça plus tard, donc ne t'occupe pas de l'administratif, va plutôt faire les soins c'est plus intéressant pour toi »/
> O : mais l'administratif c'est énorme parce que ça comprend vraiment beaucoup de choses. Quand on transfuse on doit rentrer les culots-globulaires sur l'ordinateur, les patients quand ils arrivent on doit les rentrer sur informatique, les sortir sur informatique, quand ils sortent, quand ils vont faire une radio, on doit faire un bon radio/ quand il y a un truc qui est cassé et que l'aide-soignante ne peut pas s'en charger, il faut faire un bon de réparation, il faut apporter, je ne sais pas, enfin il y a plein de trucs comme

> ça, vraiment plein de choses à gérer/ […] en fait des fois on passe une heure dans la salle de soins à régler des trucs comme ça/
> P : c'est dans tous les services/
>
> [atelier séance 1]

Comme vient de l'indiquer une participante, les enjeux de connaître les démarches administratives se renforcent lors de la dernière année de formation et lorsqu'on se rapproche de la vie professionnelle. Ces enjeux nous ont été relatés par de nombreuses encadrantes, comme cette infirmière en chirurgie cardiaque : « *il y a beaucoup de choses à côté desquelles on passe, quand on est élève. C'est pour ça que moi j'essaie surtout avec les 3ème année, j'essaie de donner cette formation-là aux élèves : tout ce qui est gestion des médicaments, toutes les commandes, les transports, les entrées et sorties des patients, tout ce qui est commandes informatiques entre autres. Parce que ça c'est le genre de choses qu'on ne fait pas voir de façon systématique aux élèves, et quand on arrive dans un service c'est quelque chose qu'on doit faire, parce que là, il n'y a plus personne pour le faire à votre place !* » (entretien, nouvelle IDE dans le service de chirurgie cardiaque).

1.4. Savoir organiser ses soins en situation

Comme le confirment la plupart des encadrants et des nouveaux, un quatrième volet des aspects du « système » relève du domaine de l'organisation des soins, avec d'emblée cette affirmation, largement partagée : « *on ne peut pas faire comme on a appris* ». Particulièrement quand l'encadré est un élève, les occasions ne manquent pas de relever (et d'expliquer) les différences importantes entre les pratiques enseignées à l'école, et celles que l'on peut mettre en place dans la vie concrète du service, car « *c'est pas possible de faire comme ils nous disent, ça prendrait trop de temps* ».

D'où de multiples échanges de ce type :

[atelier séance 2, cas 1, S6[53]]

> Delphine (à l'élève) : « Je t'avais demandé de faire l'aérosol. Ok tu n'as pas eu le temps, mais tu aurais dû le préparer pour qu'il soit prêt à l'emploi. Je sais qu'à l'école on apprend qu'on le prépare tout de suite avant de le faire. Mais ce n'est pas parce que tu ne peux pas faire le soin tout de suite que tu ne peux pas le préparer quand même. Tu savais qu'il faudrait le faire après tes

[53] Alors que les extraits de nos chroniques sont notés par un trait vertical à gauche du texte, ceux encadrés, comme c'est le cas ici, correspondent à des « cas » présentés lors de la deuxième séance des ateliers réflexifs ou des « tablettes » discutées en troisième séance ; nous garderons les prénoms des protagonistes tels qu'ils figuraient dans les exemples présentés (rappelons qu'il s'agit de prénoms fictifs). Les numéros de « cas » ou de « tablettes », qui se distinguent des numéros de « situations », désignent les extraits mis en discussion lors des séances 2 et 3 des ateliers, et renvoient à une présentation en annexe 7 (pour les quatre « cas » de la deuxième séance) et en annexe 8 (pour les douze « tablettes » de la troisième séance).

> pesées. Ici on n'est pas à l'école, si on faisait comme à l'école ça prendrait deux heures ».

Lors de la présentation de ce cas en atelier, beaucoup d'éléments ont été discutés entre les élèves, comme le présente l'extrait suivant :

> O : déjà, on nous apprend pas à l'école, à préparer un soin quand on ne va pas le faire immédiatement, ça déjà pour moi c'est faux, je pense/
> P : on nous dit de les préparer/
> I : les injections oui/
> P : on nous dit d'anticiper/
> I : parce qu'il faut les préparer tout de suite, mais bon là c'est un aérosol/ […]
> P : en fait, il faut qu'il y ait une continuité entre la personne qui prépare et la personne qui pose, ou qui fait le soin […]
> I : en fait, on peut les préparer, on peut les mettre sur notre table, mais on ne peut pas les ouvrir/ on l'ouvre vraiment au dernier moment, au moment de l'injecter/ […]
> J : oui, mais là je pense que là, elle voulait surtout l'embêter entre guillemets, dans le sens où préparer un aérosol ça prend pas 3 heures. Donc, je veux dire, c'est peut-être le soin le plus rapide que/
> O : oui c'est pas très compliqué /
> P : ouais mais après, c'est aussi de l'organisation de service. Il y en a qui vont faire aller juste chercher l'aérosol et aller dans la chambre, d'autres qui vont par exemple regarder tous les soins qu'il y a du matin, faire un petit plateau et mettre tout dessus. Peut-être qu'elle lui reproche ça aussi, le fait de pas avoir anticipé.
>
> [atelier, séance 2, cas 1, S6]

Après avoir rappelé la règle de la continuité entre la préparation et les soins, les échanges s'orientent vers le message que l'encadrante a voulu faire passer ici à l'élève en termes d'organisation des soins : souhaite-t-elle que l'élève prenne ses distances vis-à-vis de la règle de la continuité, ou plutôt que l'élève prenne conscience qu'il faut qu'il prépare ses soins, en les organisant et en les anticipant à l'avance ?

L'organisation des soins relève ainsi de la prise en compte d'un enchevêtrement de différentes contraintes temporelles.

- Prendre en compte les butées temporelles

Réaliser les soins, demande de « *bien s'organiser* », et pour cela, intégrer d'abord les butées temporelles, que les encadrantes rappellent plusieurs fois par vacation, voire plusieurs

fois par heure. Prenons ici l'exemple de la situation 9 en rhumatologie sur une vacation du matin, lors de la première tournée des soins :

> *à 07h38, chambre 103*
> Simone (à l'élève) : à 08h00 tout le monde va avoir son petit déjeuner, donc pour les calci c'est dommage…bon on y va, on y va
>
> *07h53, chambre 104*
> Simone (à l'élève) : bon là je vais donner les médicaments en 102, parce que là tu vois, dans 10 minutes, ils servent les petits déjeuners

[atelier séance 2, extrait cas 2, S9]

L'encadrante, dès le début de la tournée de soins, énonce plusieurs fois à l'élève les contraintes temporelles dues notamment au fait que les aides-soignantes vont bientôt débuter la distribution des petits déjeuners. Dans les deux extraits, elle insiste pour que les traitements soient réalisés avant ces petits déjeuners, d'une part pour respecter les soins à heure fixe, et d'autre part pour ne pas déranger les patients, compte tenu du fait que les « calciparines » notamment, qui sont des traitements en prévention de thromboses veineuses et d'embolies pulmonaires, nécessitent une injection.

- *Grouper les soins, s'organiser en fonction de la charge de travail*

Dans ce contexte il faut apprendre à user au mieux des plages de temps dont on dispose. L'une des stratégies, très souvent proposée par les encadrantes, consiste à grouper un ensemble de soins pour un même patient. Beaucoup d'entre elles considèrent que les soins ne se réalisent pas en « série » : « *quand j'étais à l'école j'avais travaillé dans ce service [chirurgie cardiaque] il y a 20 ans de cela, je devais être en deuxième année, et c'était une nuit je me souviens, j'étais en train de préparer les calci. Les calci c'est une injection qu'on fait 3 fois par jour, donc ici il y en a 7-8-10 à faire, 3 fois par jour. Donc j'avais toutes mes calci prêtes. Et puis il y a une cadre qui est passée et qui me dit « vous faites quoi là ? », donc je lui dis que je suis en train de préparer mes calci, et elle me dit « vous faites du travail en série ! », et sur le moment je n'ai pas compris. Je sais ce que c'est, c'est qu'on fait toute une tournée : on fait les prises de sang, puis on repasse, on va prendre toutes les tensions, puis on repasse et on fait tous les médicaments. Moi aujourd'hui je ne veux pas travailler comme ça* » (entretien, nouvelle IDE en chirurgie cardiaque).

Ce point de vue est réactivé lors de l'encadrement d'élèves : « *ici* [en rhumatologie] *on fait des soins à des patients et pas des tours de soins. Si l'étudiant fait les soins en série c'est*

qu'il y a quelque chose qu'il n'a pas compris dans les soins […] *Ici on groupe les soins aussi par rapport à la disposition des locaux »* (autoconfrontation, IDE, S9).

En situation, cela se traduit de plusieurs manières : soit l'encadrante énonce directement à l'étudiant de grouper les soins en précisant ce que cela consiste à faire (premier exemple, ci-après), soit elle suggère juste de le faire (second exemple).

> IDE : … et puis comme on va dans la chambre, qu'est-ce qu'on fait ? On va en profiter pour prendre ses constantes à cette dame (S11)

> IDE : tu viens lui faire une dextro, qu'est-ce que tu peux faire en même temps ?

[atelier séance 3, tablette 2, S8]

En atelier, la tablette 2 a été choisie par une élève qui justifie son choix en précisant que c'est important que les encadrantes les guident dans leur organisation : « *tu viens pour lui faire ça, donc tu dois en profiter pour faire autre chose, et ça c'est pareil c'est… c'est la stimulation du professionnel pour t'entraîner à penser organisation* » ; l'élève précise également que l'organisation des soins est ce qui lui pose le plus de problème dans son apprentissage :

> J : moi je l'avais choisie [cette tablette] parce qu'on me l'a dit souvent. Et puis que… en fait moi je crois que j'ai pris que des situations sur l'organisation, c'est un peu ma bête noire.

[atelier séance 3]

Plus précisément, le choix du mode d'organisation va dépendre de la charge de travail :

> IDE (à l'élève) : il faut que tu groupes les soins
> E : oui, mais les dernières fois, je n'ai pas fait comme ça
> IDE : oui mais ça, ça va bien quand tu n'en as pas beaucoup (S9)

Si l'on remet cet échange en contexte, il s'agit pour l'élève de sa première matinée avec l'ensemble des patients du secteur à prendre en charge. C'est donc pour lui la première fois qu'il doit prendre en compte l'ensemble des soins à réaliser sur la vacation, et non plus seulement quelques patients.

- *Garder le dossier avec soi*

Dans ce même souci de maîtriser au mieux les contraintes de temps, on note aussi des explications sur l'usage efficient de certains matériels, par exemple « garder toujours le dossier de soin avec soi », ce qui permet tout à la fois de voir rapidement où en sont les traitements, et de répondre aux questions des patients ou des familles :

> IDE (à l'élève) : normalement les dossiers doivent être fermés quand ils sont dans le couloir pour garder la confidentialité, sinon tu peux aussi les prendre avec toi dans les chambres
>
> *20 minutes plus tard, devant une autre chambre*
> IDE : c'est le côté positif de prendre le dossier avec toi dans la chambre, si le patient pose des questions, ou s'il y a des dates prévues pour les examens. Par exemple ici pour l'oxygène, tu aurais vu que c'est arrêté. […] Avoir le dossier avec toi, ça permet de répondre aux questions des patients, pour les examens, les traitements et ça permet aussi de gérer les familles et leurs questions. Mais tu vois aussi les heures des traitements. (S8)

- *Anticiper les soins, les préparer au fur et à mesure*

On note aussi un fort intérêt d'assurer certaines tâches « *au fur et à mesure »*, soit pour gérer d'éventuelles interruptions en étant moins perturbé, soit parce que cela permet d'être disponible pour le collectif :

> IDE (à l'élève) : là je prépare les bilans pour demain. Je fais tout au fur et à mesure, je préfère, comme ça, s'il arrive quelque chose tout est déjà prêt. […] C'est pareil, s'organiser au fur et à mesure ça permet d'aller aider la collègue (S9)

Les étudiants ont de nombreuses fois abordé ces questions d'organisation, de gestion des priorités et des interruptions, lors des différentes séances d'ateliers, les présentant, comme l'a dit l'un d'eux (ci-dessus) comme la « bête noire » de tous les étudiants, voire des nouveaux collègues quand ils arrivent dans un service.

2. Sur le pôle « autres »

Le lien qui doit s'établir avec les collègues, du même métier ou non, fait partie des éléments essentiels véhiculés dans les interactions formatives. On le retrouve en situation sous plusieurs dimensions.

2.1. Donner des informations sur les collègues, savoir comment ils fonctionnent

Relèvent d'abord du pôle « autres », les informations que les encadrantes fournissent sur les modalités d'action de tel collègue, ou de telle catégorie de collègues, ce qui joue sur la manière dont va se dérouler l'organisation collective des soins. Dans certains cas, il s'agit simplement de préciser comment les autres fonctionnent, pour ne pas être surpris :

> AS (à la nouvelle) : on va mettre la présence. Tu sais des fois, les médecins entrent sans regarder. (S3)

Le binôme ancienne-nouvelle AS s'apprête ici à réaliser une toilette au lit auprès d'une patiente. L'ancienne rappelle la règle générale de prévenir les personnes à l'extérieur de la chambre que quelqu'un est en train de réaliser un soin, par le fait d'allumer la lumière extérieure (« présence »). Mais elle précise également à la nouvelle qu'en pareil cas il se peut pourtant que certains collègues n'en tiennent pas compte.

Dans d'autres cas il s'agit de présenter les caractéristiques de certains collègues qui aident, qui sont donc ressources pour la réalisation des soins :

> AS : Delphine lui a fait le dos mais il est douloureux. Généralement Delphine aide ; elle tourne ici et en hôpital de semaine
> Nouvelle AS : Delphine c'est ?
> AS : l'infirmière (S2)

A l'inverse il peut s'agir de pointer les pratiques de collègues (un médecin dans l'extrait ci-dessous), qui peuvent être source d'erreurs ou d'embarras :

> O : […] les infirmières connaissaient la personne donc on m'a dit « méfie-toi, il va prescrire des trucs et il ne va rien te dire, et il va remettre le dossier au milieu des autres »/
>
> [atelier, séance 1]

2.2. Présenter les spécificités du service et les règles collectives locales

Au-delà d'informations sur les caractéristiques personnelles des collègues, les encadrantes sont attentives à préciser aux nouveaux les usages locaux dans le fonctionnement collectif au sein du service, et d'expliquer en quoi cela est spécifique. Lors des ateliers, les élèves ont souvent insisté sur le fait que les pratiques changent d'un service à un autre ; éléments qui ont aussi été abordés au cours des entretiens avec les nouvelles arrivées récemment dans les services : « *je savais faire dans tel service, mais le protocole de cet autre service n'était pas le même, donc je ne savais plus faire* ». C'est déjà le cas à propos du matériel :

> SICS (à l'IDE) : les antibio c'est marqué où ?
> IDE (à la SICS) : nous on les marque sur les pancartes dans les chambres
> IDE (à l'Elève et à la SICS) : la pancarte doit être réadaptée. C'est le Docteur « B » qui veut les garder. (S11)

Dans cet exemple, l'IDE du SICS est étonnée, car ayant l'occasion d'aller dans plusieurs services, elle remarque que c'est un des seuls services qui a encore des pancartes murales dans les chambres des patients. L'IDE confirme ici tout à la fois cette spécificité du service, et indique que c'est la volonté d'un médecin en particulier. Ces précisions sont données aussi bien à la nouvelle qu'à l'élève.

Au-delà des questions de matériel, les encadrantes ont à présenter aux nouvelles les tâches spécifiques des vacations horaires et leurs répartitions entre les différentes équipes de quart, la gestion des changements éventuels.

> IDE (à l'élève) : les injections sont préparées d'un quart à l'autre (S9)

> AS (à la nouvelle) : tu mets deux gants et deux serviettes pour les collègues de l'après-midi (S2)

> IDE (à l'élève) : il faudra transmettre à l'interne qu'il y a un changement de médecin et d'horaires (S8)

Les encadrantes sont amenées aussi à préciser les usages en matière de collaboration et coordination avec les collègues, du même métier ou d'un métier différent :

> Nouvelle AS : le lever tu le fais seule ou avec l'IDE ? "
> AS : ça dépend, si tu peux toute seule ou pas, mais quand c'est un premier lever, tu le fais avec l'IDE (S3)

> Nouvelle AS : il faut descendre le linge sale ?
> AS : il faut attendre les collègues pour descendre. (S4)

> Nouvelle AS : vous distribuez les ptits dej' avec les ASH ?
> AS : oui
> Nouvelle AS : à quelle heure ?
> AS : 8h00 -8h05, ça dépend si l'IDE a fini les prises de sang (S2)

A certains moments de la journée, la répartition des tâches entre métiers peut aussi changer. Ce qui est important c'est que ce sont les responsabilités vis-à-vis de l'ensemble de l'équipe qui changent comme dans l'exemple suivant :

> AS (à la nouvelle) : là c'est l'heure du staff avec les médecins, les internes et les IDE à la bibliothèque. C'est nous qui nous occupons du service, répondre au téléphone, prendre les rendez-vous (S2)

Les indications sur la variabilité des tâches et leurs modalités de réalisation peuvent aller jusqu'à indiquer à l'élève qu'elle a le droit de déroger à la règle collective, sous réserve de le signaler.

> IDE (à l'élève) : nous on aime bien le faire avec une [perfusion] sur 16 heures, et une sur 8 heures, comme ça on garde des horaires convenables. Si tu ne le fais pas c'est bien de prévenir (S8)

Enfin, en lien avec l'articulation des usages collectifs locaux et de la possibilité d'y déroger, l'encadrante peut être amenée à préciser ce qu'elle fait elle-même de différent par rapport à ses collègues.

> AS (à la nouvelle) : quand le patient a « repos absolu » je change tous les draps, mais mes collègues changent que l'alèse, ça dépend (S2)

> AS (à la nouvelle) : avant on prenait les fiches avec nous, et en revenant on les mettait à l'envers pour que les ASH voient les chambres dans lesquelles elles peuvent faire le ménage… mais bon, moi, je fais pas comme ça (S2)

2.3. Insister sur le respect des collègues, et la réciprocité de l'aide

Un objectif des encadrantes est de faire comprendre, aux élèves notamment, qu'il faut respecter le périmètre de ses tâches pour ne pas donner une charge de travail aux collègues.

> IDE (à l'élève) : les SIIPS[54] tu connais ?
> Elève (à l'IDE) : un peu mais pas trop

[54] Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée : ceux-ci sont cotés puis saisis sur informatique

> IDE (à l'élève) : tu as des éléments sur les soins de base, les soins techniques et relationnels. […] Il faut penser à les faire à chaque fois, sinon ce sont les cadres qui les font. C'est pas agréable pour elles, et surtout on ne s'en souvient plus 15 jours après. (S11)

> IDE (aux élèves) : il faut toujours vérifier s'il n'y a pas de vaisselle à faire, sinon les collègues de l'après-midi ne vont pas être très très contentes (S9)

Dans certaines situations complexes ou délicates, d'un point de vue physique ou psychique, savoir faire appel au soutien des collègues devient un enjeu important. C'est le cas par exemple lors des actes à réaliser après le décès d'un patient :

> Nouvelle AS : vous bouchez quoi ici ? Moi je fais anus mais la bouche j'arrive pas
> Ancienne AS : le problème si tu bouches pas, c'est pour la famille après… moi j'appelle une collègue
> Nouvelle AS : vous le faites tout le temps ou ça dépend des filles ?
> Ancienne AS : on appelle des collègues de B ou C [autres secteurs du service], surtout s'il y en a une qui l'a déjà fait. (S2)

S'organiser collectivement repose sur une valeur de respect des collègues, et de réciprocité.

> AS (à la nouvelle, à propos du réapprovisionnement du chariot) : l'essentiel quand tu as fini, c'est que ce que tu ne veux pas qu'on te fasse, tu ne le fais pas aux autres (S2)

> IDE (à l'élève) : s'organiser au fur et à mesure ça permet d'aller aider la collègue, parce que toi, le jour où tu en as besoin tu es bien contente

[atelier séance 3, tablette 6, S9]

Cette dernière tablette a été choisie par une élève comme la plus importante des 12 proposées. L'élève (initiale P, dans l'extrait ci-dessous) précise qu'il s'agit pour elle de valeurs d'entraide et de soutien entre collègues. Elle les présente comme étant au centre du métier, mais précise que de son point de vue, elles ne s'apprennent pas. Cependant, au fil des échanges ses collègues pointent une tension entre la conception de ces éléments en termes de valeurs de métiers, et ce qui se passe réellement au sein des services, en situation, notamment dans les phases d'apprentissage.

> P : […] on n'apprend pas à/ on peut pas apprendre à quelqu'un à se forcer à aller aider une autre personne/
> I : non ça c'est sûr/
> P : si ça vient pas de soi-même/ je vois pas l'intérêt qu'on dise « *tu vois pas que telle personne est dans l'embarras, va l'aider* », pour moi c'est du bon

> sens, c'est … on devrait pas avoir à l'apprendre à un étudiant, enfin je sais pas/
> ***E2 : « on devrait pas avoir à l'apprendre … » ?***
> P : non/ après je dis pas que c'est bien ou pas bien de le faire, je dis juste que c'est/ ça fait pas partie d'un apprentissage mais d'une valeur/ donc selon moi ça s'apprend pas, c'est comme une religion, c'est comme heu … c'est quelque chose qu'on a en soi. C'est pas quelque chose qu'on peut nous apprendre/
> ***E2 : ça veut dire que vous ne l'avez jamais entendue, cette phrase ?***
> O : si, si si, mais heu … parce que quand on est étudiant, on est pris par / justement on s'occupe de l'organisation, on s'occupe de tout ça, donc on pense pas forcément à ce genre de choses/
> ***E2 : donc vous l'entendez quand même/***
> O : voilà… mais sur le moment/ mais c'est vrai que… une fois qu'on a compris comment ça marchait, et qu'on a le temps justement, qu'on a fait nos soins et qu'on a le temps, là bien sûr [on le fait]/ […]
> J : c'est pas inné pour tout le monde /

[atelier séance 3, tablette 6, S9]

La dernière intervention de J, à l'inverse de la première de P, laisse sous-entendre, que justement comme « ce n'est pas inné », il est important que les encadrantes le leur rappellent en situation.

3. Sur le pôle « soi »

3.1. Insister sur la préservation de soi…

L'acquisition du métier implique de savoir le réaliser de façon efficiente, si possible sans nuire à sa propre santé, sans fatigue ni énervement. Dans les interactions formatives, cet objectif passe par des préceptes sur l'usage de soi.

> AS (à la nouvelle) : mets des gants pour les allergies. (S3)

> IDE (à l'élève) : rapproche ton chariot, il est trop loin là. Moins tu feras de pas et mieux tu te porteras. Plus proche tu seras et mieux tu seras. (S9)

> IDE (à l'élève) : il faut que tu t'organises. Éviter les va et vient, et qui dit va et vient, dit perte de temps. (S9)

Cependant, ces principes généraux sont plus ou moins aisés à mettre en œuvre dans l'activité réelle. Les encadrants le savent, et vont jusqu'à préciser des modes opératoires qui permettent de concilier au mieux les contraintes de temps, la qualité des soins, et la préservation de la santé du soignant :

> IDE (à l'élève) : pourquoi une fois que tu as pesé ta patiente, tu l'as mise au fauteuil ? Tu n'étais pas à l'aise, tu ne pouvais pas circuler. Tu aurais dû tout bouger […]
> E : j'aurais dû me mettre plutôt derrière *(la patiente, pour l'aider à s'asseoir),* c'est ça ?
> IDE : oui, […] tu vas te faire mal au dos comme ça, il y a plus simple
> E : je pensais que c'était mieux par devant
> IDE : non c'est par derrière (S6)

3.2. … l'économie d'effort …

Les conseils de ce type ont clairement pour objectif de fournir aux nouveaux des principes d'économie d'effort, dans le double but de préserver leur propre santé, et d'être davantage disponibles pour les patients :

> *avant la réalisation d'un pansement auprès d'une patiente*
> IDE (à l'élève) : tu as prévenu ta patiente que tu allais lui faire un soin ? Elle est au lit ? Elle est comment ?
> E : elle est sur sa chaise
> IDE : moi, on m'a toujours dit qu'un pansement ça se fait au lit, et c'est mieux pour toi, sinon tu es tout courbé, et tu auras mal au dos.
>
> *après la réalisation du pansement*
> IDE (à l'élève) : j'insiste sur le fait qu'un pansement au lit ça permet de protéger ton dos. Là ton chariot était trop loin du lit, normalement tu n'as pas à marcher, mais juste à pivoter. Moi je l'aurais mis dans l'autre sens, là tu lui tournais le dos, tu ne la voyais pas. […] Il ne faut pas non plus tourner autour de ton chariot. (S6)

Cependant, lors des discussions autour de ces éléments de préservation « physique » de soi dans les ateliers, les étudiants en viennent à dire que les éléments de préservation de soi ne les concernent pas directement. Pour eux l'organisation des soins est avant tout destinée à « *être capable de finir à l'heure* », « *tout faire dans les temps* ». De leur point de vue, les éléments de préservation de soi sont surtout l'affaire des collègues qui sont depuis un certain temps dans le métier. Prenons le cas de la tablette 8, choisie par une élève pour la troisième séance :

> IDE : il faut que tu t'organises pour faire le moins de pas possible, parce qu'en fin de journée, tu vas être crevé.

[atelier séance 3, tablette 8, S9]

Celle-ci a donné lieu aux échanges suivants :

> O : […] moi c'est la phrase que je trouve un peu idiote/ faire le moins de pas possible/
> P : enfin c'est important quand même/
> J : un pas de plus, un pas de moins…
> I : on n'y pense même pas je crois /
> O : non mais je pense que eux … ça doit être … c'est quelque chose à laquelle ils pensent parce que ça fait des années que leur organisation ils la maîtrisent/ […]
> P : je pense que les objectifs d'un étudiant ne sont pas les mêmes que ceux du professionnel, nous/ comme dit F, nous ça va être de faire nos preuves/ notre travail dans un temps imparti/ de finir à l'heure/ alors que les professionnels, moi combien de fois j'ai entendu « *mais préserve-toi* »/
> ***E2 : et ça ne vous parle pas ?***
> P : non parce que pour nous, on pense pas à nous en fait je pense/ […]
> J : parce que c'est clair que moi, c'est pas le nombre de pas qui m'importe/ moi c'est plutôt de me dire que je me suis bien organisée/ genre des fois, je suis dans ma chambre, et je suis obligée de ressortir et je me dis « zut j'ai oublié ça, il faut que je ressorte ! »/
> ***E2 : donc vous faites le lien entre faire des pas et le fait de faire des allers retours/***
> J : oui voilà c'est ça/
> O : le fait qu'on fasse trop / est-ce que ça veut dire qu'il faut essayer de rentrer le minimum, le moins possible dans la chambre/
> J : de toutes façons d'un point de vue hygiène oui/ d'un point de vue gain de temps oui, d'un point de vue tranquillité du patient oui/ et pour… nous aussi accessoirement…

Cependant, par la suite, les échanges les amènent à prendre conscience qu'ils ont déjà intégré une partie des éléments de préservation de soi au fil de leur formation :

> ***E1 : donc pour vous finalement ça vous arrive rarement ou peu, je ne sais pas, jamais, de vous dire il faut que je m'économise ?***
> P : non
> J : non
> I : moi je me suis jamais posé cette question/
> J : moi c'est plus dans les mobilisations que je le pense/
> O : faut faire attention/
> P : porter/
> I : pour le dos plus tard parce que tu te dis que/ t'as déjà mal au dos/
> J : tu le sens des fois/
> O : ouais en rentrant, ouais ça tire/
> P : mais les pas heu… c'est/
> J : parce que effectivement en première année tu te fais taper sur les doigts parce que t'as oublié de monter ton lit/ mais tu penses surtout à l'évaluation/ Et c'est vrai que maintenant, en troisième année/ j'y pense même plus, je lève mon lit parce que ça me fait mal au dos
> O : mais c'est ça / c'est dans ça qu'on évolue aussi/ on a toujours un an de retard mais … on évolue […]
> P : ou je demande de l'aide pour porter le patient qui pèse 100 kilos/ moi avant j'osais pas […]

> I : sauf qu'après/en troisième année tu te rends compte que c'est obligé en fait/ on n'a plus la même vision/
> O : par contre on nous l'apprend tôt à l'école quand même, la manutention.
>
> [atelier séance 3, tablette 8, S9]

3.3. … et l'anticipation de situation de débordement

Des astuces ou stratégies sont également données directement par les encadrantes pour répondre aux questions concernant l'anticipation des soins :

> IDE (à l'élève, 15h30) : moi j'aime bien regarder les boîtes du soir maintenant [*celles qui contiennent les médicaments à distribuer en fin d'après-midi, préparées par l'IDE du matin]*, comme ça je sais déjà s'il y a bien tout. (S11)

> IDE (à l'élève) : pour faire un bon soin, il faut que tu te déroules dans la tête tout le soin, pour savoir ce dont tu as besoin. (S10)

Cette dernière IDE nous a également indiqué qu'elle utilise elle-même cette stratégie : « *un soin ça se prépare, il faut penser à tout du début à la fin. Avoir acquis un soin, l'avoir intégré, c'est pouvoir se dérouler le soin en accéléré pour savoir de quel matériel on a besoin pour le faire ; se dérouler mentalement les étapes du soin pour savoir quel matériel préparer et ne rien oublier* » ; « *quand je m'arrête et que je reviens, je regarde ce qui est déjà sorti et je sais ce qu'il manque* » (entretien, IDE, S10).

Ces éléments de préservation de soi visent à prévenir l'usure physique, les sensations de débordement ou la crainte des erreurs. Nous avons aussi relevé des indications qui portent plutôt sur une recherche de sérénité nécessaire pour réaliser des soins efficients :

> IDE (à l'élève) : toujours prendre le temps de bien s'installer, il faut prendre son temps. (S10)

> IDE (à l'élève) : je te sens stressée. […] Il faut que tu te détendes. Je sais que ce n'est pas facile. Mais c'est très important. (S8)

Ces dimensions psychiques et subjectives de la pratique, abordées ici de manière très succincte, prendront une place beaucoup plus importante dans le paragraphe suivant, centré sur le pôle « patient ».

4. Sur le pôle « patient »

La transmission d'éléments relatifs à la gestion des patients et de leur entourage recoupe celles des modalités collectives de fonctionnement dans le service (voir §2 ci-dessus), mais avec cette idée, majeure pour les encadrantes, que le patient est lui-même un acteur des soins. Il en découle d'abord un ensemble de préceptes de l'ordre du respect personnel : sinon *« ce n'est plus un patient c'est un pansement* » (propos d'une IDE à nous-même, S10, sur lequel nous reviendrons). En outre il s'agit d'amener le patient à se prendre en charge dans la mesure du possible : *« il faut stimuler le patient pour garder son autonomie* » (IDE à l'élève, S9).

En lien avec ce double objectif, les encadrantes attirent sans cesse l'attention des nouveaux sur la dimension relationnelle des rapports avec les patients, ce qui passe par des indications souvent très précises. Cela concerne par exemple l'installation du matériel et le positionnement du soignant lui-même : « *mets ton adaptable pour ne pas lui tourner le dos* » (IDE à l'élève, S11). Cela concerne aussi le repérage des moments propices à un échange : « (…) *tu sais, les patients attendent toujours le moment où tu sors de la chambre pour te parler, ils te disent toujours des choses quand tu t'apprêtes à sortir* » (IDE à l'élève, S8).

Cette dimension implique aussi de gérer avec subtilité les temps de présence ou d'absence de l'entourage familial. On s'en rend compte dans cet extrait, où c'est la femme du patient qui prend l'initiative de proposer de sortir au moment d'un soin, amenant l'encadrante à formuler un reproche implicite à l'élève :

> Femme du patient : je dois sortir ?
> IDE : oui s'il vous plait, j'attendais que l'élève le fasse (S8)

Revenant plus tard sur cet évènement, l'encadrante explicite les raisons pour lesquelles il peut être important que la famille d'un patient (ou a fortiori celle d'un voisin de chambre) quitte la pièce :

> IDE (à l'élève) : il faut dire tout de suite à la famille de sortir de la chambre. Normalement tu es seule avec le patient, c'est plus intime et pour la confidentialité aussi c'est mieux[55]. (S8)

[55] Le même problème pouvait être posé par notre propre présence, même si nous n'étions là qu'une partie du temps, que le port de la blouse blanche pouvait nous assimiler aux personnels soignants, et que notre rôle était précisé aux patients s'ils s'en inquiétaient.

4.1. Combiner technique et relationnel

Le rapport aux patients est à la fois une relation de soin, avec ses aspects techniques, et un rapport interpersonnel. Un des objectifs de la transmission est d'amener les encadrés à articuler ces deux volets. Dans l'extrait ci-dessous, c'est l'objet d'un échange entre deux AS, d'anciennetés différentes en SSR, qui ont encadré ensemble une élève lors d'un examen blanc. Les deux AS discutent des soins réalisés par l'élève, en prévision des retours qu'elles souhaitent lui faire. On voit dans l'extrait suivant que chacune d'elles met l'accent sur des dimensions différentes, la deuxième insistant justement sur la combinaison entre le soin technique et le relationnel :

> AS1 : j'avais marqué qu'elle devait mettre la serviette par terre avant d'enlever les bas, qu'elle remplisse la cuvette, et le sac poubelle qui ne doit pas être sur la chaise. […] Toi t'avais marqué « trop de directives ».
> AS2 : parce qu'elle dit « *attendez, mettez votre jambe là* ». Il y a la façon de tourner les choses, parce que là elle donne des ordres à la patiente, c'est pas bien je trouve. Elle exige quelque chose de la patiente, je préfèrerais qu'elle dise « *je vais vous demander de lever votre jambe* » et d'expliquer pourquoi, tu vois. […] C'est vrai que quand tu es stressée, t'as envie que ça se passe bien, mais il faut toujours répondre à la patiente, il faut s'adapter à elle.
> AS1 : oui c'est vrai que le fait de lui dire comme tu dis « *levez… pour faire ceci* », qu'elle lui explique ce qu'elle fait.
> AS2 : avant de le faire ! […] Et de ne pas parler, comment dire …
> AS1 : à l'impératif ?
> AS2 : à l'impératif voilà.

[atelier séance 2, extrait cas 3]

AS1 axe ainsi le débriefing sur des éléments relatifs à l'hygiène et la technique. AS2 (dont il faut noter qu'elle a 3 ans d'ancienneté dans les soins à domicile auprès de personnes âgées) met l'accent sur la dimension relationnelle à un double niveau : dans la formulation des mots en évitant de donner des ordres, en donnant des explications sur ce que l'on est en train de faire ; dans l'usage du dialogue comme aide aux soins, accompagnant et sollicitant la patiente.

Plus loin dans la même discussion, AS2 évoquera le besoin d'expliquer à l'élève une troisième fonction des échanges avec les patients : leur permettre d'indiquer si les soins se sont bien passés, dans une perspective de confort :

> AS1 : moi j'avais rien vu d'autre, je sais pas si toi y'a d'autres trucs que t'as vu ?
> AS2 : non moi c'était surtout de parler au patient, et lui demander s'il a été satisfait/
> AS1 : ah oui c'est important ça/

> AS2 : oui, « *avez-vous apprécié ce soin ?* », pas lui dire ce qui n'a pas été/
> AS1 : non mais oui/
> AS2 : tu vois mais, « *est-ce que vous êtes bien installé ?* », tu vois. (S1)

Un dernier élément important mentionné par les encadrantes à propos de cette combinaison technique-relationnel, concerne « l'accompagnement des patients » comme cela nous a été présenté en entretien par une infirmière : « *le patient aussi il est stressé parce qu'il a mal, parce qu'il a peur, parce qu'il a peur d'avoir mal, parce qu'il ne sait pas comment ça va se dérouler, combien de temps ça va durer. C'est ça aussi qu'il faut apprendre à gérer : gérer son propre stress, gérer le stress du patient, continuer à communiquer tout en faisant le pansement dans de bonnes conditions, c'est tout ça à la fois* » (entretien, IDE, S10).

4.2. Parler d'autre chose que du soin

De façon plus générale, les encadrants attirent l'attention des élèves, ou des nouveaux dans le métier, sur l'importance de la parole et de l'écoute dans les relations avec les patients, y compris pour « parler d'autre chose » que du soin. Cet aspect est abordé aussi dans la discussion entre les deux AS. AS2 évoque son propre apprentissage et son expérience des soins à domicile, et explique à sa collègue que « *dire des banalités* » c'est essentiel dans la relation avec les patients, et que cela s'apprend :

> AS2 : […] il faut qu'elle lui parle de ses enfants, de son mari, de la radio. En plus je lui dis à chaque fois. […] Ça s'apprend aussi de parler aux gens. Moi, au début je ne leur parlais pas/
> AS1 : moi non plus. Quand tu les connais pas beaucoup, tu sais pas trop/
> AS2 : non mais … dire des banalités ça s'apprend. […] Il faut toujours avoir un truc à dire.
> AS1 : en plus avec madame K c'est pas facile, c'est quelqu'un où t'as besoin d'avoir un discours/
> AS2 : oh si, tu peux parler de plein de choses ! (S1)

On retrouve cette idée dans l'exemple ci-après qui correspond à un débriefing entre une encadrante et une élève – où une AS expérimentée participe également – après la réalisation de la première tournée de soins en rhumatologie :

> IDE (à l'élève) : […] Je te sens stressée. La technique c'est très bien mais il manque le relationnel, tout ce qui est autour de ton soin […] Tu sais les patients sont souvent seuls. Donc si toute l'équipe ne leur parle pas ils vont se sentir encore plus seuls. […] Il faut que tu te détendes. […] Je sais que ce n'est pas facile. Mais c'est très important.
> AS : tu n'es pas obligée de parler du soin, il faut déclencher la parole, après ça va tout seul
> Elève : en plus ça fait partie du soin

IDE : c'est effectivement une part hyper importante. En plus dans un service comme celui-là, où les patients ont besoin qu'on les écoute. Parce que là ce que tu fais c'est un peu robotique : "*bonjour je vais vous faire votre soin*", "*je pique*", " *à tout à l'heure*". Il faut trouver un lien avec eux.

[séance 3, tablette 10, S8]

Notons que juste avant ces échanges, profitant de l'absence de l'élève (partie réaliser seule des soins), l'IDE avait abordé cet aspect avec nous, en nous donnant un exemple précis de ce qu'elle a vu quand l'élève réalisait les soins auprès des patients :

> IDE (à l'ergo) : elle veut trop faire la technique, il n'y a pas beaucoup de discours avec les patients. Par exemple tout à l'heure en 102, on dit bonjour aux deux patients en même temps quand on entre dans la chambre, mais pas, bonjour à l'un quand on va faire son soin, et bonjour à l'autre après quand on va faire le sien. (S8)

Cet apprentissage du « relationnel » est décrit par les encadrantes comme très progressif. Comme le résume ici l'une d'elles, dans les débuts, les élèves tendent à privilégier le volet technique :

> IDE (à l'ergo) : on évite qu'ils [les élèves] oublient le patient. On essaye de leur apprendre que le patient reste un patient malgré ce qu'on leur fait, parce qu'effectivement, souvent, elles sont stressées parce qu'il y a un soin à faire, donc elles se focalisent sur le soin à faire mais du coup elles ne communiquent plus avec le patient. On est toutes passées par là, « *il faut que je fasse comme-ci, pour que mon protocole soit bien carré, que je ne fasse pas de faute d'hygiène* », parce que ça terrorise les élèves de faire des fautes d'hygiène […]. Donc elles se focalisent là-dessus pour dire je vais apprendre à bien faire, mais du coup, elles sont tellement ancrées là-dessus que ce n'est plus un patient c'est un pansement. Donc on leur apprend à dépasser ce stade-là et continuer à communiquer, comme on communique nous dans une salle de soins tout en continuant à faire des choses. Quand elles préparent un antibiotique dans la salle de soins ça ne les empêche pas de nous parler, de nous poser des questions, bah il faut qu'elles apprennent à faire ça avec les patients. Mais c'est pas évident […]. Donc il faut les aider à dépasser ce stade-là, à continuer de communiquer du beau temps, de ce qui s'est passé à la télévision tout en restant vigilante à ce qu'elles sont en train de faire. Mais c'est vrai que ça s'apprend aussi, ça s'apprend. (entretien, IDE situation 10)

Les étudiants, lors des ateliers, confirment ce point. Ils trouvent difficile de combiner tout de suite les aspects techniques et relationnels des soins, et jugent important que les encadrantes les y incitent :

> I : au début, on est parasité par le soin qu'on va faire, et on laisse un peu le côté relationnel, alors que c'est quand même hyper-important / donc c'est

> important qu'on nous le rappelle. […] Sur le coup, si on est plus dans la technique, et quand on n'a pas le rationnel, c'est important que l'infirmière nous le soulève, pour qu'on le sache la prochaine fois/
>
> [atelier, séance 3]

> O : on nous le reproche au début […] la difficulté quand on est étudiant c'est qu'on connaît pas encore bien les soins […]/
> I : c'est pour ça qu'il faut acquérir une certaine dextérité dans le soin. Comme ça après, on ne se focalise plus sur le soin, on se focalise plus sur la patiente et sur l'échange […]
> O : quand on se préoccupe beaucoup moins de nos soins, ça permet de faire ce genre de choses/ des trucs bêtes mais, penser à ouvrir le volet à quelqu'un, ou fermer le volet quand il est gêné par le soleil, c'est/
> I : nous, on n'y pense pas directement, donc on nous le fait penser, et puis après on l'a en tête […]
>
> [atelier séance 2, cas 3]

Ces difficultés à combiner technique et relationnel sont particulièrement vives quand les patients ne sont pas en mesure de communiquer, comme par exemple ici des patients inconscients en réanimation :

> J : ma tutrice elle m'a déjà reproché en m'évaluant « *par contre pense à ta communication* » […]
> I : au début c'est un peu dur parce que / en réa / quand t'es obligé de parler au patient, puis que t'as pas de retour, c'est assez frustrant au début/
> J : quand je rentre dans une chambre même s'ils sont inconscients, je dis « *bonjour monsieur, bonjour madame* » / après je ne vais pas dire « *bonjour monsieur moi c'est F, je suis étudiante infirmière, je vais m'occuper de vous* », parce qu'effectivement j'aurais pas de retour, donc je me sens / enfin je le fais pas comme ça / après je devrais peut-être/ moi c'est vraiment le minimum […]
>
> [atelier séance 2, cas 3]

Dans la poursuite des échanges précédents, les élèves précisent aussi que cette progression est fortement influencée par ce qu'ils voient faire par leurs encadrantes, ou autres collègues dans le service :

> J : […] mais après c'est vrai que… je sais pas, je le fais peut-être pas parce que je le vois pas faire non plus […]
> I : moi, mon tuteur, en réanimation, à chaque fois, quand il rentrait dans la chambre, il disait le temps qu'il faisait au patient, parce que lui, en fait, il était vraiment axé sur le fait que la patiente entendait tout ce qu'on disait / et c'est vrai … c'est pas toujours facile parce qu'on a l'impression de parler dans le vide et … c'est pas facile pour tout le monde / donc c'est vrai

> qu'après il m'avait reproché ça, et il m'avait dit «*essaie* », et puis après c'était une habitude, donc je rentrais, je le faisais aussi…
>
> [atelier séance 2, cas 3]

5. Combiner progressivement une diversité de savoirs professionnels

Nous avons montré dans ce qui précède la diversité des thématiques abordées lors des interactions formatives. Soulignons que même si nous avons choisi de présenter les savoirs professionnels élaborés dans les interactions formatives en les attribuant à l'un ou l'autre pôle de l'activité, ceux-ci sont en fait le plus souvent présents en même temps. Dans certains cas ils se combinent, dans d'autres ils peuvent être en tension.

L'exemple le plus prégnant de hiérarchisation des dimensions de l'activité est celui centré sur la combinaison des aspects techniques et relationnels des soins (dont il vient d'être question dans le paragraphe précédent).

D'autres combinaisons ont également été abordées, par exemple :

- l'usage du dossier de soins – « *garder toujours le dossier de soins avec soi* » – permet tout à la fois de garder la confidentialité des informations, de contrôler le dosage et les horaires de traitements, et de répondre aux questions des patients et de leur famille ;
- l'organisation des soins – « *grouper les soins* », sans les réaliser en série – permet non seulement de respecter les horaires des traitements et d'anticiper sur la survenue d'aléas éventuels, mais aussi de respecter le confort des patients, de limiter ses propres va et vient ; et cela implique de se coordonner avec les collègues ;
- prévenir les patients : permet tout à la fois de les préparer aux soins futurs, mais aussi de s'y préparer soi-même (prendre connaissance de la position du patient pour savoir si celle-ci est convenable pour soi-même), et ceci en ayant pris connaissance de ce que les collègues (notamment les médecins) leur ont indiqué ;
- savoir faire appel aux collègues après les décès : permet de réaliser des soins que l'on ne se sent pas de réaliser seul, et d'honorer au mieux le patient et sa famille.

Pour examiner plus en détails une telle combinaison, reprenons l'extrait de la situation 6, où l'encadrante commente à l'élève le soin qu'elle l'a regardé réaliser auprès d'une patiente (extrait initialement présenté dans le pôle « soi ») :

> IDE (à l'élève) : pourquoi, une fois que tu as pesé ta patiente, tu l'as mise au fauteuil ? Tu n'étais pas à l'aise, tu ne pouvais pas circuler. Tu aurais dû tout

> bouger. Là il a fallu que tu passes ton genou. Tu aurais pu coincer sa jambe dans le plâtre. Il faut que tu organises tes soins.
> E : j'aurais dû me mettre plutôt derrière *(la patiente, pour l'aider à s'asseoir),* c'est ça ?
> IDE : oui, là il faut que tu l'aides
> E : mais elle peut le faire toute seule
> IDE : mais là elle ne peut pas reculer seule. Tu vas te faire mal au dos comme ça, il y a plus simple
> E : je pensais que c'était mieux par devant
> IDE : non c'est par derrière (S6)

Dans ce commentaire l'IDE expose en quelques brefs échanges à l'élève toute une série de savoirs professionnels : anticiper et organiser ses soins en prenant en compte les caractéristiques de l'environnement spatial et matériel (ne pas pouvoir circuler et devoir tout bouger) ; être attentif aux caractéristiques de la patiente pour adapter le soin (jambe dans le plâtre et l'aider à reculer) ; identifier ce que le soin réclame comme effort à celui qui le réalise (ne pas être à l'aise, se faire mal au dos).

De même que Cathy Toupin (2006, 2008) a mis en évidence l'importance, pour les infirmières de nuit, d'identifier progressivement les « buts d'action » spécifiques au travail de nuit au fil de leur expérience, et d'apprendre à gérer au mieux les conflits qui peuvent se présenter entre eux, on voit ici que la visée et l'objet des interactions formatives pointent à leur tour la diversité des dimensions de l'activité de travail, mais aussi leur combinaison et leur hiérarchisation. Le « savoir combiner » dont Armand Hatchuel et Benoît Weil (1992) font une composante essentielle de la construction des compétences (aux côtés du « savoir faire » et du « savoir comprendre »), occupe dans les interactions formatives une position essentielle.

CHAPITRE 7 : L'ÉLABORATION D'UNE RELATION CO-CONSTRUITE

Les interactions formatives impliquent, pour le moins, deux acteurs. Leur élaboration détermine évidemment les savoirs professionnels abordés – que nous avons analysés dans le chapitre précédent – mais elle a aussi pour objet de façonner la relation elle-même, principalement au sein de « binômes ». Cette notion de « *relation* » permet d'insister sur une dimension temporelle des interactions au-delà d'un face-à-face instantané[56].

Le déroulement de la période d'accueil et d'encadrement offre à l'un et l'autre de nombreuses occasions de donner à voir ses propres ressources et ses propres attentes, d'évaluer celles du protagoniste, de proposer plus ou moins explicitement des inflexions dans cette activité commune.

Rappelons tout d'abord que le binôme « encadrant - nouveau » n'est pas défini une fois pour toutes. Un élève donné n'aura pas d'encadrant attitré sur l'ensemble de son stage. Le binôme n'est pas non plus prévu pour durer dans le temps (aléas des plannings), et n'est pas toujours prévu à l'avance. Les nouveaux seront ainsi pris en charge par plusieurs encadrants différents durant leur période d'accueil, et chacun des encadrants aura potentiellement en charge une diversité de nouveaux.

Deux configurations se profilent concernant les interactions au sein des binômes : les protagonistes se rencontrent pour la première fois, ou se connaissent déjà. La première configuration s'explique pour deux raisons : soit le nouveau arrive pour la première fois dans le service, soit il est déjà présent mais travaille pour la première fois avec telle encadrante. Plusieurs variantes existent aussi dans le cas où les protagonistes se connaissent : ils ont travaillé ensemble récemment (la veille), ou déjà depuis quelques jours.

Il ressort de l'ensemble des situations de transmission observées la possibilité d'une approche chronologique dans le déroulement de la relation au sein du binôme, à partir du moment où les deux protagonistes se rencontrent. Nous allons donc présenter ce qui suit en commençant au moment où l'encadrante procède à une forme d'évaluation préliminaire de l'arrivant, et en terminant lorsque le binôme est appelé à se séparer, la phase de tutorat ou de doublure étant achevée.

---

[56] Aurélie Jeantet propose une distinction analogue, en termes d'échelle temporelle, entre « relation » et « interaction » dans le domaine des relations de service : « […] *la relation de service s'inscrit dans un temps plus long que la stricte interaction, bordée par les rituels d'ouverture et de fermeture. La relation de service a une histoire, se déploie au fur et à mesure d'un apprentissage mutuel, possède une durée qui lui est propre et qui a fortement à voir avec l'imprévisibilité et la singularité* […] » (Jeantet, 2003, p 194).

1. La découverte du binôme : situer le parcours de l'autre

Dans les situations où les membres du binôme n'ont jamais travaillé ensemble et ne se connaissent pas, l'établissement de la relation passe principalement par la recherche d'informations sur l'autre, avec comme objectif majeur de « *savoir à qui l'on a affaire* ». Les encadrants prennent ainsi, dès le début de la vacation, des informations concernant le statut et le parcours du nouveau qu'ils ont en charge, afin d'élaborer un premier diagnostic qui influera sur leur façon d'encadrer.

1.1. Un diagnostic initial

Pour ce qui concerne les élèves, on trouve des questions concernant leur année d'étude dans le cursus, la durée de leur stage, leur durée de présence (antérieure et à venir) dans le service, les enjeux du stage (diplôme ou MSP), la proximité éventuelle d'un examen. Dans l'ensemble des situations observées, les encadrantes attendent la fin des relèves entre équipes pour poser des questions aux élèves ; les autres membres des équipes ne profitent donc pas de ces informations. Ces éléments de contexte renforcent l'idée que ce type d'échange a bien lieu au sein de « binômes » :

> *juste après la relève avec l'équipe du matin, un jour de mai*
> IDE (à l'élève) : tu es en quelle année ?
> E : en début de 3ème année
>
> *20 minutes plus tard,*
> IDE (à l'élève) : c'est un stage de 3 semaines ?
> E : non de 4
> IDE : tu as ton DE en octobre ?
> E : non en avril
> IDE : ah tu commences ta 3ème année alors. Ça va, tu as le temps… (S11)

Dans cette situation l'élève arrive dans le service pour son premier jour de stage. En quelques questions l'encadrante cerne à la fois son niveau d'étude, la durée de son stage, et les enjeux de celui-ci en termes de proximité du diplôme. Dans sa dernière intervention l'encadrante laisse d'ailleurs entendre qu'il n'y a pas d'urgence car le diplôme est dans près d'un an.

Les questions sur le parcours de l'élève sont également très présentes dans la situation 9. Toutefois dans cette situation, l'élève (Mathieu) est présent dans le service depuis déjà 3 semaines, mais l'encadrante (Simone) ne le connaît pas, et ne l'a même jamais croisé au sein du service :

juste après la relève avec l'équipe de nuit
Simone : tu as combien de patients en charge ?
Mathieu : les 10
Simone : c'est quand ton DE ?
Mathieu : mardi prochain
Simone : je te laisse faire alors

[atelier séance 2, extrait cas 2]

La réponse de Mathieu à la première question de l'infirmière indique d'emblée qu'il est en troisième année et proche de son diplôme. En effet, « 10 » correspond au nombre de patients que les élèves, spécifiquement dans ce service (la Rhumatologie), doivent prendre en charge pour leur diplôme. D'où la seconde question de l'encadrante, qui lui permet de vérifier que l'examen est imminent : dans une semaine. Dans sa dernière intervention « *je te laisse faire* », l'encadrante confirme que c'est à l'élève de prendre en charge les patients, et souligne au passage (en ajoutant : « … *alors* ») une règle dans ce domaine.

Pour ce qui concerne les nouvelles collègues, les encadrants s'enquièrent de leur cursus de formation (sauf dans le cas d'une collègue expérimentée), du type de service précédent, et des modalités de présence, à savoir, remplacement (à court ou long terme) ou nouvelle affectation :

> AS (à la nouvelle) : t'as fait l'école ou la VAE ? (S2)
>
> AS (à la nouvelle) : t'étais dans quel service avant ? (S4)
>
> AS (à la nouvelle) : c'est toi qui remplaces B ? (S2)
>
> AS (à la nouvelle) : tu reviens quand après ? (S2)

La prise en compte du parcours antérieur n'obéit pas aux mêmes critères selon qu'il s'agit d'un élève et d'un nouveau collègue. Ce dernier est supposé avoir pu acquérir rapidement une familiarité suffisante avec la tâche. Ainsi, lors de son troisième jour de doublure, la nouvelle AS en rhumatologie (S4) est en binôme avec une encadrante différente par rapport à ses deux premiers jours. Cette dernière la rencontre pour la première fois, mais a déjà eu des informations à son sujet par l'intermédiaire des cadres infirmiers. Elle lui pose très peu de questions sur son parcours, et lui indique très tôt dans la vacation : « *comme ça fait déjà deux jours que tu es là, je ne suis pas censée t'encadrer* » (S4).

1.2. L'actualisation du diagnostic

A contrario, dans une situation où les protagonistes se connaissent déjà, et ont travaillé ensemble plusieurs fois y compris la veille, les questions sur le parcours de l'élève ne semblent plus nécessaires, une mise au point sur l'organisation du jour suffit :

> *après la relève avec l'équipe de nuit*
>
> IDE (à l'élève) : tu reprends les mêmes qu'hier, 4 c'est ça ?
> E : Oui c'est ça, 425, 426, 428 et 429 (S10)

Toutefois, les connaissances sur l'expérience acquise par l'encadré sont régulièrement enrichies et actualisées eu égard, d'une part aux périodes pendant lesquelles les deux acteurs ont pu être séparés, d'autre part aux exigences de la tâche à venir.

Cette actualisation des connaissances « sur » les nouveaux repose sur des stratégies que les encadrantes ont développées, comme nous l'a présenté l'une d'elles : « *il faut apprendre à connaître l'élève parce que des fois on arrive, c'est la première fois qu'on encadre l'élève mais elle est déjà là depuis deux semaines par exemple. Donc on se doute bien qu'elle a fait des trucs, mais c'est à nous* [encadrantes] *de vérifier, parce qu'elle est quand même sous notre responsabilité. On ne peut pas non plus la laisser faire, même si elle nous répète « j'ai déjà fait, j'ai déjà vu ». Moi, personnellement, j'aime bien aller vérifier de moi-même ce qu'elles savent faire, avant de les lâcher pour faire des petits actes toute seule : des prises de constantes, des prises de sang* » (entretien, IDE, S10).

Il est aussi utile pour l'encadrante de savoir plus précisément qui sont les autres soignants qui ont éventuellement encadré cet élève (ou ce nouveau), et comment ces binômes précédents ont fonctionné.

> *à l'occasion d'une prise de sang, après une semaine de séparation du binôme*
> IDE (à l'élève) : il t'a déjà encadré Willy ? [Infirmier]
> E : oui
> IDE : c'était bon avec lui ?
> E : oui
> IDE : tu veux que je te regarde ?
> E : je peux le faire seul ?
> IDE : ok, je te laisse (S7)

Dans cet exemple, on peut dire que la prise d'informations par l'encadrante relève bien du « diagnostic» (puisqu'il s'agit de recueillir des éléments sur le parcours antérieur de l'élève), mais que cette prise d'information est déjà « actualisée » puisque le but est d'opter pour un comportement dans une situation précise.

Des préoccupations concernant le « diagnostic » réalisé par les encadrantes à leur sujet, sont très présentes chez les étudiants. Ils soulignent en effet que, pour cette raison, il n'est pas évident pour eux de changer souvent d'encadrante :

> *Entretien avec une élève de 3ème année,*
> *après son stage de 3 semaines en chirurgie cardiaque*
>
> […] « Je changeais tout le temps d'IDE, et à chaque fois je me disais : comment elle va me voir, comment est-ce qu'elle va m'évaluer… C'est important car elles ne me connaissaient pas, donc il fallait à chaque fois que je fasse mes preuves » […].

[atelier séance 2, extrait cas 4, S11]

Face à cet extrait d'entretien en atelier, les élèves soulignent tout à la fois qu'ils doivent se faire eux-mêmes connaître – faire savoir qui ils sont – à leurs encadrantes, mais aussi, qu'il leur faut s'adapter aux différentes pratiques de celles-ci :

> J : quand tu changes d'infirmière, tu te dis toujours « *bon aujourd'hui il va falloir que j'assure parce que elle, elle sait que je peux gérer, mais elle, elle le ne sait pas* »/
> P : oui, les niveaux d'exigences/ puis pas les mêmes pratiques/
> J : il va falloir lui montrer/ gérer un rythme comme ça pendant 10 semaines, c'est super fatigant psychologiquement […]
> I : au jour le jour, quand on change à chaque fois d'infirmière, c'est comme tu dis, à chaque fois l'une va savoir les capacités qu'on a, mais l'autre, elle ne va pas savoir, et nous, il va falloir aussi qu'on fasse nos preuves, parce qu'en plus si d'un côté il y en a une qui dit « *elle sait faire* », et de l'autre côté, une autre qui dit « *elle sait pas faire* », bah … on ne sait pas sur quoi elles se basent

[atelier séance 2, extrait cas 4, S11]

Enfin, de leur côté, les nouvelles se renseignent aussi sur le parcours de leur encadrante. Celles qui ont déjà de l'expérience dans le métier sont surprises quand elles sont accueillies par des personnes elles-mêmes nouvelles, voire par des jeunes diplômées : « *j'ai été doublée par une fille du SICS et par la dernière arrivée dans le service qui était là depuis pas longtemps* [moins de 6 mois]. *J'ai trouvé ça un peu étonnant, au départ ça m'a semblé un peu… les filles les plus anciennes qui n'encadrent pas la fille la plus récente, j'ai trouvé ça*

un peu bizarre » (entretien, nouvelle IDE en chirurgie cardiaque). Les questions posées par les nouvelles, pour en savoir plus sur leurs encadrantes, ont lieu au fil des vacations ; ces questions sont quasiment absentes s'agissant des élèves.

Ces « actualisations réciproques » vont alors s'enrichir au cours des interactions comme on va le voir dans les deux paragraphes suivants.

2. Apprécier les connaissances du nouveau au fil de la relation : les initiatives des encadrantes

2.1. Tester les connaissances des nouveaux

Comme nous l'avons abordé à propos des contenus dans le chapitre précédent, les encadrants ont régulièrement souligné leur souci de vérifier tout à fois la pratique professionnelle des nouveaux, et les savoirs sur lesquels ces pratiques s'appuient.

Si le nouveau est un élève, on retrouve des questions bien précises sur les connaissances qu'il faut acquérir : « […] *il y a le geste, la technique, tout ce qui va autour, l'environnement du patient, l'hygiène et l'asepsie, et tu as toutes les questions qui vont avec. On le* [l'élève] *regarde faire, s'il prend bien les précautions, s'il fait le geste technique correctement et puis les connaissances qui vont avec : qu'est-ce que c'est, à quoi ça sert, quels sont les effets secondaires, quelle est la surveillance biologique, la surveillance du patient ?* […] » (entretien, IDE, S7).

Cette appréciation des connaissances des nouveaux au fil de la relation reposent sur des stratégies que les encadrantes ont développées : « […] *je viens voir, et une fois que j'ai vu, que je sais que c'est bien fait, qu'il n'y a pas de souci d'hygiène, pas de souci par rapport à tel ou tel acte* […] *ça me permet de voir autre chose de l'élève, on peut passer au niveau supérieur, parce que je sais déjà que certaines bases sont acquises* » (entretien, IDE, S10).

Si le nouveau est diplômé, l'appréciation de ses connaissances par l'encadrante passe moins par des tests, comme c'est le cas pour les élèves, que par le fait de leur demander directement s'ils savent faire ou non : « […] *la nouvelle diplômée elle est IDE comme toi, même si elle a pas ton expérience. C'est pas évident de lui dire « je te regarde faire ça ». Donc je lui demande ce qu'elle a fait pendant ses stages, si elle sait faire oui ou non, et si elle ne sait pas faire je l'accompagne. Une nouvelle, tu l'accompagnes pas forcément, ça dépend de ce qu'elle a déjà vu* » (entretien, IDE, S7).

Les situations observées fournissent de nombreux exemples de cette évaluation des connaissances en continu auprès des étudiants. Dans de nombreux cas, comme les deux exemples suivants, un temps essentiel d'évaluation des connaissances de l'encadré est le moment du choix, récurrent, entre « laisser faire seul », « laisser faire en surveillant », « faire ensemble », ou « faire soi-même pour montrer » :

> IDE (à l'élève) : il ne faut pas oublier de sortir la patiente. Tu l'as déjà fait ?
> E : non
> IDE : on le fera ensemble alors (S8)

> IDE (à l'élève) : les SIIPS[57] tu connais ?
> E : un peu mais pas trop
> IDE : tu as des éléments sur les soins de base, les soins techniques et relationnels. Tu les fais à chaque sortie et après tu les sors de l'ordinateur. Là [*en action sur l'ordinateur*] tu vois, je le cherche dans les patients sortis les 30 derniers jours, tu fais un clic sur chaque séjour et tu remplis […] (S11)

Ces deux exemples renvoient à des situations de transmission que l'on peut qualifier de nominales, l'encadrante a juste à vérifier et consolider si besoin les connaissances de l'élève. Dans d'autres situations, plus préoccupantes pour elle, elle découvre des lacunes imprévues chez l'élève qui l'obligent à des stratégies de récupération. Revenons ici à la situation 9, où nous rappelons que l'élève passe son examen la semaine suivante :

> *l'élève s'apprête à sortir de la salle de soins avec son chariot pour réaliser les soins*
> IDE (à l'élève) : tu n'oublies rien, là ?
> E : heu… si, les dossiers
> IDE : oui parce que tu dois vérifier s'il y a bien tout pour les prises de sang, s'il y a bien tout ce qu'il faut.
>
> *quelques minutes plus tard*
> IDE (à l'élève) : là ça ne va pas tu mets du sale sur du propre [*matériel désinfecté*]
> E : oui mais c'est parce que je n'ai pas pris l'autre chariot
> IDE : tu vois, c'est pas si mal d'avoir deux chariots. Comme ça tu en as un où il n'y a que du propre, et l'autre où tu mets le sale en bas, et les prélèvements en haut. (S9)

Un peu plus tard, en l'absence de l'élève, l'infirmière nous confie ses doutes sur les capacités de l'élève : « *ce n'est pas normal d'être en 3ème année et d'avoir des lacunes en hygiène ou sur la technique* ». En autoconfrontation elle précise : « […] *au niveau de*

[57] Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

l'organisation des soins, je vois ici qu'il partait faire ses soins sans prendre les dossiers. En tant que quelqu'un qui va passer son examen, il doit être en mesure d'assurer l'ensemble des soins du service. Je sais bien que chaque service a son propre fonctionnement mais quand même… » (autoconfrontation, IDE, S9). Contrairement à son intention affichée initialement de laisser l'élève faire seul, en lien avec les enjeux du diplôme, l'encadrante prendra elle-même en charge une partie des soins sur l'ensemble de la vacation.

Lors de la présentation d'éléments de cette situation à la deuxième séance en atelier, les étudiants ont décrit une stratégie qu'ils ont identifiée chez leurs encadrantes :

> I : […] en fait on dit ce que nous on pense de prioriser, on lui dit [à l'encadrante] est-ce que c'est la bonne organisation, et soit elle nous dit « *oui* », soit elle nous dit *« non, au niveau des priorités ça serait mieux de faire ça avant* »/
> ***E1 : et si vous ne lui demandez pas, elle ne vous dira rien ? Ça dépend ?***
> I : ils nous suivent toujours un minimum de toute façon. Ils vont nous dire « *à ce moment-là tu vas faire quoi ? »* […]
> J : sinon, elles le disent pas, et puis après, à la fin elles nous disent « *tu vois tu aurais dû faire ça comme ça* »
> O : ah oui ça/
> I : oui c'est pour voir nos erreurs aussi, comme ça on ne recommence pas/
>
> [atelier séance 2, cas 2]

Il est fréquent aussi que la vérification des connaissances ait une visée moins immédiatement opérationnelle, le but étant plutôt d'équiper l'encadrée en connaissances nouvelles (pour elle), éventuellement spécifiques au service, ou de consolider des savoirs qu'elle a pu oublier. L'objectif est alors de lui permettre de faire face de mieux en mieux aux situations à venir :

> IDE (à l'élève) : par exemple les commandes de médicaments tu l'as déjà fait ?
> E : non
> IDE : bah voilà, quand tu as besoin de médicaments, tu regardes, tu appelles. Alors d'abord t'as un premier cas pour te dépanner, et un deuxième cas pour les commandes. Normalement c'est fait la nuit, et on les a le lendemain. Et tout se fait sur informatique. (S8)

Ce souci de tester les connaissances, même pour un usage non immédiat, relève aussi, si l'encadrée est une élève, d'un souci de l'aider à préparer son examen, notamment lui suggérer de combler certaines lacunes. Dans nos observations, comme par exemple dans les deux cas suivants, il était difficile de dissocier cet enjeu « scolaire » d'une part, et l'objectif de former la future professionnelle d'autre part :

> IDE (à l'élève) : tu sais à quoi sert un ballon de contre-pulsion et ce qu'est l'endartériectomie ?
> E : _[58]
> IDE : c'est un nettoyage de l'intérieur
> E : non je ne sais pas
> IDE : c'est pas bien. C'est pour avoir un maximum de sang
> E : donc c'est placé pendant le bloc ?
> IDE : non ça peut être avant. C'est aussi en rapport avec la CEC [*circulation extra corporelle*], si c'est bouché ils enlèvent l'intérieur de l'artère (S10)

Dans l'exemple qui suit l'encadrante va à la fois vérifier si l'élève connaît une technique d'analyse (pour les connaissances générales de l'élève), et lui conseiller d'assister si possible, dans le futur, à une telle opération. L'élève en tire de son côté des conséquences sur les soins à effectuer prochainement :

> IDE : tu as déjà vu un myélogramme ?
> E : non
> IDE : c'est un soin à voir. Si tu entends ça un jour il faut que tu ailles voir. (S8)

2.2. Organiser des « exercices » et des débriefings

Une variante, que nous avons observée à plusieurs reprises, consiste à organiser à l'avance la réalisation d'un soin par l'encadré, sous le regard de l'encadrant, à l'abri des contraintes normales du service : « *il vaut mieux qu'elles apprennent à faire bien plutôt que vite, donc on est obligé de prendre le temps de leur expliquer, de prendre le temps de le faire avec elles* […] *dès qu'une situation se prête à ce que les élèves fassent des gestes, des pansements, des gestes d'ablation d'électrodes, de redons etc., le mieux c'est quand même que ce soit eux qui le fassent, et qu'ils soient encadrés pour ça* » (entretient, IDE, S10)

Ces « exercices » se mettent en place à l'initiative des encadrantes quand elles précisent aux élèves de « se préparer » pour un soin particulier. Elles insistent sur ce temps consacré aux préparatifs :

> IDE (à l'élève) : tu te prépares pour la perfusion et les électrodes
>
> *15 minutes plus tard*
> IDE (à l'élève) : tu prépares pour la perfusion. Tu t'organises, je reviens (S10)

[58] L'élève ne répond pas

> IDE (à l'élève) : t'as préparé ce qu'il faut [*pour le pansement*] ?
> E : non
> […]
> IDE (à l'élève) : tout ça, ça se regarde avant de préparer ton chariot. Ça te donne des informations pour le préparer. Tu passes ton spray, tu regardes les protocoles, tu prépares et tu m'appelles. (S6)

Les encadrantes peuvent également assigner à l'élève un objectif en termes de durée, même si celle-ci est nettement supérieure à celle dont il disposera ensuite dans la pratique professionnelle :

> IDE (à l'élève) : on va faire un truc, je ne te dis rien sauf si tu fais une grosse erreur. On va se fixer un objectif. Tu as vingt minutes maximum pour faire ton pansement, en sachant que normalement t'as trois minutes. (S6)

Les « exercices » s'accompagnent souvent de la mise en place par les encadrantes de débriefings, plus ou moins improvisés, à la fin d'un soin ou en fin de vacation. Si l'on reprend par exemple la suite de la situation 6, ci-avant, l'encadrante après avoir regardé l'élève réaliser le pansement lui fait ce commentaire, dans lequel elle récapitule, point après point, les modes opératoires inadéquats (même si elle juge que le pansement lui-même est bien fait) :

> *une vingtaine de minutes après le pansement*
> IDE (à l'élève) : faire un pansement à midi c'est trop tard, ça aurait dû être à 11h00.
> Ton champ stérile était à l'envers, tu as inversé tes pinces, bleu à droite et blanc à gauche
> E : pourquoi ?
> IDE : tu as une pince pour le pansement dans ta main qui fait le soin, et tu ne changes pas.
> Il ne faut pas non plus tourner autour de ton chariot.
> Après, quand tu as fini ton soin, tu dois sortir avec ton sac poubelle fermé.
> J'insiste aussi sur le fait qu'un pansement au lit ça permet de protéger ton dos. Là ton chariot était trop loin du lit, normalement tu n'as pas à marcher, mais juste à pivoter. Moi je l'aurais mis dans l'autre sens. Là tu lui tournais le dos tu ne la [patiente] voyais pas.
> Sinon le pansement était bien.
> E : c'est que des détails
> IDE : non ce n'est pas des détails. Tu vois, par exemple, je ne sais pas si tu avais consciemment regardé si la fenêtre était fermée [*pour limiter la circulation de l'air, donc de microbes dans la pièce, quand la plaie est découverte*]. Il faut que tu fasses attention à ce que tu appelles des détails, ce n'en n'est pas. (S6)

L'IDE signale des éléments qu'elle juge importants à comprendre, mais les protagonistes ne sont pas d'accord sur cette importance. Pour l'en convaincre, l'IDE insiste auprès de l'élève sur des éléments « autour des soins », au-delà de l'aspect purement technique sur lequel il est resté centré.

Un autre volet important de ces débriefings vise pour l'encadrante à bien apprécier les acquis et les difficultés, tels qu'ils sont ressentis par l'encadré :

Entre les deux périodes de réalisation des soins

Céline : comment tu te sens avec 10 patients ?
Amandine : j'ai des difficultés. Avec l'entrée, pour tout organiser…
Céline : t'as jamais eu d'entrée depuis que tu es là ?
Amandine : si, mais je n'ai jamais fait moi-même
Céline : comme tu vas faire toute la semaine d'après-midi, t'auras l'occasion d'en faire beaucoup. En plus l'entrée d'aujourd'hui n'est pas une entrée classique, comme c'est une patiente qui revient dans le service.
Amandine : et toi comment tu le vois [là où j'en suis] ?
Céline : je te sens stressée. La technique c'est très bien mais il manque le relationnel, tout ce qui est autour de ton soin.

[atelier séance 3, extrait tablette 5, S8] et [atelier séance 3, extrait tablette 9, S8]

Dans cette situation, le débriefing permet à l'encadrante de faire verbaliser l'élève sur ses difficultés, d'en repérer des déterminants (nouveauté de la situation pour l'élève), de la rassurer en anticipant sur la suite de son stage (« *t'auras l'occasion d'en faire beaucoup* ») et, en réponse à une question de l'élève, de la rappeler à l'ordre sur des éléments qu'elle a identifiés comme posant problème.

3. Donner à voir ses connaissances au fil de la relation : les initiatives de l'encadré

Les nouveaux, d'eux-mêmes, s'efforcent de donner à voir leurs lacunes. Il s'agit soit simplement de dire qu'on ne sait pas, soit que l'on n'est pas sûr d'avoir bien fait ou d'être capable de faire, soit encore de solliciter directement les encadrantes pour qu'elles expliquent. Celles-ci, d'ailleurs, attendent ce comportement « questionneur » : « *il y a des choses qui sont évidentes pour moi, que je ne vais pas penser à dire parce que moi je les connais* » (entretien, AS, S1).

> Elève : …j'ai fait une entrée hier, mais le dossier des sorties j'en ai jamais fait (S 10)

> Elève : je ne sais jamais ce qu'il faut dire, est-ce qu'il faut aller dans les détails de tous les antécédents ? (S8)

> IDE (à l'élève) : t'en es où ?
> Elève : je pense que c'est fini
> […]
> IDE : tu te prépares pour la perfusion et les électrodes
> Elève : je ne sais pas trop (S10)

Une autre façon d'agir consiste à réaliser une tâche mais insister auprès de l'encadrante pour qu'elle contrôle le résultat :

> IDE (à l'élève) : tu fais l'entrée c'est bien
> Elève : il faut que tu vérifies (S10)

Mais cet effort pour donner à voir l'état de ses connaissances ne se limite pas aux défaillances ou aux incertitudes. Dans certains cas l'encadré précise au contraire des aspects qu'il pense maîtriser – même si l'encadrante ne renonce pas pour autant à sa fonction de contrôle :

> AS (à la nouvelle) : Tiens, je te montre pour les draps
> N : Tu sais, je sors d'un service, je sais un peu
> AS : Oui mais quand même – les draps ne sont pas forcément pliés comme ça (S2)

L'encadré va parfois au-delà. Certaines situations lui donnent l'occasion de se présenter, non comme un demandeur, mais comme un pourvoyeur de connaissances, qu'il a acquises ailleurs. Dans l'exemple suivant, il s'agit de la fixation de couches d'un nouveau modèle :

> Nouvelle AS : c'est dans l'autre sens
> Ancienne AS : tu connais ça ?
> Nouvelle AS: oui
> Ancienne AS : c'est nouveau pour nous, la dernière fois on a cherché longtemps. Alors là comment je fais ?
> Nouvelle AS : il faut que tu scratches de ton côté
> Ancienne AS : ah d'accord, et là je scratche aussi
> Nouvelle AS : oui voilà (S2)

Plus hardie encore, l'élève dans l'exemple suivant va jusqu'à rectifier une erreur qu'elle détecte dans une communication entre l'infirmière qui l'encadre et l'aide-soignante, à propos de la date à laquelle retirer un pansement :

> IDE (à l'AS) : je te laisse enlever les iobans
> Elève : normalement on enlève à J5. Vous êtes à J3 là non ? Un ioban j'enlève pourtant à J5…
> IDE : …mais tu as raison ! Ils se sont trompés dans la concordance de J+, J5 c'est samedi. (S10)

4. La gestion conjointe de leur positionnement mutuel

A mesure que la période de transmission s'écoule, l'objet des interactions n'est plus seulement la réalisation concrète des soins, ou – comme on vient de le voir – l'appréciation des connaissances et de leur évolution, mais les modalités de la transmission elle-même.

Dans certains cas, l'encadrante rappelle le rôle qu'elle va elle-même tenir, par rapport à ce que lui propose l'élève :

> Elève : je vais faire les bilans
> IDE : vas-y, de toute façon il faut que je vérifie après
>
> *Plus tard sur la vacation*
> Elève : je fais dextro et je donne les médocs ?
> IDE : attends il faut que je regarde (S10)

A l'opposé, dans d'autres cas, l'encadrante avise l'élève du rôle qu'il doit lui-même jouer :

Élève : elle en est où la perf ? IDE : moi je sais, mais c'est à toi de savoir !

[atelier séance 3, tablette 3, S9]

Lors des échanges à propos de cette tablette en atelier, les étudiants ne sont pas d'accord entre eux sur l'interprétation de l'intervention de l'encadrante : tout va dépendre du ton avec lequel cela est dit. Alors que certains n'apprécient pas que l'encadrante ne réponde pas à la question de l'élève, à l'inverse, les autres estiment qu'il est important que l'encadrante rappelle que c'est à eux de connaître les informations sur les soins. Voici un extrait de leurs échanges :

> O : moi, je trouvais que c'était bien dans la formulation, j'aime bien cette manière de dire les choses, c'est-à-dire que « *c'est à toi de savoir* »/
> P : tu trouves ça bénéfique une réponse comme ça ?
> J : moi ça m'énerve/ « *moi je sais, mais j'te l'dirai pas* »/
> O : non non, pas sur ce ton-là /
> P : parce que si tu poses une question c'est que t'as besoin d'une réponse/

> I : moi je l'avais plus pris comme/ elle le laisse chercher, c'est à lui de chercher/
> O : oui voilà, plutôt ça. Moi ce que j'aimais bien, c'est quand on m'avait dit ça, et je devais retourner dans la chambre pour voir la perf. Sur le coup je rigolais parce que je me disais « *ah c'est vrai que j'ai oublié de regarder, c'est dommage pour moi, il faut que j'y retourne* ». Et puis bon bah… je le fais une fois, et demain je m'en rappellerai, ça m'évitera de retourner dans la chambre. Mais par contre c'était sur le ton… enfin, c'était avec le sourire qu'elle me disait ça…

[atelier séance 3]

Dans d'autres cas encore, il s'agit de recadrer autant que nécessaire le rôle respectif de chacun, en s'inspirant des situations vécues :

> IDE : quand tu as une entrée, tu finis ton soin mais ta priorité c'est l'entrée. Aujourd'hui ce n'était pas à moi de le faire (S8)

Dans cet exemple, précisons que l'encadrée est une élève de 3^{e} année, qui va bientôt passer son diplôme. Celle-ci est alors censée prendre en charge l'ensemble des soins du secteur géographique du service. C'est ce qui était convenu entre l'une et l'autre, et l'encadrante y insiste, à la fois pour rappeler un principe essentiel d'organisation, la « priorité à l'entrée », et pour faire comprendre qu'au stade de formation où en est l'élève ce type de principe devrait être acquis – a fortiori dans la perspective de l'examen, très proche.

Ce type d'impulsion, pour inciter l'encadré à se montrer autonome, s'est retrouvé à plusieurs reprises dans nos observations :

> AS (à la nouvelle) : Je ne suis pas censée t'encadrer … comme ça fait déjà 2 jours que tu es là (S4)

> E : j'y vais…, tu viens avec moi ?
> IDE : c'est comme tu veux, mais tu peux le faire seule.

[atelier séance 3, tablette 11, S8]

C'est une préoccupation importante pour l'encadrante, ce qu'elle confirme par un commentaire à notre intention : « *elle pose beaucoup trop de questions. Elle devrait savoir y répondre toute seule. Elle compte beaucoup trop sur moi. Ce n'est pas* « *est-ce qu'il faut que je fasse ça », mais ce devrait être « j'y vais »* ». (S8)

Lors des ateliers, les étudiants se sont arrêtés très longuement sur cette tablette 11. Ils ont insisté sur l'importance pour eux d'entendre les encadrantes leur dire qu'ils peuvent réaliser les soins seuls, car cela les aide à prendre confiance en eux :

> P : les trois petits points, je pense que ça sous-entend un ton un peu hésitant […] Pour moi ça témoignait d'une confiance […] elle juge qu'elle lui a assez transmis pour qu'elle puisse faire seule. C'est important je trouve, de sentir être capable de pouvoir le faire seule […]
> O : puis ça nous met face à nos responsabilités / si là on fait une erreur, on est tout seul/ enfin tout seul, il y a l'infirmière qui est pas très loin, mais elle sera pas là pour nous dire tout de suite « *attention au dosage* » ou « *attention t'as pas fait bien les choses* »/
> I : mais c'est aussi à mettre dans le contexte. Là, c'est une élève de 3ème année/ donc elle est obligée aussi de prendre ses responsabilités, parce qu'elle sait que dans peu de temps elle sera diplômée et là elle sera vraiment toute seule. Donc c'est aussi lui mettre/
> O : c'est pas lui mettre une pression mais/
> I : si tu pars sur le ton, que c'était le ton hésitant/ du coup c'est un peu la booster, et lui dire « *mais t'es capable de le faire seule*, *donc vas-y, fais-le* » […]
> O : c'est un peu ce qu'on veut entendre dans tout stage/
> P : c'est le dernier p'tit plus qui va nous faire faire le soin dans sa globalité […] le faire en disant « *bah si, vas-y, tu peux le faire* » c'est différent/ le fait de se dire que là, « *si t'as encore besoin de moi, je suis là* », ça sous-entend ça/
> O : c'est quelque chose qui nous fait avancer je pense
>
> [atelier séance 3]

Une autre variante encore de cet ajustement dans leur relation consiste à se mettre d'accord par avance sur une inflexion à apporter. Nous l'avons vu avec l'élève-infirmière de 3e année dans l'exemple ci-avant, extrait de la situation 8. Nous le retrouvons ici avec deux aides-soignantes :

> Ancienne AS : demain pour voir les choses je te laisse faire, d'accord ?
> Nouvelle AS : d'accord (S2)

Par ailleurs, les élèves nous ont fait part d'une de leurs stratégies qui consiste à montrer à leurs encadrantes, de façon ostensible, qu'ils éprouvent de l'intérêt pour ce qu'ils font. Cela a été abordé lors de la présentation de l'extrait suivant :

> *Entretien avec une élève de 3ème année,*
> *après son stage de 3 semaines en chirurgie cardiaque*
>
> Je posais beaucoup de questions mais je crois que c'est ça aussi à un moment donné… ça fatigue les IDE. Mais ce qui est paradoxal c'est qu'à un autre moment on m'a reproché de ne pas en poser assez. En fait pour

> moi ça dépendait des jours, et je posais plus de questions avec certaines qu'avec d'autres. Mais du coup, celles à qui je n'en posais pas me l'ont reproché.

[atelier séance 2, extrait cas 4]

Voici leurs commentaires en atelier :

> P : moi je sais que ça m'est déjà arrivé de poser des questions sur des trucs que je savais mais pour implicitement montrer mon intérêt/
> O : voilà /
> I : voilà oui/
> P : parce qu'il y en a, si tu poses pas de questions, elles se disent « *elle s'intéresse à rien* » /
> O : et lui montrer qu'on sait oui c'est ça/
> P : non, sans montrer qu'on sait pas/ mais poser des questions alors que je sais la réponse […] parce qu'il y a des professionnels qui nous disent « *elle pose pas de question* »/
> I : « *elle s'intéresse pas* »

[atelier séance 2]

5. Derniers préparatifs (pour l'élève), une projection dans l'avenir

Quand s'approche la fin de la période officielle « de transmission », l'un et l'autre des membres du binôme se préoccupent des derniers réglages. Quand l'encadré est un élève[59], il s'agit souvent de peaufiner la préparation de son examen :

> Elève AS : là qu'est-ce que je dois dire, est-ce que j'argumente à heures fixes pour que le patient aille aux WC ?
> AS : argumente que tu fais les soins à la demande et pas à heures fixes. Quels soins tu as à faire ?
> EAS : j'ai deux soins à faire : mise aux toilettes et une petite toilette ; et un soin de confort. Est-ce que c'est utile de dire que son mari est aussi présent dans le service ?
> AS : pas dans la présentation mais dans ta démarche de soins. Ce qu'il faut c'est surtout que tu n'attendes pas que l'expérimentateur te pose des questions (S1)

[59] Dans nos observations nous n'avons pas recueilli d'éléments particuliers sur les derniers jours « de transmission » dans le cas d'un accueil de nouveau collègue – notamment parce que dans ce cas la date de fin est souvent peu identifiée, la « doublure » étant souvent raccourcie, voire jamais mise en œuvre comme telle.

De façon intéressante, parler de l'examen peut fournir l'occasion de ré-aborder des éléments de l'activité quotidienne de soins, à partir de ses ressemblances et dissemblances avec la situation scolaire. Ici, l'IDE fait un va-et-vient entre la contrainte de temps pour présenter les patients lors de l'examen, et celles qui prévalent lors des relèves entre équipes successives :

> Elève : je ne sais jamais ce qu'il faut dire [*pour présenter les patients, lors de l'examen*]
> IDE : la présentation doit être synthétique, tu détailles à la fois la planif, et les soins. Il me semble que tu as 30 minutes pour tout dire. Parce que si tu détailles tout, tu dépasses les 30 minutes. Par exemple, nos transmissions orales ne durent pas plus de 15-20 minutes, on cible juste les problèmes du jour. En 30 minutes tu n'as pas le temps de tout faire. Et de toute façon, si ça ne leur paraît pas clair, ils te poseront des questions.
> Elève : mais c'est quoi le plus important alors ?
> IDE : c'est tous les risques, les antécédents, tous les soins, tous les traitements. Comment tu faisais dans tes autres MSP ?
> Elève : justement je faisais tout
> IDE : et en temps ?
> Elève : je dépassais
> IDE : de toute façon, une fois que tu l'as présenté en détails pour un patient c'est pareil pour tous les autres (S8).

Cela devient aussi l'occasion de parler de l'après examen, lors de l'arrivée dans un service en tant que professionnelle :

> IDE (à l'élève) : […] après tu as les résultats dans les 15 jours qui suivent. Après, c'est l'arrivée dans un service. Tu as une pression différente, mais une pression quand même. Du coup, ce sont les collègues qui t'expliquent. Durant les premiers jours il faut retenir le plus d'infos possible, par contre pour les soins il n'y a plus personne. Mais tu es quand même encadrée dans les tout premiers jours. La mise en route est un peu difficile, il faut réussir à prendre ses marques, à s'adapter à une nouvelle équipe, et après, tu as des étudiants à encadrer. Et puis c'est vrai qu'avec 3,5 ans d'années d'études, forcément tu n'as pas pu voir tous les soins. Dans ce cas-là il faut savoir dire que tu ne l'as jamais fait. (S8)

L'infirmière informe ainsi l'élève que son apprentissage n'est pas fini, même avec l'obtention du diplôme, et précise également que la transmission, elle aussi, va se poursuivre à l'arrivée dans un service : il est alors important que l'élève/la nouvelle demeure proactive, et « donne à voir », « *sache dire* », ce qu'elle sait (faire) ou non.

CHAPITRE 8 : L'ÉLABORATION DE COMPROMIS : INTÉGRER LA TRANSMISSION DANS L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL

Nous avons analysé, dans les chapitres précédents, les objectifs que les soignants assignent à la transmission (Chapitre 5), et les modalités choisies, en termes de contenus (Chapitre 6) et d'interrelations dans le binôme (Chapitre 7). Mais comme nous l'avons rappelé à plusieurs reprises la transmission ne constitue pas une activité isolée. Les temps de « pure » transmission sont rares – de même d'ailleurs que les périodes où l'on considérerait qu'aucune transmission, d'aucune sorte, ne s'effectue. Le « travail de transmission » et le « travail de soins » sont associés, entremêlés, et surtout, pris ensemble dans le même faisceau de contraintes : l'organisation de l'hôpital, les règles de l'activité hospitalière, les moyens du service, les informations disponibles, les objectifs de fonctionnement, de performance, de qualité des soins, le caractère peu prévisible d'une partie des activités, la pression des urgences.

L'accueil d'un nouveau pourra fournir une ressource si celui-ci est, ou devient rapidement, assez autonome. Cependant, il constitue au départ une charge supplémentaire, eu égard aux tâches de soins qu'il faut aussi réaliser. Les encadrants, en entretien, mettent souvent l'accent sur les tensions, et les arbitrages nécessaires, entre les différentes dimensions temporelles, celles de l'encadrement et celles des soins. « *Encadrer ça prend du temps, et ça demande une bonne organisation* », « *bien encadrer, c'est bien s'organiser, c'est-à-dire prévoir du temps* » (entretien, IDE, S6) ; « […] *il faut qu'elles apprennent, donc on est obligé de prendre le temps de leur expliquer, de prendre le temps de le faire avec elles, et du coup, c'est pas de leur faute, mais… nous ça nous retarde souvent dans le reste de notre activité* » (entretien, IDE, S10).

Ces tensions sont à la fois gérées dans l'immédiat, et appréhendées d'avance : « [encadrer] *ça nous arrête dans ce que l'on est en train de faire, on sait que dans la demi-heure qui vient on va avoir dix choses à faire, et elles [les élèves], elles vont nous arrêter pour nous poser des questions. On ne peut pas non plus ne pas leur répondre, donc ça va nous retarder, et ainsi de suite* » (entretien, IDE, S7). Soulignons ici le « ainsi de suite ». Le temps que l'on accepte de consacrer à une interaction formative est imputé sur les marges de temps pour la suite de l'activité, ce qui pourra rendre les arbitrages suivants entre travail et transmission encore plus tendus.

De leur côté, les étudiants mentionnent fréquemment les situations où ils n'ont pu être encadrés, du fait par exemple d'un manque d'effectif dans le service :

> I : c'était mon premier stage en gériatrie, donc je faisais les toilettes le matin, et en fait on s'est retrouvé en manque d'effectif. Du coup, on m'a dit « *bah toi tu prends toute une aile et puis tu fais le plus de toilettes possible* ». […]
> O : quand il y a un manque d'effectif c'est vrai que là on n'est plus/ dans des périodes comme ça on n'est plus encadré, il faut/c'est sur des journées/
> P : on fait partie du service/
> O : là, il faut aider quoi/
> I : on est limite infirmier/

[atelier séance 1]

Dans ce contexte il est important de s'intéresser aux formes concrètes de régulation de ce faisceau de contraintes, pour voir à quelles conditions la qualité de la transmission peut ou non, être préservée. Nous examinerons dans ce chapitre en quoi les exigences de l'activité de soins peuvent amener à laisser l'objectif de transmission à l'arrière-plan (§1) ; puis nous verrons comment, dans certains cas, les aléas de la vie du service offrent des « occasions de transmettre », que les soignants s'efforcent de mettre à profit (§2). Enfin nous présenterons, toujours à partir de quelques exemples, les formes d'implication des équipes ou collectifs de travail dans cette délicate régulation de contraintes (§3).

1. La transmission mise entre parenthèses

De façon générale, la pression temporelle dans le travail, éventuellement accrue par la nécessité d'assurer la transmission, est à l'origine de nombreux propos brefs des encadrants, adressés à la nouvelle, ou à la cantonade en sa présence, et qui activent la représentation d'une situation de débordement :

> IDE (à l'élève) : ah zut je n'ai pas pris les constantes en 427, avec toutes les allées et venues. (S10)

> AS (à la nouvelle) : je n'aime pas courir à gauche à droite comme ça. Ça me fatigue. (S3)

> IDE (à l'élève) : il faut qu'on avance un peu, parce que là sinon ça ne va pas le faire. (S6)

> IDE (à l'élève) : à 08h00 tout le monde va avoir son petit déjeuner, donc pour les calci c'est dommage…bon on y va, on y va

[atelier séance 2, extrait cas 2, S9]

Parfois ces propos sont accompagnés d'une stratégie pour faire face aux contraintes temporelles et garder la maîtrise de ce que l'on fait :

> *En salle de soins, pendant l'écriture dans les dossiers de soins des patients. Il est question de la patiente 24[60], pour laquelle il est prévu que ce soit l'élève qui réalise les soins sous le regard de l'encadrante en fin de vacation*
> Elève : on déperf, et après : ablation des électrodes ?
> IDE : attends, attends, faisons par ordre : j'ai fait 21, j'en suis à 22. Fais ton entrée [*patient 23*] (S10)

Sous la pression du temps, deux formes de mise à l'écart de la transmission s'observent principalement : le refus ou l'impossibilité de répondre à une question de l'élève, et la substitution de l'encadrante à l'encadré pour une tâche que ce dernier devait essayer de prendre en charge seul.

1.1. Esquives et interruptions

Dans un premier exemple l'encadrante choisit de privilégier les soins, et précise à l'élève qu'elle n'a pas le temps de lui expliquer en quoi consiste un examen : pour elle, il est urgent de commencer les soins auprès des patients, expliquer prendrait du temps :

> *pendant la préparation des premiers soins de la vacation du matin, à la lecture des dossiers de soins*
> Mathieu : c'est quoi ECBU recherche de cylindres ?
> Simone : je ne sais pas, on va faire un examen global. A cette heure-ci, on n'a pas le temps de se poser de question.

[atelier séance 3, tablette 1]

En affirmant « je ne sais pas », l'encadrante signifie qu'elle ne voit pas clairement pourquoi il faudrait réaliser spécifiquement cet examen (comme l'indique la suite de cet échange que nous ne reprenons pas ici). Mais l'essentiel ici pour elle est d'abréger l'échange lui-même, voire d'insister sur son caractère intempestif, compte tenu de l'heure déjà avancée. Lors des discussions autour de cette tablette, les étudiants précisent qu'ils entendent souvent ce type de propos, mais ils ne semblent pas comprendre pourquoi on ne leur donne pas tout de suite de réponse, même s'ils pointent d'eux-mêmes des enjeux temporels :

> O : moi j'ai pris cette situation parce que c'est le genre de choses qu'on m'a déjà dites. Je trouve qu'il y a tout un tas d'explications à donner dans ce genre de situation. Là, c'est pas une réponse je trouve, l'exprimer de cette manière-là, c'est pas du tout adapté, ça veut rien dire pour moi « on n'a pas le temps de se poser des questions ». Mais après, c'est vrai que… des fois on est contraint par le temps, et trouver les réponses tout de suite… peut-être pas. […]

[60] Il s'agit du numéro de chambre, en l'occurrence une chambre individuelle.

> J : surtout qu'on nous apprend à pas faire les choses bêtement en fait/ quand on a un truc à faire, normalement on doit savoir pourquoi on le fait /
> O : ouais voilà, au contraire c'est très très important/ et d'avoir quelqu'un qui répond ça comme ça, moi je trouve ça aberrant.
>
> [atelier séance 3]

De leur côté, les nouvelles (non élèves) ont des stratégies centrées sur le fait de choisir le bon moment pour poser des questions, ou demander de l'aide à une collègue : « *quand j'ai besoin d'avoir des précisions sur un truc je vais le demander à une collègue. IDE ou AS ça dépend de ce que je cherche, de qui est là, et de qui est disponible. Mais quand j'ai une question surtout, c'est moi qui me rends disponible pour être en même temps qu'elle. Si elle est occupée, je fais en sorte de faire quelque chose en l'attendant, mais je ne vais pas la déranger. C'est toujours moi qui me rends disponible, comme ça, ça la soulage aussi de ne pas savoir que j'attends. Comme ça elle n'a pas à se presser, ou alors je vais juste la voir pour la prévenir en lui disant qu'avant ça, j'ai quelque chose à faire, pour ne pas la presser. Comme ça on discute ensemble du moment le mieux où on sera toutes les deux dispo. Des fois aussi, elle me donne la réponse tout de suite, et c'est fini, la question ne se pose plus* » (entretien, nouvelle IDE, situation 6)

Dans un second exemple, l'encadrante se trouve sollicitée de manière imprévue par le fils d'un patient qui voudrait faire préparer les médicaments de son père, avant son départ pour quelques jours. Ce patient est connu comme exigeant (comme « non patient[61] »), l'infirmière se met immédiatement à cette tâche de préparation. Cela interrompt alors ses échanges avec l'élève. Elle se trouve en outre interrompue par un nouvel interne qui vient lui parler d'un autre cas. L'élève pose une brève question pour comprendre ce qui se passe, et n'obtient pas de réponse directe. Percevant qu'elle est de trop, l'élève propose alors d'aller relever une tension artérielle dans une autre chambre, ce que l'infirmière accepte aussitôt. Cet arbitrage, plus ou moins consensuel, a deux conséquences : l'élève n'a pas assisté à la gestion par l'infirmière d'une situation tendue ; et celle-ci devra ensuite rassembler ses esprits pour renouer avec la tâche de transmission. Voici l'extrait de la situation :

> *pendant la préparation des médicaments du patient en question*
> IDE (à haute voix) : il faut préparer les médicaments pour 3 jours. On ne fait que ça… Alors on a ce soir, demain matin, demain soir et après il revient mercredi ou jeudi matin… ?
> Elève : c'est un retour ?
> IDE : c'est toujours comme ça avec lui… Bon il va nous falloir 5 enveloppes.

[61] Jeu de mot réalisé par l'infirmière à notre intention

> Interne (à l'infirmière) : ce n'est pas la peine d'amener le patient à l'examen, parce que j'ai retrouvé ses examens.
> Elève : je vais prendre la tension en 406 ?
> IDE : si tu veux.
>
> *après le départ de l'élève, le téléphone sonne*
> IDE : ah non ! [l'IDE ne répond pas]
>
> *après avoir donné les médicaments au patient, l'IDE revient en salle de soins*
> IDE (à haute voix) : du coup je ne sais plus où on en est. Qu'est-ce qu'elle m'a dit déjà ? Ah oui… qu'elle allait en 406.
>
> *l'IDE rejoint alors l'élève dans cette chambre, et la regarde réaliser les soins (S11)*

1.2. Substitution et co-action

Dans certains cas, l'encadrante interrompt la transmission en prenant en charge elle-même une partie des soins pour répondre à une situation qu'elle juge urgente. Dans la situation 8, alors que tout au long de la vacation l'encadrante a laissé l'élève réaliser les soins à son rythme – le binôme a d'ailleurs passé la quasi-totalité de la vacation ensemble, soit 93% du temps – à un moment donné, l'encadrante prend en charge des soins que l'élève aurait dû réaliser, mais que celle-ci a omis, ou différés à tort du point de vue de l'IDE. C'est dans ce contexte que l'infirmière a été amenée à insister sur le principe déjà évoqué : *« la priorité, c'est l'entrée ».* En l'occurrence, il y avait a priori des marges de manœuvre suffisantes pour que l'encadrante laisse largement l'élève agir seule, mais cette dernière, accaparée par un soin en cours, n'a pas réagi à l'arrivée d'une nouvelle patiente dans le service (et d'ailleurs, dans la même chambre). Au bout d'un moment l'encadrante a considéré que la prise en charge de la patiente entrante ne pouvait plus attendre et l'a assurée elle-même. Lors d'un débriefing entre elles, elle ré-aborde cet évènement en faisant la remarque suivante :

> IDE (à l'élève) : quand tu as une entrée, tu finis ton soin, mais ta priorité c'est l'entrée. Aujourd'hui ce n'était pas à moi de le faire. La priorité c'était d'installer ton entrée avec la sape et la seringue (S8).

Dans d'autres situations, en contraste avec la précédente, comme ci-après la situation 9, qui comporte pourtant des caractéristiques similaires avec elle (même secteur géographique en rhumatologie, élève de 3ème année proche du diplôme), l'encadrante peut être amenée à remettre en cause ce qu'elle avait initialement prévu en termes de transmission.

Reprenons les évènements de cette situation 9. En début de vacation, l'IDE apprend que l'élève est proche du diplôme, et lui affirme « *je te laisse faire alors* ». Cependant, au cours de

la vacation, on constate un décalage entre les objectifs posés par l'encadrante : « *laisser l'élève faire seul et ne pas imposer sa propre organisation, pour que l'élève arrive à trouver la sienne* »[62], et ce qui se passe en situation. Contrairement à la situation précédente (S8) où l'activité de transmission se déroule en continu (à l'exception d'un seul moment relaté précédemment), l'encadrante réalise ici elle-même des soins en parallèle à ceux réalisés par l'élève, et cela tout au long de la vacation, et sans concertation directe avec lui. Le binôme n'aura d'ailleurs passé que 44% du temps ensemble dans les mêmes lieux. Nous allons présenter plusieurs extraits de leurs échanges, par ailleurs très hachés, au cours de la vacation[63] :

06h45, après la préparation des soins
Simone : comment tu t'organises ?
Mathieu : je vais commencer par un tour de prises de sang
Simone : et les tensions ?
Mathieu : je les ferai après
Simone : je vais les faire. Fais tes prises de sang

[atelier séance 2, extrait cas 2, S9]

On voit ici que le binôme – ou en tout cas, l'élève – jugerait profitable, en termes de transmission, que l'élève puisse effectuer, non seulement les prises de sang, mais aussi les relevés des constantes. Pour des raisons de délais l'infirmière juge que ce n'est pas tenable, et décide de prendre elle-même en charge les relevés. Un peu plus tard, et pour les mêmes raisons, elle fera elle-même une partie des injections, avec ce commentaire (à notre intention) : « *il y a des injections à heure précise, seules celles de Skenan peuvent être décalées. Mais il faut faire les deux en même temps* ».

Les échanges, très brefs, se poursuivent au hasard des déplacements de chacun :

07h53
Simone : bon là je vais donner les médicaments en 102, parce que là tu vois, dans 10 minutes, ils servent les petits déjeuners

08h04
Mathieu : ils ont eu leurs médicaments en 102 ?
Simone : il y a des dextro à faire, donc non je n'ai pas donné les médicaments

[62] Ce commentaire de l'encadrante, à notre égard en situation, a fait l'objet de la tablette n° 4
[63] Les extraits de la situation 9, présentés ici ont fait l'objet du cas 2 présenté en atelier, mais aussi de plusieurs tablettes déjà mentionnées.

08h15, chambre 102, l'élève est seul
Mathieu au patient : vous avez eu votre Skénan ?
Le Patient : bah heu… je ne sais pas, je compte sur vous pour vous en rappeler à ma place

08h17
Mathieu : tu lui as donné le Skénan ?
Simone : oui j'ai tout fait en Skénan. Tu vas faire 109 d'abord, je vais en 110 ça sonne
Mathieu : je veux voir 104
Simone : non

[atelier séance 2, extrait cas 2, S9]

Dans le dernier échange on voit que l'encadrante contraint l'élève à réaliser d'autres tâches que celles qu'il propose lui-même. Au terme de cette vacation, l'élève se déclarera à la fois frustré de n'avoir pu faire certains soins, et concrètement embarrassé faute de savoir précisément quels soins l'encadrante aura réalisés ; il aura même été amené à interroger un patient à ce sujet (avant-dernier échange).

Lors des ateliers, les étudiants interprètent cette situation comme un conflit d'organisation entre ce que propose l'élève et ce que souhaite l'encadrante. Ils précisent que ces situations sont courantes :

P : ils ne respectent pas une organisation, c'est « moi je vais là », « ah bon tu y es allé »/
I : il y a un manque de communication entre eux/ elle lui dit juste qu'elle va là, mais en fait elle lui dit pas qu'elle allait donner le Skenan, elle n'a pas dit qu'elle avait fait le tour, donc lui, s'il l'avait pas su/
P : puis au niveau de l'autonomie c'est pas génial non plus. Il est censé prendre ses 10 patients […]
I : et en fait elle fait à sa place

[atelier séance 2, extrait cas 2, S9]

Les élèves sont centrés sur leur propre encadrement et ne semblent pas conscients des enjeux temporels que les encadrantes de leur côté souhaiteraient pourtant leur inculquer :

O : c'est un truc qu'on retrouve toujours en service, le fait qu'on commence à dire « *je vais faire comme ça , comme ça* », et elle dit « *non attends, je vais te faire ça, et toi tu vas faire* »/ parce que finalement on est un peu obligé de partager les tâches/

[atelier séance 2, extrait cas 2, S9]

De plus, les reprises en main ponctuelles des encadrantes sont interprétées par les étudiants comme tenant au fait que d'une façon générale les soignants auraient du mal à déléguer :

> P : ça m'arrive aussi de prendre un peu de retard dans une chambre, et voir l'infirmière qui s'empresse de faire les soins alors qu'on n'est pas non plus à 5 minutes près […] pour pointer le fait qu'on est en retard/
> J : il y a aussi des infirmières, à mon avis, ça les rassure de faire, elles ont besoin de/
> P : elle, je pense que c'est ça, Simone, elle a besoin d'être active aussi et de participer/ Ils ont du mal à déléguer aussi parfois
>
> [atelier séance 2, extrait cas 2, S9]

2. Des opportunités en situation

A priori, toute activité de soins, réalisée par un membre du binôme en présence de l'autre, ou réalisée en commun, ou encore commentée après coup, est l'occasion d'interactions formatives. C'est spécialement le cas quand l'encadré effectue une action que l'encadrant juge erronée, imparfaite, ou mal adaptée, d'où des interventions correctrices que nous avons eu l'occasion d'aborder dans les chapitres qui précèdent. Mais il arrive aussi qu'une situation particulière, imprévue, éventuellement problématique, soit « exploitée » par l'un ou l'autre – ou les deux conjointement – pour échanger des réflexions et en tirer des enseignements.

Le côté imprévu d'une situation peut, dans certains cas, être dû à l'évolution de l'état d'un patient, comme cet exemple :

> IDE (à l'élève) : Je vais en 422 parce que le patient a enlevé son pansement, et j'ai appris par hasard que ça saignait. Je cherche de l'anticoagulant (S10)

En quelques mots, l'élève « apprend » ici : qu'un incident est survenu, en raison du comportement imprudent d'un patient ; que l'infirmière l'a su « par hasard » (donc que les circuits normaux d'information en pareil cas ne sont pas toujours efficaces) ; que celle-ci ne sait pas immédiatement où trouver le produit nécessaire pour intervenir (donc que le manque de renseignements en ce domaine ne facilite pas la réactivité) ; et que le tout doit être géré sans marge d'action, car cet extrait a été recueilli au même moment que l'expression de manque de temps par l'encadrante (« *dans 20 minutes je dois rentrer en 424 pour ses médocs du midi… c'est super !* »), ce qui témoigne d'un conflit immédiat entre butées temporelles. On pourrait considérer que ce type de situation ne crée pas les conditions d'une transmission

sereine des savoirs professionnels ; on peut néanmoins admettre que l'élève se confronte ainsi aux réalités du service, et aux arbitrages qu'elle aura prochainement à élaborer elle-même dans sa vie professionnelle.

Dans d'autres cas, certains soins peuvent demander du temps et isoler l'encadrante. Par exemple, dans la situation 10, l'encadrante intervient auprès d'un transplanté cardiaque, et reste dans cette chambre sassée[64] pour des soins qui prennent du temps. Elle s'y rend seule, en laissant l'élève intervenir, seule également, auprès d'autres patients. Elle y aura passé au total environ 1h10, en 3 fois, sur l'ensemble de la vacation. Durant ces périodes l'infirmière fait appel à l'élève à plusieurs reprises pour lui demander de lui apporter, via le sas, divers matériels. Elle lui demande aussi d'aller à sa place administrer une prémédication à un autre patient. De cette situation on peut tirer un bilan mitigé en termes de transmission. D'un côté, les règles d'hygiène et la charge de travail auront privé l'élève de la possibilité d'apprendre les soins spécifiques du service prodigués au patient transplanté. D'un autre côté, son aide aura été précieuse pour l'encadrante, et l'élève aura pu à cette occasion réaliser quelques soins par elle-même. L'encadrante jugera que finalement, dans cette situation contrainte, l'élève aura plutôt gagné en autonomie.

Dans d'autres cas encore, c'est le patient lui-même qui est à l'origine d'une interaction formative. La patiente dans l'extrait ci-après s'inquiète de prendre une douche avec son pansement au thorax. L'élève la prévient qu'il va lui être retiré et lui donne des indications pour permettre une bonne cicatrisation par la suite. Cependant, après avoir donné ces indications à la patiente, l'élève rejoint aussitôt son encadrante en salle de soins, pour avoir confirmation auprès de celle-ci du mode opératoire qu'elle doit suivre :

> *dans la chambre d'une patiente*
> Elève (à la Patiente) : on va peut-être pouvoir prendre une douche aujourd'hui ?
> Patiente (à l'élève) : on peut avec le pansement ?
> Elève : on va pouvoir l'enlever. Il me semble qu'ils laissent à l'air après. Mais il ne faut pas de bain pendant au moins un mois et demi, sinon ça peut ramollir la cicatrice. Il faut aussi protéger du soleil.
>
> *l'élève rejoint l'IDE dans la salle se soins*
> Elève (à l'IDE) : comment je fais avec le pansement pour la douche ?
> IDE (à l'élève) : tu regardes l'état de sa cicatrice et tu lui expliques surtout de ne pas frotter. (S10)

[64] Le protocole de soins implique de porter des vêtements particuliers, et de limiter les entrées et sorties.

Indépendamment des questions posées par un patient, sa pathologie ou les soins prodigués donnent matière à des commentaires, surtout quand le nouveau découvre un élément de technique médicale qu'il connaît mal. Reprenons un exemple que nous avons déjà cité, où le binôme s'apprête à entrer dans la chambre d'un patient qui a subi une analyse intrusive (myélogramme). L'encadrante saisi cette occasion pour à la fois conseiller à l'élève d'assister dans le futur à une telle opération, et lui apporter des explications sur cette technique. L'élève en tire de son côté des conséquences sur les soins à effectuer prochainement, ce que l'encadrante confirme et précise :

> IDE (à l'élève) : tu as déjà vu un myélogramme ?
> E : non
> IDE : c'est un soin à voir. Si tu entends ça un jour il faut que tu ailles voir. On en fait assez souvent ici. En fait on recherche des lymphomes. Donc on anesthésie localement, puis on prélève de la moelle osseuse au niveau du sternum. Le plus impressionnant c'est le bruit de l'os qui craque.
> E : donc il a un pansement
> IDE : oui, donc tu regardes et demain on l'enlève. Mais avant il faut attendre les résultats. (S8)

La vie du service peut aussi offrir l'occasion de reprendre une question laissée en suspens. Dans la situation 10, une aide-soignante était sur le point de servir un petit déjeuner à une patiente, à la demande de celle-ci. Sachant que la patiente devait subir une coronographie dans la journée (après d'autres examens le matin même), l'élève-infirmière, présente, est intervenue : *« elle a encore coro*[65] *donc normalement elle ne doit pas manger »*. Là aussi, elle est allée poser la question, d'abord à l'externe, qui n'avait pas la réponse. Elle a prévu alors de poser la question à son encadrante, mais celle-ci n'était pas à côté d'elle à cet instant. Prise ensuite par des tâches administratives, l'élève a failli oublier, mais une nouvelle « opportunité » a réactivé sa question : l'aide-soignante a signalé, en sa présence, un incident de perfusion pour cette même patiente. Voici l'ensemble de ces échanges :

> Elève IDE (à l'AS) : elle a encore coro donc normalement elle ne doit pas manger […]
>
> *30 minutes plus tard…*
> AS : il y a une perf qui a sauté en 27
> Elève IDE (à l'IDE) : c'est ça que je voulais te dire, est-ce qu'elle peut manger ?
> IDE : demande au médecin […]
>
> Elève IDE (à l'interne) : 427 a une coro à 14h30 est-ce qu'elle doit rester à jeun ?
> Interne : oui (S10)

[65] Coronarographie : imagerie médicale pour visualiser les artères coronaires.

Dans d'autres cas, les échanges de connaissances et de réflexions dans le binôme (ici, une aide-soignante ancienne et une nouvelle) sont suscités, non par la situation d'un patient, mais par la « rencontre » d'un type de matériel. Toutes deux se sont rendues dans la réserve pour que la nouvelle connaisse mieux les modes de rangement. L'échange[66] commence quand cette visite les amène en face d'une étagère portant les bracelets utilisés dans ce service pour les mettre aux personnes âgées qui se perdent ou fuguent, ou aux décédés :

> Ancienne AS : tiens là tu as les brosses, prends-en une ; et là c'est les bracelets pour les décès
> Nouvelle AS : ah vous avez ça vous ?
> Ancienne AS : oui pourquoi ?
> Nouvelle AS : nous on a les pancartes orange
> Ancienne AS : mais on les met aussi pour les personnes âgées qui déambulent
> Nouvelle AS : vous bouchez quoi ici ? Moi je fais anus mais la bouche j'arrive pas
> Ancienne AS : moi j'appelle une collègue
> Nouvelle AS : vous le faites tout le temps, ou ça dépend des filles ?
> Ancienne AS: on appelle des collègues de B ou C [*autres secteurs géographiques du service]* surtout s'il y en a une qui l'a déjà fait. Le problème si tu ne bouches pas c'est pour la famille après. Le plus souvent je n'ai pas le cœur à le faire… (S2)

La confrontation à un objet matériel amène ainsi l'ancienne et la nouvelle à aborder un sujet difficile, à propos d'une tâche qui relève bien de leur métier, mais qui est une des plus pénibles à leurs yeux, au point que l'une comme l'autre avouent ne pas en être tout à fait capables.

Dans un dernier exemple, déjà évoqué mais que nous reprenons ici, alors que le binôme (le même que précédemment) est en train de réaliser le change d'une patiente en collaboration, la nouvelle AS interpelle sa collègue sur l'usage des fixations d'une couche ; il s'agit d'un nouveau modèle de couche dans le service de rhumatologie, mais que la nouvelle utilisait dans son service précédent :

> Nouvelle AS : c'est dans l'autre sens
> Ancienne AS: tu connais ça ?
> Nouvelle : oui
> Ancienne AS : c'est nouveau pour nous, la dernière fois on a cherché longtemps. Alors là comment je fais ?
> Nouvelle : il faut que tu scratches de ton côté
> AS : ah d'accord, et là je scratche aussi
> Nouvelle : oui voilà (S2)

[66] Echange que nous avons en partie évoqué à propos des contenus relevant du pôle « autres », au chapitre 6.

En lien avec ce dernier exemple, nous avons pu recueillir de nombreux propos de soignants qui précisent que de manière générale, la présence d'un nouveau dans le service est une source de nouvelles connaissances pour eux, et dans certains cas ils peuvent répondre à des urgences inattendues au sein du service. Voici les propos recueillis lors d'une autoconfrontation : « *c'est vrai que quand on a des collègues qui viennent d'un autre service, quand on a un patient qui justement pose un problème qu'on n'a pas l'habitude de rencontrer, ça nous permet nous déjà d'acquérir de nouvelles connaissances, mais en plus d'en apporter aux élèves.* […] *notre collègue Isa vient de gastro donc c'est pratique, ça aide parce que les patients viennent chez nous pour être opérés du cœur mais ils peuvent avoir d'autres pathologies, une poche de colostomie, quelque chose qu'on n'a pas l'habitude forcément de gérer, ni la taille des poches, ni comment ça se met, comment ça se nettoie. Et quelqu'un qui vient justement d'un service comme là gastro, un service spécifique où on s'occupe de ce genre de pathologie tous les jours, eh bien forcément c'est quelqu'un qui sait comment on nettoie, comment on fait, et qui nous apporte justement une connaissance supplémentaire sur quelque chose qu'on n'avait pas forcément vu, ni fait. Donc c'est très pratique*. » (autoconfrontation, IDE, S10)

3. Au-delà du binôme

Nous indiquions, dès la présentation de notre problématique de recherche, et par référence à la littérature scientifique sur ce sujet, que les interactions formatives sont loin de se limiter à deux acteurs : l'encadrant et l'encadré. S'agissant de l'activité d'un service hospitalier, en particulier, l'implication d'autres personnes[67] a de multiples causes : l'instabilité dans la composition du binôme, le besoin pour les encadrants de s'épargner des tâches afin de dégager du temps, la sollicitation de professionnels d'autres métiers sur certains sujets, voire l'appel à des « pairs » de l'encadrant quand se pose une question délicate ; ou simplement, la mobilité des soignants entre services.

3.1. Travailler avec d'autres

Un premier constat est que la vie du service implique, pour une élève-infirmière par exemple, de nouer des liens réguliers avec les aides-soignantes. A l'occasion de ces liens, des savoirs professionnels peuvent circuler. A commencer par des éléments simples concernant les horaires convenables pour certaines tâches :

[67] Auxquelles s'ajouterait le patient, comme on l'a montré à diverses reprises

> Elève IDE (à l'AS) : j'ai mis la dame de 429 au lavabo, vous y être allées ?
> AS : non là ce n'est pas possible, on n'a distribué aucun petit déjeuner à 09h00 du matin...c'est bien, ils mangeront à midi ! *(i.e. : si les toilettes réalisées à 9h les empêchent de prendre leur petit déjeuner à ce moment-là)*…(S10)

Ce côtoiement entre élèves-infirmiers et AS amène aussi ces derniers à planifier et prendre en charge une situation de transmission :

> AS (à l'élève) : tu veux faire une toilette ?
> Elève IDE : oui
> AS : tu as fait qui hier ?
> Elève IDE : monsieur « x »
> AS : il faut que tu changes (S9)

3.2. Echanges en collectif, apprentissage mutuel

Dans d'autres cas les protagonistes sont tous en présence les uns des autres, et un propos de l'un d'eux, adressé à un autre, va aussi bénéficier à un troisième (au moins). Dans l'exemple suivant, se croisent dans une chambre, outre un binôme composé d'une AS ancienne et d'une nouvelle, une élève-infirmière et des agents hospitaliers. L'élève pose une question à l'AS ancienne à propos de la préparation du produit utilisé pour désinfecter les chambres après le départ d'un patient. Cela va provoquer des échanges entre tous, et un agent hospitalier apportera la connaissance la plus importante :

> Elève IDE (à l'ancienne AS) : je n'ai pas mis le produit, je ne connais pas la dilution
> Ancienne AS : un sachet pour 8 litres
> Elève IDE (à l'ancienne AS) : je ne sais pas où c'est
> Ancienne AS : je le ferai tout à l'heure
> Elève IDE (à la Nouvelle AS) : les toilettes aussi ?
> Nouvelle AS : oui on fait tout
> Elève IDE : ah, je ne savais pas
> ASH : il faut faire une dilution
> Elève IDE (à l'ASH) : comment on fait une dilution ?
> ASH : on ajoute de la Javel
> Ancienne AS (à l'ASH) : tu mets de la Javel ?
> ASH : tu ne sais pas ça ?
> Ancienne AS : je croyais que vous ne mettiez que du produit
> ASH : non non, on met de la Javel (S4)

On retrouve cette idée, que la présence d'un élève suscite des échanges de connaissances, dans l'exemple suivant, où le binôme « de base » est cette fois …un trinôme, composé de deux AS (une ancienne et une nouvelle) et d'une élève AS. Au début, l'AS ancienne teste l'élève, notamment dans la perspective de son examen qui a lieu le lendemain. Au passage, la nouvelle AS avoue une lacune dans ses propres connaissances. Pour préciser les choses l'AS

ancienne s'adresse ensuite à l'infirmière. Celle-ci improvise alors une rapide formation collective, qui aborde plusieurs points au-delà de la question posée, et qui va donner à toutes, l'occasion de se montrer moins ignorantes qu'elles ne le croyaient elles-mêmes :

> Ancienne AS : c'est quoi une phlébite ?
> Elève AS : une infection des vaisseaux ou des artères
> Ancienne AS : une infection ?
> Nouvelle AS : il ne faut pas me demander…
> Ancienne AS : c'est pas une infection c'est un caillot de sang
> Elève AS : ah oui c'est un caillot de sang qui bouche les artères
> Nouvelle AS : c'est une embolie ça.
> Ancienne AS : non une embolie c'est quand ça monte, là c'est au niveau des membres
> Ancienne AS (à l'IDE) : c'est quoi une phlébite ?
> IDE : c'est en fait un caillot qui se forme dans une veine et qui migre
> Ancienne AS : d'accord
> IDE : après il suffit que ça migre jusqu'au cœur et puis…
> Nouvelle AS : jusqu'à l'artère pulmonaire, d'où l'embolie pulmonaire
> IDE : le caillot s'est formé pour une raison indéfinie
> Elève AS : c'est comme une thrombose ?
> IDE : oui c'est ça c'est une thrombose. Donc après t'as plusieurs facteurs favorisant, donc l'alitement en est un, donc faut surveiller tout le temps les signes de phlébite, et au moindre doute les médecins font un écho doppler
> Elève AS : c'est pour ça que les patients ont souvent des anticoagulants ?
> IDE : voilà, c'est pour ça quand ils sont alités on leur donne du Lovenox, c'est un anticoagulant, quand ils sont sous plâtre on leur donne des anticoagulants aussi dû à l'immobilisation, donc il y a un risque de formation d'un caillot et donc/
> Elève AS : c'est en prévention, alors
> IDE : c'est en prévention, voilà (S1)

3.3. L'encadrement d'un élève comme occasion de mutualisation des pratiques entre anciens

Nous allons rester sur cette situation (S1) pour conclure ce chapitre, car elle apporte un autre exemple, significatif à notre avis d'une mutualisation de pratiques réflexives « entre anciens » (ou en tout cas, entre deux collègues non élèves), à l'occasion d'une tâche d'encadrement. L'élève AS dont on vient de parler a pu passer un examen blanc, organisé par ses collègues avant son examen diplômant. Rappelons que dans cette situation, les deux autres collègues AS ont accepté de prendre un nombre de patients plus important en charge, en vue de permettre au binôme d'encadrantes d'avoir du temps pour encadrer l'élève. Après l'avoir regardée réaliser des soins, les deux encadrantes préparent ensemble, à l'écart de l'équipe, les remarques à formuler à l'élève lors du débriefing qu'elles ont prévu de faire avec elle ensuite. Dans ce qui suit, AS désigne l'aide-soignante ancienne, et N la nouvelle, qui a elle aussi contribué à l'encadrement. L'échange, comme nous l'avons déjà vu (Chapitre 6 § 4), est centré sur les relations qu'il faudrait établir avec les patients :

AS : […] toi t'avais marqué *[sur un papier dont elles s'étaient munies] :* « trop de directives »
N : parce qu'elle dit « *attendez, mettez votre jambe là* ». Il y a la façon de tourner les choses, parce que là, elle donne des ordres à la patiente, ce n'est pas bien je trouve. Elle exige quelque que chose de la patiente. Je préfèrerais qu'elle dise : « *je vais vous demander de lever votre jambe* », et d'expliquer pourquoi, tu vois,
AS : mm
N : « *…pour qu'on puisse aider l'autre pied* », tu vois ; pas « *posez votre pied* », il faut pas qu'elle lui parle comme ça même si elle *[l'élève]* n'est pas méchante.
AS : non non ce n'est pas dit méchamment, mais…
N : mais moi, ça m'avait été reproché ! […]
AS : oui , c'est vrai que le fait de lui dire comme tu dis : « *levez… pour faire ceci* », qu'elle lui explique ce qu'elle fait/
N : *[il faut qu'elle explique]* avant de le faire ! Pas, « *levez votre jambe* » et le faire en même temps. Et de ne pas parler, comment dire …
AS : à l'impératif ?
N : à l'impératif voilà
[…]

[atelier séance 2, cas 3, S1]

Ancienne AS : j'ai marqué : parler avec le patient
Nouvelle AS : oui, il faut qu'elle lui parle de ses enfants, de son mari, de RTL. […]
Ancienne AS : en fait, quand elle est toute seule dans la chambre, ça va/
Nouvelle AS : mais je pense que ça s'apprend aussi, de parler aux gens
Ancienne AS : mm
Nouvelle AS : moi au début aux gens je ne leur parlais pas/
Ancienne AS : moi non plus. Quand tu les connais pas beaucoup tu sais pas trop/
Nouvelle AS : non mais… dire des banalités ça s'apprend, parce que ce n'est pas facile non plus. Il faut toujours avoir un truc à dire
Ancienne AS : en plus avec madame K c'est pas facile, c'est quelqu'un où t'as besoin d'avoir un discours
Nouvelle AS : oh si, tu peux parler de plein de choses ! (S1)

Dans ces deux extraits il est question de la dimension relationnelle au patient. Il est intéressant de noter que c'est la nouvelle qui l'introduit. Elle explique que « dire des banalités », c'est essentiel et que cela s'apprend ; cela fait partie du métier d'aide-soignant. Elle évoque ici son propre apprentissage et l'expérience qu'elle s'est construite auparavant (rappelons qu'elle a travaillé chez des personnes âgées à domicile).

Ce qui est intéressant dans l'ensemble de ces échanges, c'est qu'à l'occasion d'un encadrement d'élève, elles en viennent à débattre des pratiques professionnelles, des règles de métier, voire d'une éthique de métier. Et c'est la nouvelle qui transmet à l'ancienne, et par là-même l'informe de sa représentation du métier. Les hésitations de l'ancienne montrent d'ailleurs qu'elle ne se sent pas dans une posture confortable. Dans l'ensemble de ses

interventions, la nouvelle évoque tout à la fois comment parler au patient, dans quelle posture, en quels termes, mais aussi à quels moments du soin (avant, pendant, après). Elle pose clairement l'articulation entre le « cure » et le « care » : parler au patient fait partie intégrante du soin. L'encadrement d'une élève devient une occasion, presque une excuse, pour échanger entre elles sur leurs pratiques.

CHAPITRE 9 : LES INTERACTIONS FORMATIVES EN ACTION : LEURS CONDITIONS ET LEURS EFFETS

Nous avons présenté dans les chapitres précédents différentes composantes des interactions formatives de manière séparée : les objectifs assignés par les soignants à la tâche d'accueil et d'encadrement de nouveaux, face à la « dicrétionnarité » de celle-ci (Chapitre 5), l'élaboration des contenus et leur combinaison nécessaire en situation (Chapitre 6), la co-construction de la relation au sein de binômes (Chapitre 7) et enfin, l'élaboration de compromis permettant de concilier au mieux les activités de transmission et de production – en l'occurrence de soins (Chapitre 8). Nous souhaitons à présent réaliser une lecture articulée et dynamique de ces composantes afin de mieux repérer les déterminants qui les influencent et d'en apprécier les effets sur les protagonistes. Nous verrons à cette occasion qu'il n'est pas aisé d'apprécier la qualité ou la réussite de la transmission car d'une part, il s'agit davantage d'une configuration de déterminants que de facteurs isolés et d'autre part, beaucoup d'effets sont d'ordre métafonctionnel et différés dans le temps.

Nous allons pour cela tout d'abord réexaminer, à titre d'exemple comparatif, les situations 8 et 9 que nous avons observées en rhumatologie, et dont il a été question à diverses reprises dans les chapitres précédents. Ces situations vont cette fois être présentées dans leur déroulement temporel afin de voir « en action » les différentes caractéristiques des interactions formatives. Au terme de leur comparaison nous aborderons la question de l'interprétation délicate des effets en termes de transmission.

Nous nous réfèrerons ensuite à la reconstitution du déroulement du stage d'une élève infirmière en 3ème année au sein de la chirurgie cardiaque, réalisée lors d'un entretien d'autoconfrontation. Cette illustration d'un parcours cumulant des situations « difficiles » nous permettra d'aborder la question des effets en termes de situations à risques pour les patients.

Nous présenterons aussi l'appréciation d'une situation de transmission évoquée par un élève infirmier lors des ateliers. Nous verrons que cette situation plutôt favorable en termes de soins, est pourtant très mal vécue par l'étudiant. Nous aborderons par cette situation la question des malentendus possibles à propos de la transmission en fonction des points de vue des protagonistes.

Au terme de ce chapitre nous reprendrons cet ensemble de résultats pour proposer une lecture transversale des effets des interactions formatives.

1. Comparaison de deux vacations « voisines »

Nous comparons ici deux situations d'encadrement d'élèves-infirmiers par deux infirmières différentes dans une même unité de rhumatologie. Plusieurs éléments justifient d'effectuer cette comparaison :

- les situations observées se sont déroulées sur deux jours consécutifs (une vacation d'après-midi et celle du lendemain matin) et les patients sont identiques ;

- les deux élèves ont le même « statut » : élèves infirmiers en fin de cursus de formation initiale (fin de 3ème année), ils commencent leur troisième semaine au sein du service et passent leur examen pratique pour leur diplôme la semaine suivante. C'est pour tous deux le premier jour où ils sont censés prendre en charge seuls l'ensemble des patients du secteur géographique : 10 patients (effectifs qui seront les mêmes pour leur examen) ;

- ce qui diffère en revanche, c'est l'ancienneté de l'encadrante, et plusieurs éléments de contexte que nous allons préciser.

Rappelons que le service de Rhumatologie est composé de 3 secteurs géographiques avec chacun 10 patients, pour un effectif d'1 IDE et d'1 AS par vacation horaire pour chaque secteur.

La situation que l'on nommera « A » correspond à une vacation d'après-midi. L'encadrante est une infirmière qui a 3 ans d'ancienneté dans le service. L'élève et l'infirmière ont déjà travaillé ensemble sur plusieurs jours consécutifs les semaines précédentes, et savent qu'elles travailleront de nouveau ensemble le lendemain après-midi.

La situation « B » se déroule sur la vacation du lendemain matin. L'encadrante est une infirmière qui a 20 ans d'ancienneté dans le service. L'élève et l'infirmière n'ont pas travaillé ensemble, ils ne se sont pas même croisés au sein du service. Il n'est pas prévu qu'ils retravaillent ensemble. L'élève a déjà eu, de manière discontinue, plusieurs autres encadrantes différentes depuis le début de son stage. De son côté, l'encadrante découvre le matin même qu'elle doit encadrer l'élève, et sera en charge d'un second élève au cours de la vacation (cet élève était non attendu par le service).

On voit d'emblée que les contextes d'encadrement sont différents dans ces deux situations, indépendamment des personnes engagées dans la transmission. Ces différences se retrouvent dans les grandes caractéristiques de leur déroulement.

Dans la situation « A », le binôme élève-encadrante passe la quasi-totalité de la vacation ensemble (93% de la période observée). Ce temps est commun et partagé dans différents lieux du service, comme on peut le voir sur la figure 15 ci-après, représentant les lieux où se trouve chacun des protagonistes, heure par heure[68].

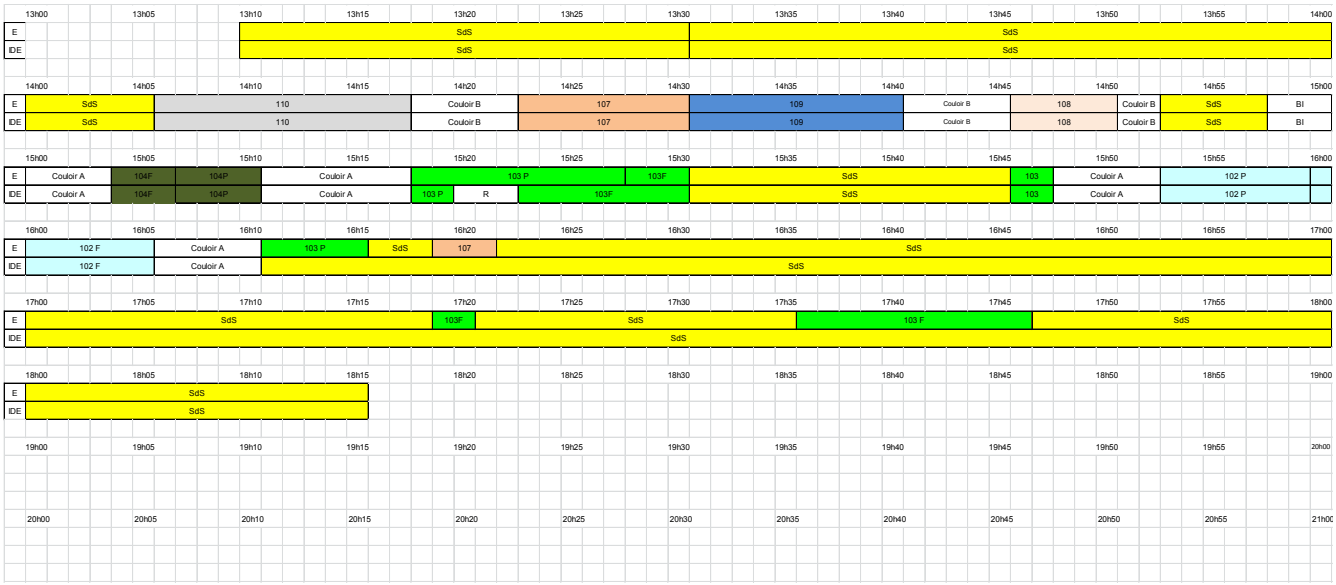


Figure 15 : Représentation graphique de la situation 8

Dans la situation B (figure 16, page suivante), les contraintes temporelles sont multiples et plus serrées, comme cela est souvent le cas en vacation du matin. La coaction est de règle. Les deux protagonistes changent plus souvent de lieu au gré des tâches prioritaires du moment. Ils n'auront passé que 44% du temps ensemble. Précisons même qu'ils sont parfois en coaction dans les mêmes lieux.

[68] Chambres de patients (signalées par leur numéro), sale de soins (SdS), réserve (R).

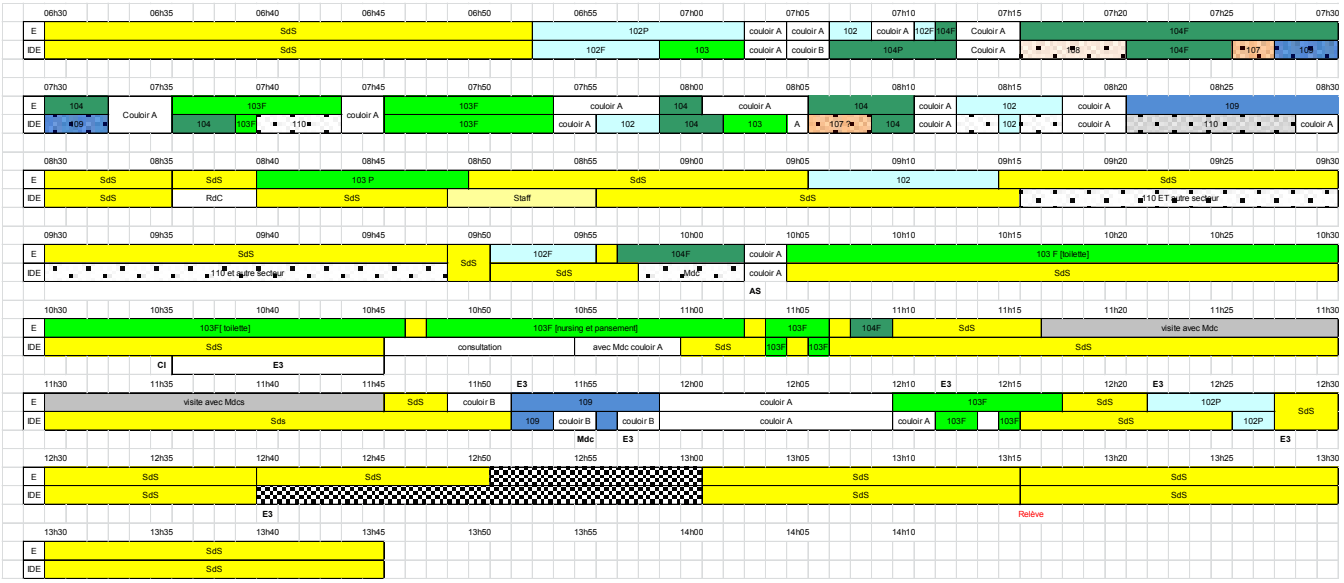


Figure 16 : Représentation graphique de la situation 9

Sur le volet de co-construction de la relation, les interactions sont évidemment très influencées par le travail commun antérieur ou son absence. Dans la situation A, après la relève avec l'équipe du matin, et avant la préparation des soins, l'encadrante n'a besoin que d'une brève question sur l'avancée de l'élève dans son stage (il n'y en aura pas d'autres dans la demi-journée) :

> IDE : tu en es où ?
> E : j'ai mon DE la semaine prochaine. J'ai les 10 patients en charge
> IDE : donc moi je t'observe, je ne suis pas censée intervenir, sauf pour des réajustements.

Au fil de la vacation, l'encadrante suit l'élève, au rythme adopté par celle-ci. Elle s'en tient à la regarder préparer et réaliser les soins, tout en faisant des commentaires ciblés, reflétant une vision assez précise des connaissances déjà acquises par l'élève.

Dans la situation B, le début de la gestion de la relation donne lieu au même échange d'informations. Celui-ci a lieu à 06h30, juste après la relève avec l'équipe de nuit :

> IDE : tu as combien de patients en charge ?
> E : les 10
> IDE : c'est quand ton DE ?
> E : mardi prochain
> IDE : je te laisse faire alors

Mais par la suite, de nombreuses autres questions de l'encadrante surgissent au fil de la matinée : « *t'as démarré quand, t'es là depuis quand* ? », « *ça fait combien de matins que tu*

fais ? ». L'encadrante cherche ainsi à cibler le plus possible le parcours de l'élève, et semble douter des connaissances de celui-ci.

Ces premiers éléments de « découverte du binôme », combinés aux contraintes temporelles plus ou moins présentes sur la vacation, vont fortement déterminer tout à la fois la gestion conjointe de leur positionnement (toujours sur le volet de la co-construction de la relation) et les choix des modalités d'encadrement (qui impliquent aussi la dimension de compromis entre activités de travail et de transmission). Ceux-ci vont prendre des formes différentes dans les deux situations.

Dans la situation A, toute tâche de soins devient une occasion pour l'encadrante de questionner les connaissances de l'élève, de faire des commentaires par rapport à ce que celle-ci doit faire, fait, ou a fait, et d'expliquer, tout en lui montrant, les procédures à suivre quand l'élève a précisé qu'elle ne les connaissait pas. Prenons l'exemple suivant d'une procédure de sortie des patients :

> IDE : il ne faut pas oublier aussi de sortir la patiente. Tu l'as déjà fait ?
> E : non
> IDE : on le fera ensemble alors
>
> *30 minutes plus tard, après avoir réalisé plusieurs soins ; devant l'ordinateur, en salles de soins*
> IDE : donc tu vois, ça c'est le cahier où on met les entrées et les sorties. Là tu vois l'étiquette est déjà mise et la collègue du matin l'a siipsé[69], tu vois c'est écrit. […] Alors là, tu vas dans « C2P »[70] où tu retrouves tous les patients… là c'est une sortie à domicile, heure c'est 14h00, c'est une ambulance privée à domicile. Tu valides et tu fermes. Après, tu retournes à la liste pour voir si elle est bien sortie.

Dans cette situation, comme le montre le graphique, le déroulement conjoint des activités de chacune des protagonistes n'aura été remis en question que cinq fois au cours de la période observée. Dans le premier cas (à 15h20), une patiente (103 F sur le graphique) arrive dans le service, alors que le binôme est en train de s'occuper de la patiente voisine dans la même pièce (103 P). L'élève ne réagit pas à cette entrée, l'encadrante s'absente pour aller chercher à la réserve (R) le matériel nécessaire pour cette installation. Cet épisode a donné lieu par la suite à cet échange :

> *une demi-heure après l'arrivée de la patiente en question*
> IDE : quand tu as une entrée, tu finis ton soin, mais ta priorité c'est l'entrée. Aujourd'hui ce n'était pas à moi de le faire. La priorité c'était d'installer ton entrée avec la sape et la seringue
> E : mon problème c'est que je ne sais pas où tout se trouve

[69] Les SIIPS correspondent à la cotation des actes de soins.
[70] Nom du logiciel, fictif ici.

Les trois séparations suivantes (à 16h10, 16h20, 17h20) sont dues à des tâches ponctuelles que l'élève assure seule, avec ou sans indication de l'encadrante. Enfin, à 17h35, la « rupture » dans la continuité de leur présence mutuelle, relève d'une décision de l'encadrante pour que l'élève aille réaliser seule une pose de perfusion. Reprenons les éléments du contexte à ce moment-là. La préparation des soins sous le regard de l'encadrante se termine, l'élève s'apprête à sortir de la salle de soins, et interpelle son encadrante :

> E : j'y vais…, tu viens avec moi ?
> IDE : c'est comme tu veux, mais tu peux le faire seule.

Dans la situation B, l'encadrante, focalisée sur le respect des contraintes temporelles des soins, a fait le choix de réaliser elle-même des soins en parallèle de ceux réalisés par l'élève, et ceci dès le début de la vacation :

> *à 6h45, en salle de soins, juste avant les premiers soins*
> IDE : comment tu t'organises ?
> E : je vais commencer par un tour de prise de sang
> IDE : et les tensions ?
> E : je les ferai après
> IDE : je vais les faire. Fais tes prises de sang

Ce choix de fonctionnement du binôme a eu des effets tout au long de la vacation. Leurs échanges s'en trouvent très hachés, et beaucoup d'interactions sont davantage centrées sur la coordination de leurs activités respectives, que sur des commentaires opportunistes comme cela était le cas dans la situation A.

Les échanges ont lieu seulement lorsque les protagonistes le décident : l'encadrante rejoint l'élève (à 7h20, 7h39, 8h08, 8h15, 8h55, 12h12) pour surveiller ce qu'il fait après avoir réalisé elle-même des soins auprès d'autres patients ; l'élève va chercher l'encadrante quand il rencontre des difficultés (à 7h43, et 11h03). Quand les protagonistes se réunissent ainsi dans un même lieu, les propos de l'encadrante portent surtout sur des correctifs immédiats ; elle pose peu de questions pour tester les connaissances de l'élève. Elle va jusqu'à lui imposer d'aller dans une chambre, plutôt que celle que lui-même proposait :

> *à 8h19*
> IDE : tu vas faire 109 d'abord, j'irai en 110, ça sonne, je ne sais pas ce que le patient veut
> E : je veux voir 104/
> IDE : non

On observe aussi des contrastes entre ces deux situations concernant les dimensions professionnelles abordées. Celles-ci sont fortement influencées par les éléments de contexte et les arbitrages que l'on vient de décrire.

Dans la situation A, les dimensions du travail abordées au fil de la vacation ont pour point commun d'être centrées sur le parcours professionnel à venir, avec une attention forte portée à la construction du métier, sur la base :

- de règles d'auto-organisation des soins, comme l'usage des dossiers de soins : « a*voir le dossier avec toi permet de répondre aux questions des patients, pour les examens, les traitements et ça permet aussi de gérer les familles et leurs questions. Mais tu vois aussi les heures des traitements* »,

- de règles locales et collectives : « *nous on aime bien le faire* [les perfusions] *avec une* [réglée] *sur 16 heures et une sur 8 heures, comme ça on garde des horaires convenables* » ;

- des liens et distances entre les exigences pour l'examen et la pratique réelle du métier au quotidien ;

- de l'importance soulignée de la dimension relationnelle avec les patients et de la gestion des familles, dans, et pour les soins.

Ces deux derniers types d'échanges ont été les deux plus longs de la vacation : respectivement 16 et 30 mn.

En contraste, dans la situation B, les contenus abordés sont nombreux aussi, mais marqués par une accumulation de directives à usage immédiat, dans les moments de coprésence, qu'il s'agisse de :

- l'hygiène et la technique des soins : « *là ça ne va pas, tu mets du sale sur du propre* » ; « *tes prises de sang, il faut les vérifier dans la salle de soins, pas dans les couloirs* » ;

- l'organisation des soins et leur gestion temporelle : « *tu viens lui faire une dextro, qu'est-ce que tu peux faire en même temps ?* » ; « *alors tu groupes, prends tout, tout de suite* », « *il faut respecter les horaires, là les patients vont avoir leurs petits déjeuners* » ;

- des aspects plus collectifs des soins : « *il faut toujours vérifier s'il n'y a pas de vaisselle à faire sinon les collègues de l'après-midi ne vont pas être très très contentes* […] *S'organiser au fur et à mesure, ça permet d'aller aider la collègue, parce que toi, le jour où tu en as besoin tu es bien contente* » ;

- des aspects de préservation de soi : « *rapproche ton chariot il est trop loin là. Moins tu feras de pas et mieux tu te porteras. Plus proche tu seras et mieux tu*

> *seras* » ; « *il faut que tu t'organises pour faire le moins de pas possible, parce qu'en fin de journée tu vas être crevé* ».

Au terme de la vacation A observée, l'élève aura réalisé les soins accompagnée de l'encadrante auprès de l'ensemble des patients. A la fin, sachant qu'elles seront de nouveau ensemble le lendemain, et compte tenu des évènements qui ont eu lieu sur cette vacation, l'encadrante précise à l'élève à la fin de la période observée : « *demain je te laisserai faire* ».

Au terme de la vacation B, l'élève nous a dit se sentir frustré de n'avoir pu faire certains soins, et concrètement embarrassé faute de savoir précisément quels soins l'encadrante aura réalisés ou non. Cela l'aura même amené à questionner directement l'un des patients. L'élève n'aura vu que 7 patients sur les 10, alors que l'encadrante de son côté les aura tous vus.

Dans une première interprétation de notre part, la comparaison de ces deux situations nous avait amenée à émettre un jugement de valeur sur la transmission, plutôt positif en faveur de la situation A et négatif vis-à-vis de la situation B. Nous formulions ce jugement de la manière suivante : « *dans la situation A, l'encadrante arbitre en faveur de la transmission, alors que dans la situation B, l'encadrante arbitre davantage en faveur des soins et met entre parenthèses la transmission* » (Thébault, 2011).

A la réflexion, nous souhaitons nuancer cette interprétation de la situation B. Nous avions identifié un contraste entre les principes initialement posés par l'encadrante « *laisser l'élève faire seule, ne pas imposer sa propre organisation* », et ce qui s'est réellement passé en situation. Mais nous ne pouvons pas affirmer que ces discordances soient totalement néfastes vis-à-vis de la transmission. Car, en situation, même si l'encadrante n'est pas d'accord avec ce que propose l'élève comme organisation, et prend elle-même en charge une partie des soins (ce qui déstabilise l'élève), au final elle le laisse tout de même réaliser des soins seul. Même si cette vacation est très contrainte par les exigences temporelles des soins, et que pour cette raison l'encadrante se montre directive avec l'élève, cette situation fait toutefois apparaître une diversité d'aspects de la pratique professionnelle, et tend justement à les combiner en situation. On constate en effet que l'encadrante formule des commentaires qui proposent des moyens de réguler la pression temporelle, et la charge de travail au sein du collectif, et aussi des moyens d'anticiper les contraintes et ne pas s'épuiser. Ainsi, l'élève immergé dans une situation de gestion des contraintes temporelles se retrouve confronté pour la première fois à la réalité quotidienne des exigences de production (avoir les 10 patients en charge sur l'ensemble de la vacation). On peut envisager que le contexte de cette situation lui ait permis de repérer certaines de ses propres lacunes.

2. Deux situations incidentelles

Le premier incident que nous rapportons ici est survenu lors du stage de quatre semaines en chirurgie cardiaque d'une élève infirmière de 3ème année. Nous avions observé cette élève lors de son premier jour de stage (situation 11), et avons souhaité réaliser un entretien d'autoconfrontation avec elle à partir des éléments recueillis ce jour-là. Ceux-ci portaient notamment sur les ajustements permanents auxquels son accueil a donné lieu.

Son arrivée dans le service, pourtant anticipée, a posé problème. L'encadrante qui devait la prendre en charge encadrait déjà une autre élève. L'élève étudiée a donc été réaffectée par la cadre infirmière vers l'autre secteur géographique où était présent un binôme d'infirmières dont l'une est nouvelle (IDE du SCIS). Ce binôme n'attendait donc pas cette élève, et les protagonistes, elles-mêmes déjà en charge de se construire leur propre relation et d'élaborer une répartition des tâches en fonction des connaissances de la nouvelle, ne se sont pas mises à la disposition de l'élève. Les infirmières ont réalisé leur première tournée de soins sans donner d'explication à l'élève, ni sur le déroulement de la vacation, ni sur les soins, et aucune d'elles n'a proposé à l'élève de rester avec elle.

Dans ce contexte, l'élève aura tout de même été très proactive sur l'ensemble de la vacation pour essayer de se faire une place. Ne sachant pas avec quelle IDE rester et n'ayant pas d'informations de leur part sur le fonctionnement global du service, elle n'aura pu se construire une représentation du fonctionnement du service, et notamment comprendre sa spécificité : la distinction dans les prises en charge des patients en pré- ou post- opérations. Nous avons pu le constater à de nombreuses reprises, comme dans les exemples suivants :

> E : il y a 3 retours cet après-midi ?
> IDE : non ce sont les 3 blocs de demain, donc on a 3 dossiers à préparer

> E : 404 est arrivé ce matin ?
> IDE : non il vient d'arriver

> E : elle sort la dame en 406 ?
> IDE : non elle vient d'entrer. C'est un retour réa

C'est donc, entre autres, à partir de ces éléments que nous souhaitions réaliser l'autoconfrontation avec l'élève. Toutefois, cet entretien ne s'est pas déroulé comme nous l'avions prévu car l'élève a souhaité nous faire part du déroulé de l'ensemble de son stage. De son point de vue, la situation très contrainte et difficile qu'elle a vécue le premier jour – et dont elle savait que nous avions été témoin – s'est poursuivie sur l'ensemble des quatre semaines, et a débouché sur une situation très problématique pour elle : elle a mis un patient en danger.

Nous avons déjà évoqué son stage dans les chapitres précédents car nous avons utilisé un extrait de l'entretien lors de la deuxième séance d'ateliers réflexifs avec les étudiants. Voici quelques extraits de ses propos :

> Le problème c'est que personne ne m'attendait vraiment. Je ne savais pas trop avec qui aller. Personne ne m'a dit : tu viens avec moi. Donc j'étais un peu perdue. […] j'étais un petit peu… j'ai trouvé que ça allait très très vite le premier jour.
> A la fin de ma deuxième semaine j'étais un peu perturbée parce que je changeais tout le temps d'IDE, et à chaque fois je me disais : comment elle va me voir, comment est-ce qu'elle va m'évaluer… […] il fallait à chaque fois que je fasse mes preuves.

L'élève aura eu 8 encadrantes différentes sur 4 semaines de stage, et jamais plus de deux jours de suite la même. Elle n'aura pas eu le temps nécessaire pour construire une relation avec chacune, ni pour comprendre les spécificités de leurs pratiques :

> C'était difficile parce que chacun a sa propre organisation du travail, et du coup, ça veut dire qu'il faut que je m'adapte à chaque manière.
> Par exemple certaines prenaient le dossier de soins pour aller dans une chambre, et d'autres non. Certaines faisaient les transmissions [*les écrivaient dans les dossiers*] juste après la chambre, d'autres le faisaient à la fin du quart. Certaines faisaient en même temps toutes les Calciparine à 11h00 et après elles faisaient les médicaments à 12h00, alors que les autres faisaient tout en même temps par patient.
> Et comme j'ai été avec plusieurs infirmières, ça m'a beaucoup perturbée parce que je me demandais comment je dois être avec elle aujourd'hui, alors qu'avec l'autre c'est différent. Parce qu'elles m'évaluent aussi par rapport à ça, pour elles leur façon de faire c'est la meilleure, c'est la bonne organisation à avoir, donc après pour moi…

Dans ce contexte déjà difficile pour elle, au cours de sa deuxième semaine de stage, une remarque de l'une de ses encadrantes au cours d'un soin devant un patient, la déstabilise davantage, ce qu'elle relie avec une erreur qu'elle a commise ensuite, et qui aurait pu avoir de graves conséquences :

> J'ai hésité pour une constante […] Elle m'a dit comme ça devant le patient « *tu es incapable de prendre en charge un patient* ». Et le monsieur était gêné. Donc ça m'a beaucoup perturbée et du coup je n'étais pas très valable aux yeux du patient […] du coup je ne me suis pas sentie bien de toute la matinée.
> […] Et après, j'ai fait une erreur pour une injection directe dans une perfusion de Lasilix, j'ai mis de l'air au niveau du robinet. Elle m'a dit « *heureusement que j'étais là* », et c'est vrai, heureusement qu'elle était là…
> Et après, elle ne m'a plus fait confiance.

On relève ici un enchainement entre la charge de travail du service, une forte présence de soignants nouvellement arrivés, des formes d'impréparation dans leur accueil (en tout cas

pour celui de cette élève), une instabilité dans la composition des binômes, une appréciation incertaine des compétences de l'élève par les encadrantes et, en lien avec tout cela, un moment de tension dans une chambre de patient, puis, plus grave, un geste technique dangereux.

Le second incident nous a également été relaté, mais cette fois en atelier, par l'élève qui l'avait vécu. Contrairement au précédent il ne porte pas sur une erreur de l'élève dans la réalisation d'un soin, mais sur la détection d'un évènement problématique pour un patient, que l'élève a dû gérer seul. A l'occasion de la deuxième tournée de soins, sur une vacation d'après-midi, l'élève découvre que le pansement d'un patient saigne :

> Je suis entré dans la chambre d'un patient qui s'était fait opérer d'une chirurgie abdominale depuis plus de 24h. C'est des chirurgies qui sont très très sanglantes […] J'arrive le soir dans sa chambre, je lui dis «*est-ce que tout va bien ?* ». J'avais rien à lui faire [*comme soins*] à ce monsieur, mais je lui demande quand même si ça va, et il me dit « *oui ça va, par contre je saigne un peu* ».
> Alors moi, je commence à regarder, et je vois un peu de sang frais. Il était assis, donc je ne voyais rien. Je lui demande de se lever, et là, le pansement commence à s'imbiber un peu, donc ça m'inquiète…
> […]
> Il ne saignait pas beaucoup, mais ça pouvait être un lâchage de suture, donc ça peut se déchirer et saigner un tout petit peu, mais ça peut aussi s'entrouvrir d'un seul coup, et là, c'est l'hémorragie. Ensuite choc hémodynamique, ça veut dire qu'il perd tellement de sang qu'il n'en a plus assez pour faire fonctionner le cœur, et tous les systèmes vitaux s'arrêtent, arrêt cardiaque, et ça peut aller jusqu'au décès du patient.

L'élève explique ensuite qu'à ce moment-là il était seul dans ce secteur géographique du service. L'infirmière qui l'encadrait depuis le début de la vacation s'est absentée. Ne sachant quoi faire, il requiert de l'aide auprès de l'infirmière de l'autre secteur. Celle-ci est nouvelle dans le service, et depuis peu non doublée. L'élève lui fait part de son inquiétude vis-à-vis du saignement, et c'est elle qui décide d'appeler directement le chirurgien pour qu'il leur précise quoi faire.

Cet incident n'a pas eu de conséquences fâcheuses pour le patient car le saignement a été détecté et pris en charge par le médecin. Mais il reste dans la mémoire de l'élève comme un épisode inquiétant, et qui convoque la transmission. Outre les éléments contextuels ci-avant, il évoquera aussi, et cela à plusieurs occasions durant les trois séances d'ateliers, d'autres facteurs nous permettant de comprendre davantage les enjeux et conséquences de cet évènement pour lui. Nous mettons ici bout à bout, pour reconstituer l'incident, des propos qu'il a tenus lors des trois séances.

Il s'est retrouvé seul, face à une situation qu'il ne connaissait pas, mais qu'il juge à risque pour le patient, et face à laquelle il ne savait pas quoi faire :

> J'ai dû réagir face à ça, c'était la première fois que j'étais confronté à ça. […] Je ne savais pas quoi faire. Est-ce que je commence à regarder ? Est-ce que j'ouvre pour voir ce qu'il y a en dessous ? Mais c'est aux médecins de faire ça, eux, ils connaissent ces pansements. C'est des pansements très compressifs qui serrent tellement que ça peut contenir une hémorragie, et dès qu'on l'enlève ça jaillit…

En situation, son diagnostic sur l'importance de réagir face au saignement du patient a été validé par sa collègue infirmière, puisqu'elle propose d'appeler le chirurgien. Mais ce qui est davantage incompréhensible pour l'élève c'est le décalage entre ce qu'il a vécu, et la réaction de l'équipe soignante, y compris la cadre, qui ne juge pas cette situation comme problématique. L'élève a lui-même douté de ses capacités et il a craint de mettre le patient en danger :

> Je me suis senti très seul et même si on m'a dit « *vous n'étiez pas seul, il y avait l'infirmière de l'autre côté* »… ah je regrette, elle n'était pas derrière moi à surveiller ce que je faisais […] J'aurais pu faire une grosse grosse bêtise, ça serait passé inaperçu, vu que moi si je le faisais [*cette bêtise*], c'est que je m'en rendais même pas compte/ ils ne voient pas le danger […]
> Ça n'a pas interpellé l'équipe, et en fait ils m'ont dit que j'avais très bien géré la situation, qu'il n'y avait pas de problème […]
> A ma grande surprise, la cadre était au courant que l'infirmière était partie, en estimant que j'étais un élève de 3ème année et je pouvais gérer […]
> Ils m'ont fait confiance. Ils m'ont dit « *on savait que tu en étais capable* », mais qu'est-ce qu'ils en savaient vraiment ? […] en 6 semaines, on ne connaît pas l'étudiant. Moi-même j'étais pas capable de dire à l'avance si j'en étais capable, c'est que je n'ai pas eu le choix c'est tout, j'ai dû gérer…

L'incident repose sur plusieurs problématiques entremêlées : le fait qu'il rencontre une situation nouvelle pour lui, qu'il juge à risque, en étant seul, sans encadrement direct à ce moment-là, et l'appréciation de cet évènement aux yeux des autres membres de l'équipe soignante comme n'étant pas inquiétant, puisqu'en l'occurrence il a bien réagi. Ce dilemme, pour lui, s'est aggravé quand il en a parlé à l'école, entre deux périodes de stage dans le service. Aux dires de l'élève, les formateurs ont été étonnés qu'une telle situation se soit déroulée, et lui ont rappelé la règle qu'ils jugent incontournable : « *on ne laisse jamais un élève seul* ». A son retour dans le service, souhaitant refaire le point sur cet évènement et précisant à l'équipe soignante les retours de l'école, il a suscité du mécontentement pour en avoir parlé à l'extérieur du service. Au final, il n'aura trouvé de ressources ni auprès de l'équipe soignante, ni auprès de ses formateurs pour l'aider à reconstruire cette situation, afin d'en repérer les éléments favorables du point de vue de son apprentissage.

3. L'appréciation des effets de la transmission

Au vu de ce dernier incident, et plus généralement des éléments relatés dans ce chapitre, il apparaît que l'appréciation des effets de la transmission, en termes de construction de compétences – principal objectif attendu d'elle – n'est pas chose aisée.

Nous l'avons dit, la transmission est un enjeu pour différents acteurs. Elle concerne les encadrants, les encadrés, mais aussi l'ensemble des équipes soignantes, les cadres de santé, et en bout de chaîne les patients. Compte tenu de cela, de quels critères d'appréciation parle-t-on ? Et de quel point de vue ?

Nous l'avons vu aussi, la transmission prend place dans des dynamiques temporelles différentes. Elle s'inscrit dans le parcours de chacun des protagonistes, se réalise au cours de la production, qui elle aussi évolue, et prend place à différents moments : un évènement particulier qui témoigne d'une asymétrie entre les protagonistes (ou qui la révèle), un premier jour d'accueil dans un service, ou encore tout au long du déroulement de l'encadrement soumis aux conditions organisationnelles et temporelles de la production.

La transmission se réalise à des moments circonscrits dans le temps, mais aussi au cours de périodes plus ou moins longues (une vacation, un stage, une période de doublure, une formation). Ainsi, la réussite à l'examen du diplôme ou l'embauche d'un nouveau à l'issue de sa période d'insertion, ne suffisent pas pour porter un jugement sur ce qui s'est passé en termes de transmission. Les effets peuvent s'en faire sentir plus tard, dans la vie professionnelle, y compris à long terme. Nous aurions voulu développer cet aspect lors d'ateliers réflexifs avec des diplômés, dont des jeunes nouvellement embauchés, mais cela, comme on l'a dit (Chapitre 4-§5), n'a pas pu être mis en place.

Nous pouvons en revanche, nous intéresser au caractère de « mise à l'épreuve » de l'expérience des protagonistes par la transmission elle-même. Nous reprenons ici cette notion de « mise à l'épreuve », telle qu'elle a été proposée par Karine Chassaing (2002, p 411), qui en propose trois acceptions articulées entre elles : « au sens d'un test, d'une situation éprouvante et d'un essai » ; pour ce troisième volet, l'auteure utilise aussi l'idée de révélateur au sens d'épreuve « photographique ». C'est à partir de ce tiple point de vue que nous souhaitons conclure ce chapitre, en proposant une première synthèse des effets de la transmission, à partir des éléments présentés ci-avant, mais aussi au vu des quatre chapitres précédents.

D'une manière générale, les nouveaux arrivants dans un service doivent s'adapter au fonctionnement, à l'organisation, et aux soins spécifiques de celui-ci. On peut déjà dire qu'ils font ainsi l'épreuve de la réalisation du travail en conditions réelles, et doivent se construire

ou adapter leurs compétences. Leurs conditions d'accueil, plus ou moins organisées et planifiées, influencent fortement le déroulement de cette épreuve. Dans ce cadre, les « encadrants », qui rappelons-le ne sont pas formés à l'encadrement[71], ont pour rôle de les accompagner. Pour cela, ils se construisent des moyens, en se créant notamment leurs propres représentations et objectifs vis-à-vis de la transmission, et cherchent des solutions pour les rendre réalisables, en profitant des ressources présentes dans les situations.

L'épreuve au sens de « test », pour les nouveaux, est certainement la forme la plus attendue et évidente de la transmission. Nous avons d'ailleurs vu à de nombreuses reprises que celui-ci prend une place importante dans la construction même de la relation entre les protagonistes. Ceux-ci cherchent dès leur rencontre à savoir à qui ils ont affaire. Ce sont davantage les encadrants qui questionnent les « nouveaux », et surtout les élèves, en vue de répondre au mieux à leurs besoins. Dans ce but, ils sont amenés à mettre les élèves à l'épreuve, par des tests de connaissances, ou par la mise en place d'exercices ou d'examens blancs. De plus, ils attendent des nouveaux qu'ils fassent eux-mêmes leurs preuves, qu'ils posent des questions ou précisent ce qu'ils ne connaissent pas, et qu'ils sachent prendre leur place (pour les nouveaux) ou rester à leur place (pour les élèves).

Mais le fait d'encadrer des nouveaux met aussi les encadrants à l'épreuve. Ils doivent être en mesure de pouvoir montrer et expliquer ce qu'ils font, en l'adaptant aux nouveaux qu'ils ont face à eux. Ils sont également mis à l'épreuve par les nouveaux, qui questionnent leurs pratiques et les écarts au prescrit.

L'épreuve au sens « éprouvant », pour les nouveaux, était bien présente notamment (et décrite comme telle) dans les deux récits d'incidents précédents, qui relèvent de déterminants distincts, voire opposés. Dans le premier cas c'est le cumul de situations éprouvantes pour l'élève qui, selon elle, l'a conduite à faire une erreur, et cela dans une relation de défiance avec ses encadrantes. Dans le second cas c'est une discordance de point de vue sur les capacités de l'élève (discordance à son avantage cette fois) qui l'amène à vivre cette situation comme éprouvante, alors qu'il se trouve dans une relation de confiance vis-à-vis de l'équipe soignante. D'une manière plus générale, le caractère éprouvant des situations de transmission, pour les nouveaux, se manifeste quand ils rencontrent des difficultés face à la variabilité et la diversité des situations qu'ils rencontrent. Les élèves expriment souvent un manque de repères ou une incompréhension face aux différences de pratiques qu'ils rencontrent d'un service à un autre, d'une vacation à une autre, d'un encadrant à un autre, ou encore, entre les pratiques des

[71] Ceci était surtout vrai avant la réforme de 2009.

services et les protocoles qu'ils apprennent à l'école. De leur côté, les nouveaux peuvent être déstabilisés dans leurs pratiques quand ils doivent utiliser un nouveau matériel qu'ils n'utilisaient pas dans leur service précédent, ou quand ils appréhendent de se retrouver rapidement seuls avec des patients dont ils jugent ne pas connaître suffisamment les pathologies.

La transmission revêt aussi un caractère éprouvant pour les encadrants. C'est un coût pour eux de l'inscrire dans leur activité et de s'adapter à chaque nouveau. Par ailleurs, ils précisent aussi qu'ils s'y investissent en rapport avec leur propre encadrement passé ; ils souhaitent reproduire un encadrement qui s'est bien déroulé pour eux, ou éviter de le reproduire quand ils l'ont eux-mêmes mal vécu. Alors, quand ils ne sont pas en mesure de pouvoir réaliser la transmission comme ils le souhaitent, eux-mêmes s'en sentent éprouvés, car dans ce cas, ils ne participent pas à prendre soin du métier. Ne pas avoir les moyens ou le temps de montrer, d'expliquer, et de laisser faire (pour les élèves notamment), c'est prendre le risque de ne pas former de « bons professionnels », en ne leur donnant pas accès aux ressources nécessaires pour faire face. C'est aussi un risque pour la sécurité et la qualité des soins, pour les patients dont ils ont la responsabilité. De façon plus immédiate, c'est un inconvénient pour les encadrants de ne pas pouvoir élever rapidement le niveau de connaissance des nouveaux, qui pourraient ensuite les « soulager » de certaines tâches.

Enfin, l'épreuve comme « révélateur » recouvre elle-même plusieurs facettes. D'abord, la transmission se révèle être bidirectionnelle, à la fois descendante (de l'encadrant vers l'encadré) et ascendante (de l'encadré vers l'encadrant). C'est aussi une forme de mutualisation : elle permet des échanges sur les pratiques professionnelles entre des personnes d'expériences différentes, et même entre « anciens ». Elle est encore un lieu ou une occasion de débats dans un réseau ou collectif, intra- et inter- métier. Elle est directe ou indirecte dans les régulations qu'elle nécessite pour l'ensemble de l'équipe. Mais elle révèle aussi une pratique réflexive pour les protagonistes. La présence d'un nouveau dans un service est un moyen pour eux, quel que soit leur parcours, de questionner leurs propres connaissances, de se tenir au courant des nouveautés, de faire un point sur une technique ou une pathologie.

Ajoutons, en adoptant ici un point de vue un peu plus large que celui de Karine Chassaing, que la présence d'un nouveau constitue elle-même un « révélateur » des difficultés au sein du système, par les difficultés inhérentes à son mode de prise en charge, la mise en lumière de l'hétérogénéité des pratiques, et l'incertitude sur les objectifs à atteindre. Nous ne

développons pas ici cet aspect, sur lequel nous reviendrons au cours de la discussion générale dans le chapitre suivant.

DISCUSSION, PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET D'ACTION

Nous souhaitions par cette recherche montrer en quoi l'étude de la « *transmission professionnelle* », dans un contexte de transformations du monde du travail, participe d'une part à la réflexion sur les liens entre travail et formation, et d'autre part à la mise en œuvre d'une « ergonomie constructive » (Falzon et Mollo, 2009) orientée à la fois vers le développement des travailleurs et des organisations. En observant les situations d'accueil et d'encadrement de nouveaux, et en étudiant dans ce cadre la médiation par autrui de ressources pour réaliser l'activité, nous avons choisi de nous intéresser aux « *échanges à propos des pratiques professionnelles, au cours de la réalisation du travail, entre des individus aux parcours, expériences et anciennetés divers, échanges marqués par les asymétries que cette diversité implique entre ces individus* » (Cf Introduction).

Arrivant au terme, non de cette recherche – nous évoquerons ci-après des prolongements possibles – mais en tout cas de la présente thèse, nous voudrions revenir sur trois éléments qui, de notre point de vue, participent à éclairer l'importance et la complexité de la transmission professionnelle.

Dans un premier paragraphe nous rassemblerons les principaux enseignements qu'apportent nos analyses en présentant un modèle de la « *transmission professionnelle* », vue comme activité « *d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail* » ; nous discuterons chacune de ses trois composantes, celles que nous annoncions en définissant notre problématique (fin du chapitre 2, ci-avant), et sur la base desquelles nous avons structuré nos analyses (chapitres 6 à 8) : la conciliation transmission-production, la co-construction d'une relation et la combinaison des savoirs professionnels transmis. Nous mettrons ensuite l'accent sur le rôle que joue, selon nous, la transmission professionnelle comme « révélateur » des contraintes du système de production. Enfin, nous tenterons de caractériser les liens existants entre la transmission professionnelle et plus généralement les activités réflexives au travail.

1. La transmission professionnelle comme activité

Notre réflexion sur la transmission professionnelle nous amène à présenter, et à schématiser dans la figure 17 ci-après, notre modèle d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail, en insistant sur son processus et ses conditions. Nous souhaitons, en particulier, renverser la perspective d'une entrée « par les contenus » qui prévaut souvent dans les réflexions concernant la transmission. C'est à dessein qu'on évoquera l'élaboration des contenus en dernier lieu (et que nous l'avons positionnée visuellement sous les deux autres composantes dans le schéma).

Les éléments de contexte, présents dans la partie haute de notre schéma, seront développés dans la partie suivante (§2). Notons simplement ici qu'on retrouve pour la

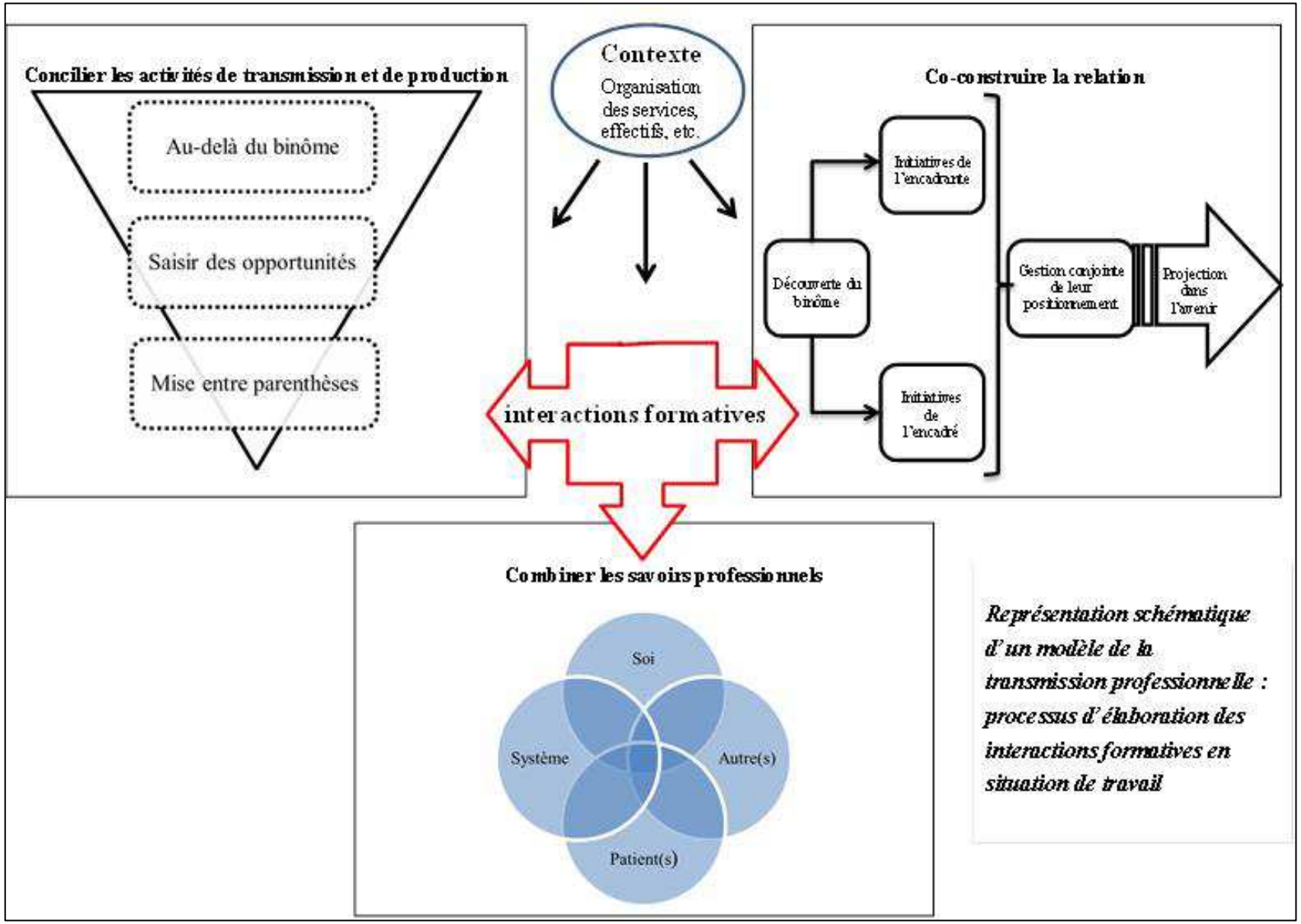
transmission professionnelle, l'idée générale que les conditions de réalisation du travail s'imposent comme conditions d'apprentissage en situation de travail (Chatigny, 1993, 2001c).

Avant de revenir sur chacune des trois composantes des interactions formatives, rappelons que ce modèle est construit sur la base d'un recueil de données issues de plusieurs étapes méthodologiques. Compte tenu de notre problématique, nous avons adopté une approche transversale, c'est-à-dire que nous avons réalisé, lors de nos observations, un recueil de données sur une diversité de situations, plutôt qu'un suivi du « processus » dans le temps. Nous n'avons pas suivi les périodes d'accueil et d'encadrement dans leur ensemble, sur l'ensemble d'un stage par exemple. Nos observations ont été moins continues. Elles s'en tenaient souvent à la durée d'une vacation, même si dans certains cas nous avons suivi le même nouveau sur plusieurs jours : les situations 2-3-4 concernent l'accueil d'une nouvelle aide-soignante, et les situations 6 et 7 l'encadrement d'un élève infirmier - voir ci-avant chapitre 5 § 3. Nous avons par ailleurs reconstruit ce processus à partir des entretiens individuels réalisés principalement auprès d'encadrants, que nous avons complétés avec les éléments recueillis au cours des ateliers réflexifs avec les élèves.

Rappelons aussi que nos observations ont été fortement dépendantes des contextes d'accueil des services. Une des conséquences a été que notre matériau porte davantage sur des situations d'encadrement d'élèves, que sur l'accueil de nouveaux collègues. De plus, parmi les élèves encadrés, la plupart sont des élèves infirmiers (seule la situation 1 concerne une élève aide-soignante). Cela est certainement à mettre en lien avec les préoccupations très fortes, durant la période de notre présence sur le terrain, concernant la réforme de la formation des élèves infirmiers et la mise en place d'un dispositif de tutorat les concernant.

Enfin, nos analyses se sont principalement centrées sur les échanges verbaux entre les protagonistes observés en situation, même si nos relevés comportent aussi leurs actions, leurs déplacements, leurs échanges avec les patients, et que nous avons pris en compte les évènements concernant l'activité du service dans son ensemble. Outre le fait que les échanges verbaux constituent un observable très accessible, ce choix méthodologique de notre part se justifie si l'on admet, d'une part que le langage participe d'une action de transformation des représentations d'autrui (courant d'Austin (1962-1970), cité par Karsenty et Lacoste, 2004, p 236), et d'autre part que celui-ci joue un rôle majeur dans l'apprentissage et le développement par la médiation d'autrui (Borzeix et Lacoste, 1991 ; Vygotski, 1934/1997) ; « [*les discours oraux au travail et sur le travail*] sont le médium privilégié de la transmission des savoirs et des savoir-faire, que ce soit dans des situations d'apprentissage ou des sessions de formation » (Boutet, Gardin et Lacoste, 1995, p 21).

Figure 17 : Modèle de la transmission professionnelle



1.1. La conciliation travail-transmission

En contexte de production, les encadrants, davantage que les nouveaux, tentent de construire, d'aménager des « espaces » (moment, lieu, etc.) pour réaliser la transmission, en fonction des marges de manœuvre dont ils disposent, mais aussi en fonction de celles qu'ils sont en capacité de construire, individuellement et collectivement. C'est ce qui a orienté notre choix de présenter trois éléments constitutifs de la conciliation des activités de transmission et de production (étudiés dans les § 1 à 3 du chapitre 8), dans un triangle inversé : les situations les plus contraintes se retrouvent au niveau le plus bas, et le plus étroit du triangle ; à l'inverse, les situations les moins contraintes se situent au niveau le plus haut et le plus large.

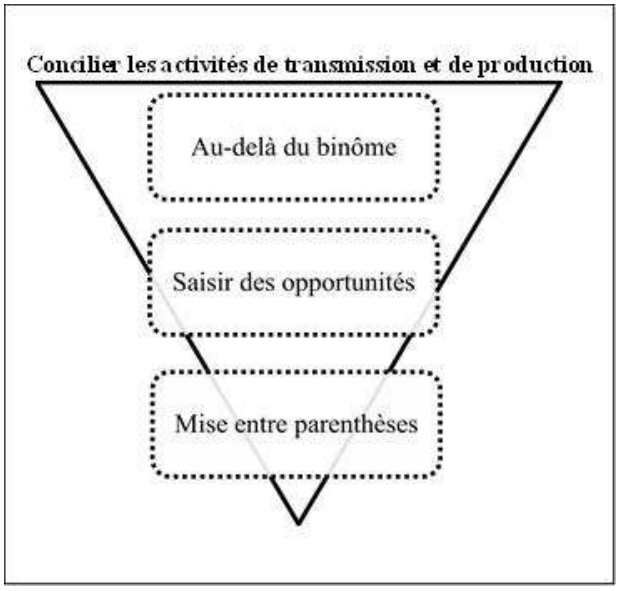


Figure 18 : Composante des interactions formatives : concilier les activités de transmission et de production

Cette représentation permet de représenter les situations en termes de marges de manœuvre plus ou moins présentes pour la transmission, et ainsi de donner l'idée de situations plus ou moins favorables pour elle ; mais cela permet aussi de visualiser les éléments en termes de coût et d'effets pour la santé.

1.1.1. La transmission mise entre parenthèses

Dans les situations les plus contraintes (plusieurs nouveaux présents en même temps, parfois indispensables pour atteindre les effectifs minimaux, reprogrammation permanente des tâches de soins, etc.), la transmission peut se retrouver « mise entre parenthèses ». Les

marges de manœuvre pour concilier activités de transmission et de travail sont restreintes, et les encadrants ne sont pas en capacité d'en créer eux-mêmes. La transmission n'est alors pas prioritaire par rapport aux objectifs de production (les soins).

La situation 11 (Chapitre 8- §1.1) est un bon exemple, et permet d'apprécier les conséquences de cette restriction pour les protagonistes en termes de coût : une infirmière devient la référente d'un ensemble de nouveaux (interne compris), une élève est laissée à elle-même et sans repère. Toutefois, cela ne veut pas dire que dans de telles situations la transmission disparaisse totalement. On a vu par exemple (chapitre 9 §1) que dans la situation 9, la transmission n'était pas posée comme tâche prioritaire, le binôme encadrant-encadré était principalement en coaction, pourtant des interactions formatives ont été observées, même si elles sont en nombre moins important que les interactions visant à coordonner les activités des protagonistes.

1.1.2. Saisir des opportunités

Dans les situations où les contraintes sont moins serrées (niveau intermédiaire du schéma), les encadrants saisissent les opportunités qui se présentent. Dans ce cas des espaces de transmission s'ouvrent, les interactions formatives s'enrichissent, les tests de connaissances, exercices ou débriefings se développent. Nous avons particulièrement retrouvé cela dans les situations 6, 8 et 10, où les encadrants organisent leur propre activité en fonction de ce qu'ils souhaitent mettre en place pour que les élèves fassent les soins eux-mêmes. Dans ces situations, il s'agit pour les encadrants tout à la fois de se saisir d'opportunités offertes par les situations, et de construire des marges de manœuvre pour que la transmission se déroule dans de bonnes conditions.

L'aménagement de ces conditions favorables au développement des interactions formatives n'est pas sans coût pour les encadrants. Car même si les nouveaux sont en capacité de réaliser certains soins seuls, les encadrants restent attentifs à ce que ceux-ci réalisent, l'ensemble des soins reste sous leur responsabilité.

1.1.3. Au-delà du binôme

Dans les situations que nous avons qualifiées « au-delà du binôme », c'est le collectif qui prend en charge la conciliation entre production et transmission, en gérant l'une pour favoriser l'autre. La situation 1 est un exemple intéressant à ce sujet (Chapitre 8- §3.2 et 3.3). Plusieurs niveaux de régulations collectives apparaissent pour la mise en œuvre d'un examen blanc. Celles-ci peuvent être « directes », quand les deux encadrantes s'organisent pour être disponibles en même temps afin de faire passer cet examen, ou « indirectes » quand ce sont

les collègues qui prennent en charge un nombre plus important de patients, et permettent ainsi aux deux encadrantes de se focaliser sur la prise en charge de l'élève. Dans cette même situation, nous avons pu voir aussi que l'encadrement d'un élève peut devenir en lui-même un espace de discussion au sein du collectif (intra- et inter-métier) ou encore d'apprentissages mutuels, et participer à des mutualisations de pratiques.

1.2. Co-construction de la relation

Proposer comme deuxième composante de la transmission, la co-construction d'une relation au sein du binôme encadrant-encadré nous a amenée, d'une part à prendre en compte l'activité de chacun des protagonistes comme le préconise Janine Rogalski (2012) - et donc ne pas rester centrée sur l'activité des tuteurs - d'autre part à mettre l'accent sur la composante collective de l'activité même de construction de la relation entre eux.

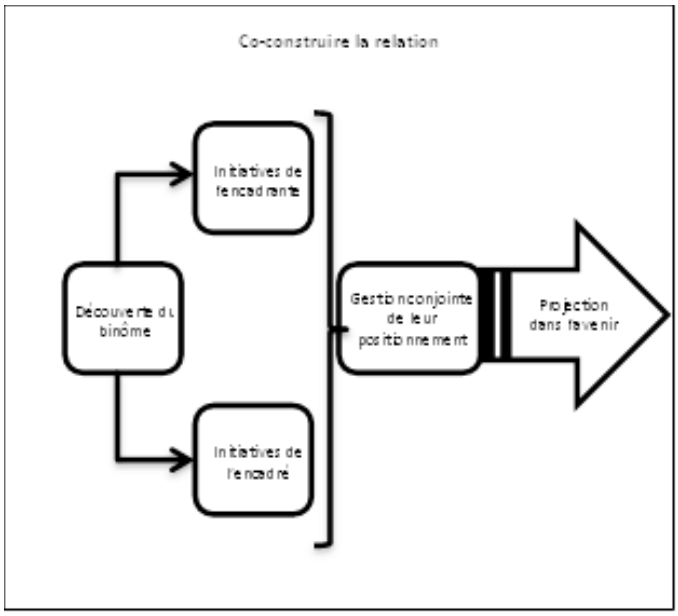


Figure 19 : Composante des interactions formatives : co-construire la relation

Nous avons choisi de représenter l'élaboration de la relation de manière dynamique en reprenant l'idée de chronologie que nous avons développée au cours du chapitre 7, allant de la « découverte du binôme » jusqu'à la « projection vers l'avenir ». Cette dynamique est symbolisée par la flèche dirigée vers la droite (schéma ci-dessus). Nous avons positionné les initiatives de chacun des protagonistes sur un même plan vertical afin de mettre l'accent sur l'égalité de leurs interventions. C'est bien le fait que chacun donne à voir ce qu'il sait ou non, ou questionne l'autre, qui permet au binôme de « s'ajuster ».

D'un premier point de vue, cet ajustement repose sur les connaissances que chacun des protagonistes acquiert sur le fonctionnement de l'autre. D'un second point de vue, il s'agit de co-élaboration de règles d'usage des interactions formatives elles-mêmes : « à quel moment tu peux me déranger ou non », « qu'est-ce que tu dois faire tout seul », « qu'est-ce que je peux te demander », etc.

Chacun des protagonistes se trouve engagé dans la construction de la relation. Le rôle de l'encadrant (ou du tuteur) est bien d'aider, d'accompagner le nouveau pour des tâches qu'il n'est pas en mesure de réaliser seul, « d'étayer » la démarche d'apprentissage (Bruner, 1983). De son côté, le nouveau contribue aussi à orienter les interventions du tuteur en donnant de lui-même des informations sur ses propres connaissances. Insister sur la co-construction de la relation, c'est insister sur le fait que les deux protagonistes ont pour objet commun de leur activité, d'établir ce que Vygotski (1934/1997) nomme une « zone proximale de développement » - à cela près que cet auteur s'intéresse prioritairement au rôle de l'encadrant dans ce domaine.

Ce rôle respectif de chaque protagoniste, engagé dans les interactions formatives, est accentué aujourd'hui par le fait que les binômes ne sont pas stables dans le temps et se redéfinissent en fonction des ressources, contraintes et aléas des situations. Quand les situations ne permettent pas aux protagonistes de construire cette relation, c'est la gestion conjointe de leur positionnement mutuel qui est atteinte, les échanges sont davantage centrés sur « l'ici et maintenant », et par ricochet cela restreint la possibilité pour la transmission d'ouvrir sur des éléments de projection vers l'avenir.

1.3. Combiner les savoirs professionnels

En plaçant sur le schéma la « combinaison des savoirs professionnels » sous les deux autres composantes, nous souhaitons, comme on l'a dit, attirer l'attention sur le fait que les éléments précédents contribuent à orienter le choix du type de contenus abordés, l'attention accordée à chacun d'eux, ou encore la fermeté avec laquelle l'importance de tel ou tel contenu est soulignée.

Cette posture n'interdit cependant pas de considérer qu'il y a des rétroactions sur les deux autres composantes à l'occasion de l'énoncé d'un contenu. En posant une question, l'encadrante peut découvrir que l'encadré « ne sait pas ». Elle peut être amenée à réagir : « *il faudrait que tu me dises quand tu ne sais pas quelque chose* », ce qui renvoie à la gestion de la relation. De son côté le nouveau peut par exemple lui répondre : « *je voulais te le dire, mais j'ai vu que tu étais pressée* », ce qui pose cette fois la question de la conciliation entre transmission et activité de soins.

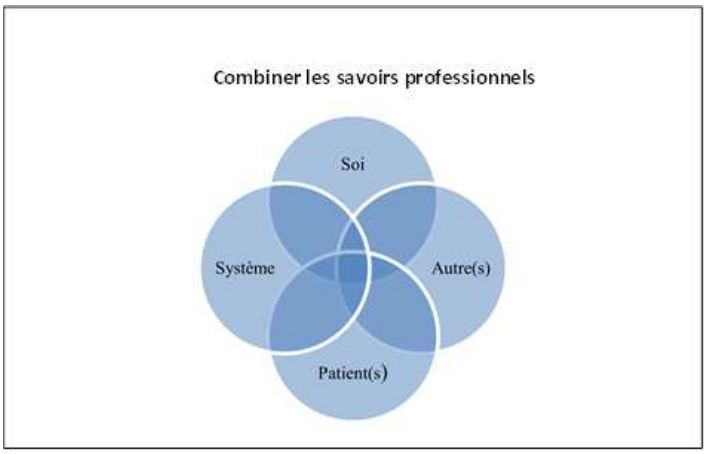


Figure 20 : Composante des interactions formatives : combiner les savoirs professionnels

Dans notre analyse des contenus, nous rejoignons bien l'idée que les savoirs professionnels abordés au cours des interactions formatives sont « situés » par rapport au contexte particulier du travail, comme le soulignent abondamment Cloutier et *al.* (2012). Cependant, même si c'est l'action en cours qui oriente les contenus abordés, nos résultats montrent que ceux-ci peuvent faire référence à des espaces temporels passés et futurs. Les commentaires qui accompagnent une indication fournie par l'encadrante peuvent revenir sur des actions antérieures, alors que les échanges au cours desquels sont abordées les dimensions de l'activité professionnelle avec les élèves, les amènent à se projeter vers l'avenir. La transmission professionnelle est alors en elle-même tout à la fois « située » et « diachronique ».

Le choix de présenter des savoirs professionnels - et leur combinaison - abordés au cours des interactions formatives, en les positionnant vis-à-vis de quatre pôles autour desquels s'organisent les activités de service (Caroly et Weill-Fassina, 2004, 2007) nous a semblé intéressant afin de cibler directement les enjeux de la transmission professionnelle, si l'on admet avec Catherine Teiger, Esther Cloutier et Hélène David (2005) que ces pôles de l'activité constituent également ceux de la construction des domaines de compétences. Nos résultats montrent également que les contenus abordés lors des interactions formatives, peuvent être centrés sur un seul des pôles, ou les combinent directement. Cela rejoint les propos d'Esther Cloutier, Hélène David, Catherine Teiger et Johane Prévost (1999) qui précisent que plusieurs types de compétences sont nécessaires pour gérer les pôles de l'activité : les premières permettent de répondre aux exigences de chacun des pôles, les autres permettent de gérer les contradictions entre eux.

Pour terminer sur la combinaison des contenus, nous souhaitons revenir sur la question précise de la dimension relationnelle des soins et de son apprentissage, car nous pensons

qu'elle demeure d'actualité. Lors des ateliers réflexifs les élèves étaient principalement centrés sur l'idée que la dimension relationnelle des soins ne s'apprend pas, et qu'elle relève plutôt d'une aptitude individuelle : « *on l'a, ou on ne l'a pas* ». Cela rejoint les conceptions naturalisantes des soins dont ont fait l'objet les paragraphes 2.3 et 4.2 du chapitre 1. Cependant, en situation, les encadrantes portent un point de vue différent sur cette question : les soins consistent justement en une combinaison du technique (« cure ») et du relationnel (« care ») (chapitre 6 §4). Pour elles, il s'agit bien de savoirs professionnels qui s'apprennent. Elles mettent toutefois l'accent sur le fait qu'il s'agit d'un apprentissage progressif : il est au départ nécessaire d'avoir bien intégré les composantes techniques des soins.

2. La transmission professionnelle conditionnée par les contraintes du système et révélatrice de celles-ci

Un des enjeux de notre recherche est d'apprécier en quoi les évolutions que connaît le monde du travail influencent la transmission professionnelle dans son contexte réel, et son rôle possible pour permettre aux anciens comme aux nouveaux de travailler en santé et en qualité. Symétriquement, l'étude de la transmission met elle-même en évidence les contraintes des systèmes de travail, leur variation et les possibilités d'y faire face.

2.1. Intérêts et limites de notre approche des contextes professionnels

Nous sommes intervenue dans trois services, ce qui limite notre point de vue sur la diversité des situations dans le CHU. Cependant, une partie de cette diversité est déjà visible au sein de ces trois services, en termes d'enjeux liés à la prise en charge des patients et de contextes pour la mise en œuvre des interactions formatives (chapitre 3 §3). De plus, les entretiens avec des membres de différentes directions du CHU, ainsi que les séances du comité de suivi, nous ont permis de contextualiser nos investigations vis-à-vis des enjeux globaux de l'établissement.

Le caractère opportuniste de nos observations nous a également permis de bénéficier d'une certaine visibilité concernant les différentes périodes de la vie de l'hôpital. Nous avons en effet réalisé des observations sur l'ensemble des différentes vacations horaires : matin, après-midi et nuit. Toutefois les observations de nuit n'ont pas fait l'objet de recueil systématique, et n'ont donc pas non plus donné lieu à des autoconfrontations durant cette période. Nous serions intéressée de pouvoir réaliser de telles analyses sur cette période du nycthémère, car nous pouvons supposer qu'il existe des points communs, mais aussi des différences, avec les périodes diurnes. Cathy Toupin (2008), lors de sa thèse sur l'expérience du travail de nuit chez les infirmières, a déjà proposé des éléments de compréhension des caractéristiques propres à cette période : forme de fatigue spécifique et isolement pour les

soignants, et état spécifique des patients (peur, angoisse, etc.). Elle a analysé l'appropriation progressive de ces éléments avec l'expérience, et leur prise en compte dans leurs buts de travail. Il serait ainsi intéressant (et cela fait partie de nos projets actuels) de comprendre tout à la fois les effets des contraintes propres de ces horaires, mais aussi les espaces de liberté qu'ils peuvent offrir, vis-à-vis de l'élaboration des interactions formatives ; ce d'autant plus que, comme Cathy Toupin le souligne, ce volet du métier est peu développé en formation.

Nos observations ont évidemment été influencées par les contextes des situations. Il a été intéressant d'assister à des périodes de fortes pressions temporelles pour observer leurs conséquences sur la transmission professionnelle (co-action des protagonistes, échanges avec les patients, etc.). Cependant, d'un autre point de vue cela a compliqué notre recueil de propos explicites de la part des personnes observées. Ce recueil, reposant principalement sur du verbal, s'en est trouvé influencé car, lors de ces périodes, les échanges (toute forme confondue) se réduisent en volume, densité et ampleur (Ouni, 1998).

Le déroulement même de notre propre recherche est aussi un élément « révélateur » des contraintes du système, en termes notamment de difficulté à fixer une date pour réunir l'ensemble des participants au comité de suivi, mais aussi des difficultés, voire impossibilités à mettre en place différents ateliers réflexifs avec des soignants, alors même que des manifestations d'intérêt de ces mêmes acteurs pour notre thème d'étude étaient bien perceptibles.

Enfin, être seule analyste pour étudier une activité collective, et qui plus est recueillir des échanges verbaux sans enregistrement possible, pose la question de la pertinence du matériau recueilli. Cependant, ce matériau, quand nous l'avons utilisé pour la réalisation des ateliers réflexifs (ainsi que pour la formation de cadres et un entretien avec une formatrice), a pu nous apporter davantage d'éléments de compréhension.

2.2. La transmission, une activité sous contrainte

Nous avions évoqué dans le premier chapitre que certaines caractéristiques actuelles du monde du travail, notamment dans les établissements de soins, pouvaient être mises en cause dans le plus ou moins « bon » déroulement de la transmission à l'hôpital. Nous souhaitons revenir sur quelques unes d'entre elles au regard de nos résultats.

Nous avons très largement retrouvé ces éléments de contexte au sein du CHU, dans les services observés ou au moins certains d'entre eux. Du côté de l'organisation générale du système de soins : transformations du management et de l'organisation en lien avec une recherche de rationalisation des coûts, fusions d'établissements, réorganisations au sein des services en termes de changements de spécialité médicale, patients à durées de séjours plus

brèves, et présentant davantage de polypathologies, etc. Du côté des ressources humaines : resserrement d'effectifs, absentéisme, mobilité (interne et externe), et difficultés de fidélisation. Ces enjeux de fidélisation des personnels soignants (les infirmières notamment) concernent tout à la fois des départs de personnels au cours de leurs premières années de travail, et un nombre important d'abandons au cours de la formation initiale.

Nos analyses montrent que dans le contexte de changements permanents de l'hôpital, les statuts d'« ancien » et de « nouveau » peuvent être remis en question. L'analyse de la situation 1 - dans un contexte de changement de spécialité médicale du service de SSR, proche aujourd'hui des caractéristiques d'un service de gérontologie - en fournit un exemple. C'est la nouvelle AS dans le service qui, grâce à ses trois années antérieures de soins à domicile auprès de personnes âgées, possède de l'expérience dans la prise en charge de ce type de patients ; l'ancienne AS qui, elle, a vécu l'évolution du service - changement n'ayant pas donné lieu à un accompagnement en termes de formation - découvre pour sa part la spécificité de ces soins. Dans cette situation, les aides-soignantes mutualisent leurs pratiques à l'occasion de l'encadrement d'une élève, mais c'est la nouvelle qui apporte à l'ancienne des éléments qui répondent aux nouvelles exigences, en mettant notamment l'accent sur différentes facettes de la dimension relationnelle dans les soins.

Nous avons aussi montré que la transmission est en elle-même une tâche laissée à la discrétion des personnels soignants (chapitre 5). Elle nécessite de leur part un fort investissement, et cela, tant pour créer les modalités de cette tâche, que pour les mettre en œuvre. L'activité ainsi déployée rencontre de manière très forte les caractéristiques du travail et les évolutions dont nous parlions précédemment.

L'analyse des conditions d'accueil et d'encadrement témoigne ainsi d'un resserrement des contraintes temporelles et d'une instabilité dans les équipes : la venue d'un nouveau n'est pas toujours anticipée ni par lui, ni par l'équipe qui le découvre en début de vacation (situations 9 et 11) ; les contraintes du service peuvent raccourcir le temps de doublure et donc amener un nouveau à prendre rapidement seul en charge une partie des tâches (situations 2 à 4, 6) ; un nouveau peut se retrouver avec un personnel lui-même peu expérimenté ou passer d'un soignant à un autre (situations 6, 11) ; un membre de l'équipe peut avoir plusieurs nouveaux à accueillir en même temps (situations 1, 7, 9, 11) ; enfin, certains nouveaux peuvent bien connaître le type de soins, les patients ou le matériel dès leur arrivée grâce à leur expérience passée, et à l'opposé, des « anciens » peuvent se retrouver en situation de « novices », quand leur service vient de changer de spécialité (situation 1), ou quand leurs différentes affectations les amènent à être peu présents dans le service en question (situation 5).

De plus, l'urgence d'un soin peut amener à interrompre ou modifier les modalités de transmission (situations 8, 9, 10) ; mais en retour, le temps pris pour encadrer un nouveau peut réduire la possibilité d'aider d'autres collègues ou peut renvoyer des tâches à l'équipe suivante (situations 1, 6) ; et enfin, la passation d'un examen peut perturber le déroulement des soins en changeant l'organisation du travail, avec des problèmes de traçabilité, d'erreurs ou d'oublis éventuels, ou l'impossibilité d'accès à certains locaux (situation 12).

2.3. L'élaboration des interactions formatives, un révélateur des contraintes

Nous nous sommes alors particulièrement intéressée à comprendre comment les protagonistes s'efforcent de maintenir leur activité d'élaboration des interactions formatives. C'est pour cela que nous avons fortement insisté sur le caractère discrétionnaire de la transmission professionnelle, car l'analyse même de la manière dont les protagonistes gèrent cet espace de discrétion est elle-même porteuse d'outils de compréhension de l'organisation du travail à l'hôpital et de son fonctionnement.

L'étude de l'élaboration de ces interactions formatives fait apparaître des aspects de tension du travail à l'hôpital, en lien avec les transformations de ce secteur. On observe ces tensions dans les contenus abordés : nous avons montré de nombreux exemples d'échanges portant sur l'organisation du service, les priorités locales dans l'activité de soins, les butées temporelles, la coordination avec les collègues (du même métier ou non). Mais nous insistons aussi sur le fait que ces tensions sont perceptibles dans le déroulement même des interactions.

Or, il nous semble probable qu'une partie des conditions qui rendent possible le maintien d'une élaboration des interactions formatives, soient aussi celles qui permettent de préserver la qualité des soins.

Notre classement même des différentes manières de concilier les activités de transmission et de travail est révélateur des contraintes du système. La transmission prend davantage d'ampleur quand les contraintes sont gérées collectivement. Cela remet en question les modalités du dispositif du tutorat : quand il n'y a pas un temps et des personnes dédiés à la transmission, cela réduit son ampleur, mais surtout quand les régulations collectives au sein des équipes ne sont pas possibles. Quand les contraintes de la production elles-mêmes sont moins serrées, ces régulations collectives sont moins indispensables, mais aussi davantage possible.

Nombre de commentaires des nouveaux (collègues ou élèves) mettent l'accent sur l'existence d'une diversité de pratiques. Celle-ci existe d'abord d'un service à un autre, par exemple la réalisation d'une pose de perfusion n'est pas prescrite de la même manière. Cela

questionne l'interchangeabilité, pourtant préconisée par le système dans la mise en place d'une mutualisation des personnels, la mobilité des soignants, ou encore les changements de spécialité des services sans accompagnement en termes de formation.

Changer de service nécessite ainsi un temps d'adaptation pour les nouveaux à des pratiques différentes. Ce temps est prévu par le système, mais nos résultats montrent que la plupart du temps, face à la réalité de la production et de ses contraintes, la période de deux semaines de doublure est rarement respectée. Cette diversité de pratiques existe aussi au sein d'un même service. Cela révèle le fait que les pratiques ne sont pas aussi homogènes que le « système » le souhaiterait. Rappelons ici quelques exemples : le moment différent pour noter les soins dans les dossiers, tout de suite après les avoir réalisés, ou en fin de vacation ; le fait de réaliser les soins en série ou les grouper pour chaque patient, etc.

Les élèves ont mis l'accent sur des soins qu'ils ne sont pas censés réaliser, ni en tant qu'élèves, ni même s'ils étaient déjà professionnels (recopier eux-mêmes des prescriptions médicales sans les avoir faites contresigner par un médecin), mais qui révèlent des pratiques locales pourtant bien installées. Les étudiants ont également révélé des incohérences, de leur point de vue, entre les pratiques qu'ils découvrent au cours de leurs stages et ce qu'ils apprennent à l'école. Le fait qu'un service ne respecte pas strictement les protocoles du CHU (références pour les examens de diplôme), les met dans des situations délicates vis-à-vis de leur apprentissage : ils vont apprendre à faire d'une façon qui ne correspond pas à ce que l'on attend d'eux du point de vue de l'école. C'est sans doute ce type d'élément qui a conduit à faire disparaître les MSP[72] dans la nouvelle formation. Toutefois, les étudiants rencontrés en ateliers réflexifs, qui sont inscrits dans le nouveau programme de formation, disent qu'ils rencontrent les mêmes difficultés, mais aussi qu'ils sont souvent confrontés, lors de leurs stages, au type de réaction suivant de la part de leur encadrant : « *fais ce que je dis, mais pas ce que je fais* ».

3. La transmission professionnelle et les activités réflexives au travail

Plusieurs auteurs ont proposé de distinguer l'activité « fonctionnelle » de l'activité « méta-fonctionnelle » (Falzon, 1994) ou encore, l'activité « productive » de l'activité « constructive » (Samurçay et Rabardel, 2004) afin de différencier l'activité qui consiste en une action sur le monde dans l'empan temporel de l'ici et maintenant, de celle qui transforme le sujet lui-même dans un empan temporel de moyen, voire long terme.

[72] Mise en Situation Professionnelle

Le deuxième type d'activité – méta-fonctionnelle ou constructive - est fortement recherché aujourd'hui par les organisations du travail, car c'est sur lui que reposent le développement des compétences des acteurs, et leurs capacités à s'adapter à de nouvelles situations. Toutefois ce type d'activité repose lui-même sur des pratiques réflexives (Schön, 1993), qui consistent pour les acteurs à prendre pour objet de réflexion leur activité de travail. Valérie Pueyo (1999) insiste d'ailleurs sur le fait que c'est sur la base de ces réflexions que repose l'expérience : « l'expérience apparaît donc comme le « vécu » d'un ensemble d'évènements, de situations dont éventuellement on peut tirer les conséquences, les « enseignements » ; elle est le fondement nécessaire à la construction des compétences à condition que l'on en tire des leçons […] tirer les profits de l'expérience implique d'avoir reconnu les obstacles, d'avoir réfléchi sur la nature, les moyens de les contourner, les autres manières de faire » (idib., p 26).

Cependant, même si ces pratiques réflexives participent à la construction des compétences, ces dernières ne sont pas pour autant conscientes pour les acteurs. Elles sont plus ou moins verbalisables, « incorporées » ou « tacites » (Leplat, 1997). Différentes méthodologies ont été proposées pour aider les acteurs à développer leurs activités réflexives ; et l'analyse de l'activité peut y jouer elle-même le rôle soit d'« objet » soit de « moyen » (Teiger, Lacomblez et Montreuil, 1997).

Bénédicte Six-Touchard (1999) a d'ailleurs utilisé « l'auto-analyse assistée » (analyse du travail), proche des méthodes de co-analyse (Clot, 2001b) et « d'analyse guidée » (Teiger et Laville, 1991), pour étudier des situations de tutorat dans le cadre de formations en alternance pour des apprentis cuisiniers préparant un CAP. L'objectif poursuivi par l'auteure était d'outiller les acteurs dans l'analyse de leurs pratiques : aider les tuteurs à verbaliser davantage leur activité, et aider les apprentis dans leur apprentissage. Préalablement à la formation (et à son évaluation) par « l'auto-analyse assistée », l'auteure a d'une part recueilli par entretiens leurs représentations sur le tutorat, d'autre part construit un schéma des déterminants de l'activité d'un chef cuisinier, puis enfin filmé des situations de tutorat. C'est sur la base de ce schéma et des vidéos qu'elle a fait verbaliser - en provoquant donc des pratiques réflexives - chacun des acteurs sur sa propre activité. Elle a évalué l'appropriation de cet outil en analysant les vidéos des mêmes binômes après la formation. Elle montre de manière générale une augmentation quantitative des interactions. Plus spécifiquement pour les tuteurs, elle constate des modifications de leurs explications et des transformations des formes de tutorat, davantage orientées vers un guidage plus direct avec l'action. Pour les apprentis, les résultats sont plus mitigés avec un développement partiel de leurs questions.

Nos propres outils méthodologiques sont à mettre en lien avec ces travaux, à cela près que nous nous sommes davantage focalisée sur l'activité commune des acteurs dans l'élaboration

même des interactions formatives, et en prenant aussi en compte les contraintes de la production (les soins). Nous avons aussi analysé les échanges verbaux avec l'intention de saisir ce que les protagonistes « expriment » de leur expérience. En situation, ils sont amenés à verbaliser « pour l'autre » ce qu'ils sont en train de faire, ont fait ou vont faire. Face aux réactions de l'autre, chacun est mis en position d'expliciter davantage en fonction de son propre parcours, de ses propres expériences passées. Nous prolongeons ici les constats d'Esther Cloutier et *al.* (2002), qui ont montré les différences dans les façons de transmettre et les contenus abordés par les tuteurs, suivant leur âge et leur ancienneté dans le métier.

Malgré cet effort d'expression verbale, nous retrouvons bien, chez les encadrants notamment, l'idée des compétences incorporées : comme ils ne sont pas forcément conscients de l'ensemble de ce qu'ils mettent en œuvre dans leur activité, cela renforce le rôle de ce que nous avons appelé « construction de la relation ». Celle-ci participe à la construction commune de la « zone proximale » propice au développement des activités de chacun des protagonistes dans les interactions formatives. Cette vision est corroborée par exemple par ce propos d'une encadrante : « *à chaque fois que j'ai un étudiant avec moi, j'explique la pathologie du patient, pourquoi il est là, où il en est, s'il y a des manipulations à faire je lui explique comment il faut faire* […] *mais je réponds surtout par rapport aux demandes des étudiants, parce que je peux pas/ je pense qu'il y a des choses qui sont tellement évidentes pour moi, que je vais pas penser à dire, parce que pour moi je connais* ».

De notre point de vue, les activités réflexives des acteurs apparaissent ainsi déjà pendant le déroulement des interactions formatives. C'est le fait même que l'un des protagonistes interpelle l'autre sur les pratiques professionnelles qui initie les échanges. Nous approchons déjà des activités réflexives à l'œuvre dans les situations observées, par les questionnements de chacun, mais aussi quand un nouveau précise « *je ne sais pas faire telle chose* », ou quand l'encadrante dit « *nous ici on fait plutôt comme ça, parce…* ».

De notre point de vue, les interactions formatives elles-mêmes intègrent, contiennent, et déclenchent des activités réflexives chez les protagonistes impliqués. Cependant, en tant qu'observatrice, nous ne pouvons pas évaluer dans quelle mesure une partie de cette réflexion est en train, sinon d'apparaître complètement, du moins de se reconfigurer quelque peu. Par exemple, il est possible que ce que dit l'encadrante à un moment donné soit quelque chose qu'elle dit à presque tous les nouveaux, pratiquement dans les mêmes termes, et peut-être même depuis des années. Ou alors, c'est bien à l'occasion de ce qui se passe ici et maintenant, qu'elle est amenée à le dire un peu différemment, compte tenu des circonstances, de ses propres réflexions, des effets qu'elle a constatés sur les élèves précédents, ou sur celui-ci en particulier, ou encore des échanges qu'elle a pu avoir avec d'autres collègues, eux aussi

encadrants. Comprendre cela était l'objectif des ateliers réflexifs d'encadrants, prévus au départ mais non réalisés, et ces données nous manquent actuellement pour aller plus loin dans ces analyses, repérer davantage la dynamique des trois composantes de notre modèle, et les mettre en lien avec leur propre parcours d'encadrant. Toutefois on peut imaginer que plus la transmission professionnelle comporte d'activités réflexives, et surtout plus elle en déclenche (donc plus on aide à ce qu'elle en déclenche), mieux elle s'en alimentera ensuite, ainsi que la pratique professionnelle à cette occasion.

Les ateliers réflexifs avec des étudiants infirmiers, eux, nous ont d'une part apporté des éléments de compréhension de ce qui se joue pour eux au cours des interactions formatives, et ont d'autre part participé à des prises de conscience chez eux. Compte tenu de la place importante prise par ces ateliers dans notre démarche de recherche, nous voudrions revenir ici sur la manière dont nous avons élaboré ces différentes séances. Selon nous, en effet, une retombée de notre recherche pourrait être de proposer l'organisation de tels dispositifs dans des modules de formation initiale ou continue de soignants, de cadres, voire de formateurs.

Nous considérons ces ateliers comme des lieux d'alloconfrontations collectives (Mollo, 2004 ; Mollo et Falzon 2004), car il s'agit de confronter des extraits d'interactions observées, à un ensemble d'acteurs autres que ceux observés. Ayant pour objectif entre autres de participer à un développement d'activités réflexives, individuelles et collectives, chez les participants, nous avons choisi, d'une part de réaliser trois séances de manière évolutive, et d'autre part de les espacer dans le temps.

Comme nous nous y attendions, lors de la première séance, leurs propos étaient d'emblée généraux et ciblés sur le tutorat en termes de prescrit, ce d'autant plus qu'ils faisaient partie de la première promotion concernée par la réforme de la formation. Toutefois les élèves ont assez vite compris - aidés par nos relances - que nous étions davantage intéressées par leurs propres situations vécues, et qu'il était intéressant (pour eux et pour nous) que chaque situation vécue, proche ou à l'inverse très différente de celle évoquée devant eux, puisse être décrite et mise en discussion. Ainsi, des étonnements sont apparus sur le fait qu'ils aient pu rencontrer des situations similaires, pourtant dans des services différents, et sur la diversité des situations « critiques » qu'ils peuvent rencontrer en tant qu'élèves. A certains moments les animatrices n'avaient plus besoin de relancer les échanges, les élèves se posaient eux-mêmes des questions entre eux.

La deuxième séance, cadrée par la proposition d'échanger à partir de nos propres extraits de situations, les a amenés à échanger de manière très importante sur la question de l'organisation des soins, et de l'identifier comme leur difficulté commune. Cette séance a

aussi permis de revenir sur des cas particuliers présentés à la première séance (la veille) en prenant en compte davantage d'éléments de ces situations. Enfin, en réaction aux situations présentées, les étudiants ont aussi pris conscience de leur avancée dans le cursus, et de certaines étapes communes qu'ils ont traversées.

Lors de la troisième et dernière séance, le fait de leur avoir laissé la main sur le choix de trois situations à aborder au sein d'un ensemble proposé, les a davantage impliqués, les amenant à se positionner davantage comme futurs professionnels. Presque toutes les situations ont été retenues par au moins un élève. Cette diversité de choix les a amenés à se rendre compte qu'ils avaient chacun une « bête noire » selon leur propre vocable : l'organisation des soins, faire les liens avec ce qu'ils apprennent à l'école, les valeurs de métier et les relations encadrant-encadré, etc.

Au terme de l'ensemble des séances, les propos des étudiants sur l'apport des ateliers soulignaient qu'il s'agissait pour eux de pratiques inhabituelles, voire entièrement nouvelles. La réflexion commune sur des situations de transmission soumises à leurs commentaires les a notamment amenés à repérer des invariants dans leurs propres épisodes d'apprentissages (ce qu'ils présentent comme rassurant), mais aussi des facteurs de diversité, dans les épisodes eux-mêmes, et dans le regard que chacun porte sur ceux-ci. Ils ont pu aussi modifier leur point de vue sur la transmission elle-même, en prenant davantage en compte les coûts que représente l'encadrement pour les soignants et les contraintes que ceux-ci doivent gérer ; le bon déroulement de la transmission n'apparait plus à leurs yeux comme dépendant prioritairement de la personnalité du tuteur ; c'était pour eux aussi l'occasion de se projeter eux-mêmes en tant que futurs professionnels, mais aussi en tant que futurs encadrants.

❋ ❋ ❋ ❋ ❋

Pendant la période de notre thèse, l'intérêt d'étudier la transmission professionnelle s'est accentué dans le débat public. La présence, dans la loi de 2009 sur les accords seniors, d'un volet « tutorat », positionne celui-ci à la fois comme une valorisation des itinéraires professionnels des expérimentés, un remède partiel à la pénibilité de leur travail s'ils sont un peu déchargés de tâches de production, et une amélioration de la qualité de l'accueil des nouveaux arrivants. Tout récemment, la mise en place du contrat de génération a pour objectif « de faciliter l'insertion durable des jeunes, de favoriser l'embauche et le maintien dans

l'emploi des salariés âgés, et d'assurer la transmission des savoirs et des compétences, essentielle à la compétitivité des entreprises »[73].

C'est une raison supplémentaire pour chercher, par le biais d'une approche ergonomique, à mettre en lumière la complexité de la transmission professionnelle. Cela fournit des arguments pour contester les stéréotypes dont elle fait souvent l'objet. Nous défendons de ce point de vue quelques positions principales. Nos résultats incitent d'abord à envisager la transmission non pas comme un transfert de savoirs, ni un passage de connaissances d'un individu à un autre, à un moment délimité dans le temps, mais plutôt comme une activité, un processus, une construction liée à l'histoire des collectifs et des parcours des individus tout au long de la vie professionnelle. Pour cette raison il serait restrictif d'aborder ce sujet en termes de rapports entre générations, vues souvent sous l'angle de deux classes d'âge, avec des jeunes d'un côté et des « âgés » de l'autre, mais plutôt de prendre en compte le fait que les populations au travail sont constituées d'une diversité d'âges, d'anciennetés, de parcours et d'expériences.

En outre, nous pensons avoir montré que la transmission ne relève pas d'un processus unilatéral, orienté des expérimentés vers les novices, mais plutôt d'un ensemble d'échanges et de mutualisations, réciproques, et insérés dans des dimensions collectives larges. Enfin et surtout, nous avons cherché à établir et analyser ses liens étroits, non pas tellement avec les caractéristiques individuelles ou générationnelles, mais davantage avec les conditions et l'organisation du travail, de l'accueil et de la formation, ainsi que la gestion de ressources humaines. Une analyse statistique très récente sur la question du tutorat en entreprise (Molinié et Volkoff, 2013), montre d'ailleurs que ceux qui réalisent une activité de tutorat se décrivent comme « davantage soumis à la pression du temps », mais que cette dernière semble « compensée par un plus fort sentiment de reconnaissance, et de plus nombreuses occasions d'apprendre ».

Nous avons ainsi mis l'accent sur le fait que cette problématique est à la croisée de plusieurs « mondes », le travail, l'emploi et la formation. Elle met en jeu des facteurs organisationnels à plusieurs niveaux, macro (politiques publiques et secteur d'activité), méso (entreprise, organisation du travail et services) et micro (situation de travail, collectif de travail).

Les situations de transmission, et a fortiori les pratiques réflexives sur cette transmission, telles que nous avons cherché à les développer, placent les protagonistes dans une situation autre que la « simple » production. Ils sont amenés à mettre en mots leurs pratiques, à faire

[73] circulaire DGEFP/DGT n° 2013-07 du 15 mai 2013

état de leurs connaissances et à expliciter leur propre vision de celles-ci. En retour, leur propre expérience est mise à l'épreuve par les questions posées par l'autre. La transmission professionnelle opère une prise de recul vis-à-vis du travail, mais aussi vis-à-vis de soi. Les interactions formatives incitent les protagonistes à se questionner, respectivement et mutuellement, sur ce qu'ils font, ce qu'ils ont acquis, ce qu'ils ont construit et ce qu'ils projettent de devenir. Chacun accède ainsi à des enjeux extrêmement intimes de sa propre vie, en particulier à travers les composantes du métier et la manière dont elles-mêmes évoluent. Analyser ces interactions, et les réflexions qu'elles suscitent chez les acteurs eux-mêmes, permet de montrer en quoi la transmission constitue « un processus de régulation des dyschronies » (Gaudart et Ledoux, à paraître), c'est-à-dire qu'elle régule les conflits existants entre les temporalités des individus et celles de l'organisation.

Dans ce cadre, les interactions formatives peuvent, soit devenir l'un des (derniers ?) lieux ou espaces d'élaboration collective des pratiques professionnelles en situation de travail, soit faire l'objet de conflits quand les transformations du travail ne sont pas accompagnées. Notre recherche contribue ainsi à présenter la transmission professionnelle, à l'hôpital en tout cas, comme une activité « nodale » (Gaudart et Thébault, 2012) : elle permet de tisser le métier et d'en débattre entre les personnels de différentes anciennetés, de différents parcours, mais c'est aussi un lieu de tension entre les exigences de l'organisation et celles portées par les soignants. A ce double titre, nous espérons avoir montré qu'une recherche sur la transmission professionnelle peut constituer un outil original, avec un apport spécifique, pour comprendre le travail.

BIBLIOGRAPHIE

A

Acker, F. (2004). Les infirmières en crise ? *Mouvements*, 32(2), 60-66.

Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, 1, 161–181.

Acker, F. et Arborio, A.-M. (2004). Infirmière et aide-soignante. Dans D. Lecourt (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale* (p. 646-652). Paris, France : PUF.

Alter, N. (2003). Mouvement et dyschronies dans les organisations. *L'Année sociologique*, 53 (2), 489-514.

Aravis. Démarche prospective : 2010 "Quel travail dans 20 ans ?"

Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93-126.

Arborio, A-M. (2005). Hommes et femmes aides-soignants : deux métiers différents ? Dans Colloque « *Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé* », session « Genre et professions de santé ». Drees/MIRE, Paris.

Arborio, A.-M. (2010). Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du « sale boulot ». Dans D. Demazière et Ch. Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels : Acquis récents et nouveaux défis* (p. 51-61). Paris, La Découverte.

Arnault, S., Evain, F., Fizzal, A., et Leroux, I. (2009). L'activité des établissements de santé en 2007 en hospitalisation complète et partielle. Drees, *Etudes et Résultats,* 691.

Arnault, S., Evain, F., Fizzal, A., et Leroux, I. (2010). L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle. Drees, *Etudes et Résultats*, 716.

Askenazy, Ph. (2004). *Les désordres du travail : Enquête sur le nouveau productivisme*. Paris : Seuil.

Askenazy, Ph., Cartron, D., De Coninck, F. et Gollac, M. (2006). *Organisation et intensité du travail.* Toulouse : Octarès.

Astier, Ph., Conjard, P., Devin, B., et Olry, P. (dir.) (2006). *Acquérir et transmettre des compétences, une étude conduite auprès de dix entreprises.* Lyon : Éditions de l'ANACT.

Aubry, F. (2012). Transmettre un genre professionnel, l'exemple des nouvelles recrues aides-soignantes : une comparaison France-Québec. *Formation Emploi*, 119, 47-63.

Audric, S. et Niel, X. (2002). La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics. Drees, *Etudes et Résultats*, 169.

Avila-Assunção, A. (1998). *De la déficience à la gestion collective du travail : les troubles musculo-squelettiques dans la restauration collective*. Thèse de Doctorat d'Ergonomie. Laboratoire d'Ergonomie Physiologique et Cognitive, EPHE/Créapt.

Avila-Assunção, A. et Laville, A. (1996). Rôle du collectif dans la répartition des tâches en fonction des caractéristiques individuelles de la population. Dans R. Patesson (s/d), *Intervenir par l'ergonomie – Actes du XXXIe Congrès de la Société d'ergonomie de langue française* (Vol. 2, p. 23-30). 11-12-13 septembre, Bruxelles.

B

Barbier, J.-M. (1992). La recherche de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail. *Education Permanente*, 122, 125-146.

Barbier, J.-M., Berton, F. et Boru, J.-J. (dir.) (1996). *Situations de travail et formation*. Paris : L'Harmattan.

Barbier, J.M. et Morin, M. (1995). *Tutorat et fonction tutorale en entreprise : analyse et propositions.* Ministère du Travail et des Affaires Sociales : délégation à la formation professionnelle.

Barlet, M. et Cavillon, M. (2011). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. Drees, *Etudes et Résultats*, 759.

Barthe, B. (2003). La visibilité de l'activité d'autrui, composante de la dimension collective du travail de soin. *Travail et Emploi*, 94, 51-58.

Beaujolin, R. (1999). *Les vertiges de l'emploi*. Paris, Grasset.

Bellier, S. (2002). *Ingénierie en formation d'adultes. Repères et principes d'action*. Paris : Édition Liaisons.

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*. Paris : La Découverte.

Bercot, R. et Coninck de, F. (2005). *L'univers des services*. Paris : L'Harmattan.

Bercot, R. et De Coninck, F. (2006). *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?* Paris : L'Harmattan.

Bessière, S. (2005). La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. *Revue Française des Affaires sociales*, 1, 19-33.

Besucco, N., Tallard, M., du Tertre, Ch. et Ughetto, P. (2002). *La relation de service : un nouveau modèle de travail en tension*. Rapport pour le ministère de la Recherche.

Billaut, A., Breuil-Genier, P., Collet, M. et Sicart, D. (2006). Les évolutions démographiques des professions de santé. Dans *Données Sociales – La Société Française*, Paris : INSEE, 555-566.

Boltanski, L. et Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.

Boru, J.-J. et Barbier, J.-M. (1989). *Les tuteurs et le développement de la fonction tutorale de l'entreprise dans la formation des jeunes en alternance. Analyse de la situation actuelle et perspectives d'évolution*. Luxembourg : OPOCE.

Boru, J-J., Leborgne, C. (1992). *Vers l'entreprise tutrice*. Paris : Editions Entente.

Borzeix, A. et Lacoste, M. (1991). Apprentissage et pratiques langagières : perspectives sociolinguistiques. Dans D. Chevallier (dir.), *Savoir-faire et pouvoir transmettre. Transmission et apprentissage des savoir-faire et des techniques* (p. 23-31). Paris : Edition de la Maison des Sciences de l'Homme.

Boucheix, J.-M et Coiron, M. (2008). Analyse de l'activité de transmission écrite au cours des relèves de poste à l'hôpital : Évaluation ergonomique de l'usage d'un nouveau format d'écriture. @ctivités, 5(1), 79-102.

Bouffartigue, P. et Bouteiller, J. (2002). L'érosion de la norme du temps de travail. *Travail et Emploi*, 92, 43-55.

Bouffartigue, P. et Bouteiller, J. (2005). *Mesure et dé-mesure du temps de travail. Les enquêtes de 1995 et 2001 sur la durée du temps de travail*. Note de synthèse du rapport de recherche - L.E.S.T. - CNRS -UMR 6123.

Bouffartigue, P. et Bouteiller, J. (2006). Jongleuses en blouse blanche. La construction sociale des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. *Temporalités*, 4, 25-41.

Boutet, J., Gardin, B. et Lacoste, M. (1995). Discours en situation de travail. *Langages*, 117, 12-31.

Bronckart, J.-P. (2001). S'entendre pour agir et agir pour s'entendre. Dans J.-M. Baudouin et J. Friedrich (dir.), *Théories de l'action et éducation* (p. 133-154). Bruxelles : De Boeck.

Brown, S. L. & Eisenhardt, K. M. (1997). The art of continuous change : Linking complexity theory and time-paced evolution in relentlessly shifting organizations. *Administrative Science Quarterly*, 42.

Bruner, J. (1983). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*. Paris : PUF.

Bué, J., Coutrot, T., Hamon-Cholet, S. et Vinck, L. (2007). Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail. Dares, *Premières Informations, Premières Synthèses*, n° 01.2.

Bué, J., Hamon-Cholet, S. et Puech, R. (2003). Organisation du travail : comment les salariés vivent le changement. Dares, *Premières Synthèse*, n°24.1.

Bunel, M. (2006). L'utilisation des modes de flexibilité par les établissements français. *Travail et Emploi*, 106, 7-24.

C

Caillard, J.-F. et Estryn-Behar, M. (2005). « *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe* », Résultats de l'enquête PRESS/NEXT.

Camus, I. et Walstisperger, D. (2009). Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants. Dares, *Premières Informations et Premières Synthèses,* n° 41.4.

Caroly, S. et Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail. Des conditions de développement des stratégies d'expérience. Comparaison de deux bureaux. *Formation et Emploi*, 88, 43-55.

Caroly, S. et Weill-Fassina, A. (2004). Evolutions des régulations de situations critiques au cours de la vie professionnelle dans des activités de relations de service. *Le Travail Humain*, 67 (4), 304-327.

Caroly, S. et Weill-Fassina, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? @ctivités, 4(1), 85-98. http://www.activites.org/ v4n1/v4n1.pdf

Cau-Bareille, D. (2012). Travail collectif et collectif de travail au fil de l'âge : des ressources et des contraintes. Dans A.-F Molinié, C. Gaudart et V. Pueyo (coord.), *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (p. 181-203). Toulouse : Octarès.

Cau-Bareille, D. et Zara-Meylan, V. (2006). La transmission de la gestion des risques et des savoir-faire de prudence. Dans Actes du séminaire CREAPT-EPHE Vieillissement et Travail 2005 (p. 125-152). Cee, *Rapport de recherche*, 35.

Chabaud, C. (1990). Tâche attendue et obligations implicites. Dans M. Dadoy et *al*. (dir.). *Les analyses du travail : enjeux et formes* (p.174-182). Paris : CEREQ.

Chardon, O. et Estrade M.-A. (2007). Les métiers en 2015. Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications ». CAS et Dares. *Rapports et Documents*, 6. Paris : La Documentation française.

Chassaing, K. (2006). *Élaboration, structuration et réalisation des gestuelles de travail : les gestes dans l'assemblage automobile, et dans le coffrage des ponts d'autoroute*. Thèse de Doctorat d'Ergonomie. Paris : EPHE-Créapt, Conservatoire National des Arts et Métiers.

Chatigny, C. (1995). *Construction des savoirs professionnels*. Mémoire de DEA en ergonomie. CNAM. Paris.

Chatigny C. (2001a). Les ressources de l'environnement : au cœur de la construction des savoirs professionnels en situation de travail et de la protection de la santé. *Pistes*, 3(2), 1-19.

Chatigny, C. (2001b). Construire des ressources pour l'apprentissage en situation de travail : une nécessité pour la santé et la sécurité au travail. Dans Comptes rendus du congrès "*Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*" (p.136-141). SELF-ACE Montréal.

Chatigny, C. (2001c). *La construction de ressources opératoires. Contribution à la conception des conditions de formation en situation de travail.* Thèse de doctorat d'ergonomie. Conservatoire National des Arts et Métiers. Paris.

Chatigny, C., Vézina, N. (2004). Le développement des compétences : Enjeux de santé et de sécurité au travail. Dans 13e Congrès de psychologie du travail et des organisations. AIPTLF – Bologne.

Chatigny, C. et Vézina, N. (2008). L'analyse ergonomique de l'activité de travail : un outil pour développer les dispositifs de formation et d'enseignement. Dans Y. Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 127-159). Toulouse : Octarès.

Chauvancy, M.-C. (2009). Les réformes hospitalières et leur impact sur l'encadrement infirmier. Récupéré sur le site "carnet de santé". http://www.carnetsdesante.fr/Les-poles-d-activite-une-chance.

Claveranne, J.-P. (2003). L'hôpital en chantier : du ménagement au management. *Revue française de gestion*, 146, 125-129."

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.

Clot, Y. (2001a). Clinique de l'Activité et pouvoir d'Agir. *Education Permanente*, 146, 7-16.

Clot, Y. (2001b). Clinique du travail et action sur soi. Dans J.-M. Baudoin et J. Friedrich, *Théories de l'action et éducation* (p. 255-277). Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Clot, Y. (2005). Le développement du collectif : entre l'individu et l'organisation du travail. Dans Ph. Lorino et R. Teulier (dir.) *Entre connaissance et organisation : l'activité collective* (p. 187-199). Paris : La Découverte.

Clot, Y. et Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.

Clot, Y., Fernandez, G. et Scheller, L. (2007). Le geste de métier : problèmes de la transmission. *Psychologie de l'interaction*, 23-24, 109-138.

Cloutier, E., David, H., Prévost, J. et Teiger, C. (1998). Santé, sécurité et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile. IRSST, Rapport R-202, *Etudes et Recherches*, Montréal.

Cloutier, E., David, H., Prévost, J. et Teiger, C. (1999). Les compétences des auxiliaires familiales et sociales expérimentées et leur rôle protecteur à l'égard des contraintes et des risques dans l'activité de travail. *Formation Emploi*, numéro spécial 67, 3-75.

Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, E., David, H., Gagnon, I., Ouellet, F. et Teiger C. (2005). Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires sociales et familiales et des infirmières de soins à domicile au Québec. *Pistes*, 7(2).

Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, E., David, H., Gagnon, I. et Ouellet, F. (2006). Étude descriptive des conditions d'emploi, de travail et de santé et de sécurité du travail des infirmières d'agence privée dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. IRSST, Rapport R-475, *Etudes et recherches*, Montréal.

Cloutier, E., Fournier, P.-S., Ledoux, É., Gagnon, I. et Vincent-Genod C. (2008). Percer la culture de métier : une clé essentielle pour les novices afin d'accéder aux savoir-faire de prudence et de métier des travailleurs expérimentés du cinéma. Dans Recueil des communications du Colloque international « *Les jeunesses au travail : rapports intergénérationnels et dynamiques des groupes professionnels* », Brest, 29-30 mai.

Cloutier, E., Fournier, P.-S., Ledoux, E., Gagnon, I., Beauvais, A. et Vincent-Genod, C . (2012). La transmission des savoirs de métier et de prudence par les travailleurs expérimentés - Comment soutenir cette approche dynamique de formation dans les milieux de travail. IRSST, Rapport R-740, *Études et recherches*, Montréal.

Cloutier, E., Lefebvre, S., Ledoux, E., Chatigny, C. et St-Jacques, Y. (2002). Enjeux de santé et de sécurité au travail dans la transmission des savoirs professionnels : le cas des usineurs et des cuisiniers. IRSST, Rapport R-316, *Etudes et recherches*, Montréal.

Coninck de, F. (1998). Les bonnes raisons de résister au changement. *Revue française de gestio*n, 120, 162-168.

Coninck de, F. (2005). Crise de la rationalité industrielle et transformations de la prescription : une étude de cas. *Sociologie du Travail*, 47, 77-87.

Coninck de, F. et Gollac, M. (2006). L'intensification du travail : de quoi parle-t-on ? Dans Ph. Askenazy, D. Cartron, F. De Coninck et M. Gollac, *Organisation et intensité du travail*. Toulouse : Octarès

Conjard, P., Devin, B. et Olry, P. (2006). Acquérir et transmettre des compétences dans les organisations. Dans XVIIe Congrès de l'AGRH – « *Le travail au cœur de la GRH* », Reims.

Cordier, M. (2008). Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients. Drees, *Études et Résultats*, 633.

Cordier, M. (2009). L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes. Drees, *Etudes et Résultats*, 709.

Cousin, O. (2009). Quelle place pour le travail ? *Revue Interventions économiques*, 39, 2-17.

Crainich, D., Leleu, H. et Mauleon, A. (2009). Impact du passage à la tarification à l'activité : une modélisation pour l'hôpital public. *Revue économique*, 60(2), 471-488.

Cru, D. et Dejours, Ch. (1983). Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. *Cahiers Medico-Sociaux*, 3, 239-247.

D

Daniellou, F. (2002). Le travail des prescriptions. Conférence inaugurale du XXXVIIe Congrès de la SELF. Aix-en-Provence.

Davezies, Ph. (2001). Vieillissement et processus de sélection : de l'observation à la recherche des modalités d'action. Dans *Travail, santé, vieillissement. Relations et évolutions*. Toulouse : Octarès.

Davezies, Ph., Cassou, B. et Laville, A. (1993). Transformations avec l'âge et activité de travail. *Archives des maladies professionnelles*, 54(3), 190-197.

David, C. (2001). *La relation client. Pour une meilleure performance de l'entreprise*. Lyon : ANACT, Paris : Editions Liaisons.

Defresne, M., Marioni, P. et Thévenot, C. (2010). Emploi des seniors : pratiques d'entreprises et diffusion des politiques publiques. *Dares analyses*, 54.

Delay, B. (2006). La transmission des savoirs dans l'entreprise. Construire des espaces de coopération entre les générations au travail. *Informations Sociales*, 134(6), 66-77.

Delay, B. (2008). Les rapports entre jeunes et anciens dans les grandes entreprises. La responsabilité organisationnelle dans la construction de dynamiques intergénérationnelles coopératives. *Cee, Document de travail*, 103.

Delay, B. et Huyez-Levrat, G. (2006). Le transfert d'expérience est-il possible dans les relations intergénérationnelles ? *Sociologies pratiques*, 12, 37-50.

Delgoulet, C. (2012). Apprendre pour et par le travail : les conditions de formation tout au long de la vie professionnelle. Dans A.-F. Molinié, C. Gaudart et V. Pueyo (coord.), *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (p. 45-74). Toulouse : Octarès.

Delgoulet, C., Largier, A., et Tirilly, G. (2012). L'impossible mesure du tutorat en entreprise ? Dans Journées Internationales de Sociologie du Travail « *Mesures et démesures du travail »*, les 25-27 janvier, Bruxelles (Belgique).

Detchessahar, M. et Grevin A. (2009). Le tournant gestionnaire des établissements de santé et son impact sur la santé au travail : le cas d'un centre de soins de suite malade de « gestionnite ». Communication lors du 74ème Congrès de l'ACFAS, mai, Ottawa, Canada.

Dietrich, A. (1999). La dynamique des compétences, point aveugle des techniques managériales. *Formation Emploi*, 67, 9-23.

Dietrich, A. (2010) (2ème édition). *Le management des compétences*. Paris : Vuibert.

Divay, S. (2010). Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'absentéisme dans un hôpital local. *Sociétés contemporaines*, 77(1), 87-110.

Divay, S. (2011). Confusion dans la transmission intergénérationnelle du métier de soignante. *Recherches familiales*, 8, 101-114.

Duc, M. (2002). *Le Travail en chantier*. Toulouse: Octarès.

Dujarier, M.-A. (2006a). *L'Idéal au travail*. Paris : PUF.

Dujarier, M.-A. (2006b). La division sociale du travail d'organisation dans les services. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, 129-136.

Dumas, A. et Le Lan, R. (2006). Âge et conditions de travail dans les établissements de santé. Dans *Données sociales - La société française* (p.395-404). Paris : INSEE.

E

Estryn-Behar, M. (1988). Pathologies du personnel hospitalier féminin et conditions de travail. Contrat de recherche externe – INSERM, 85-91, CSS n°8.

Estryn-Behar, M. (1996). *Ergonomie hospitalière, Théorie et pratique*. Éditions Estem.

Estryn-Behar, M. (2009). Dégager des temps et des lieux d'échanges. *Santé et Travail*, 66, 41.

Estryn-Behar, M., Guetarni, K., Picot, G. et Bader, C. (2010). Interruptions et abandons dans la formation en soins infirmiers en Ile-de-France. *Soins cadres*, 73, 49-52

Estryn-Behar, M., Jasseron, C. et Le Nézet, O. (2006). Les facteurs liés à l'abandon de la profession soignante. Confirmation de leur impact à un an d'intervalle. Analyse longitudinale des soignants de l'enquête Presst/Next. *Revue d'Epidémiologie et De Santé Publique*, 54(6), 555-562.

Estryn-Behar, M. et Le Nézet, O. (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicateurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Soins cadres*, HS. 2, 2-14.

Estryn-Behar, M., Le Nézet, O., Bonnet, N et Gardeur, P. (2006). Comportements de santé du personnel soignant. Résultats de l'étude européenne Presst-Next. *La Presse Médicale*, 35(10), 1435-1446.

Estryn-Behar, M., Négri, J.-F. et Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit Déontologie et Soin*, 7, 308-327.

Everaere, Ch. (2008). La polyvalence et ses contradictions. Dans 18e Congrès de l'Association Internationale des sociologues de langue française. Turquie, Istanbul.

Everaere, Ch. (2012). Flexibilité appliquée aux ressources humaines. Compatibilités et contradictions. *Revue française de gestion*, 221, 13-32.

F

Falzon, P. (1994). Les activités méta-fonctionnelles et leur assistance. *Le Travail Humain*, 57(1), 1-23.

Falzon, P. et Gaudart, C. (2012). Ergonomie. Dans A. Bevort, A. Jobert, M. Lallement et A. Mias (dir.), *Dictionnaire du travail* (p. 536-541). Paris : PUF.

Falzon, P. et Mollo, V. (2009). Pour une ergonomie constructive : les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, 5(1), 61-69.

Falzon, P. et Lapeyrière, S. (1998). L'usager et l'opérateur : ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61(1), 69-90.

Falzon, P. et Pasqualetti, L. (2000). L'apprentissage opportuniste. Dans T.-H. Benchekroun et A. Weill-Fassina (coord.), *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie* (p. 121–133). Toulouse : Octarès.

Flamant, N. (2005). Conflit de générations ou conflit d'organisation ? Un train peut en cacher un autre…. *Sociologie du Travail*, 47, 223-244.

Fournier, Ch. (2003). La formation continue des salariés du privé à l'épreuve de l'âge. *Céreq Bref*, 193.

Fournier, P.-S. (2003). *L'aménagement de situations d'action sur le cours de vie professionnelle du camionneur : un apport à la démarche de la conception d'une formation initiale en lien avec l'activité de travail*. Thèse pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor. Université Laval, Québec.

Fournier, P.-S. (2004a). Soutenir le développement de compétences par la conception d'aides à l'apprentissage sur le cours de vie professionnelle. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 59(4), 744-768.

Fournier, P.-S. (2004b). Concevoir une formation : réflexion sur une démarche d'aide à l'apprentissage sur le cours de vie. *Pistes*, 6(2).

G

Gadea, C. et Caillard J.-F. (2009). *La santé des soignants. Conditions de travail et rapport aux risques professionnels des professionnels du soin*. Rapport pour l'Agence Nationale Recherche, Programme Santé Environnement Santé Travail 2005.

Gagnon, I., David, H., Cloutier, E., Ouellet, F., Ledoux, E., Bourdouxhe, M. et Teiger, C. (2003). Organisation du travail et développement de stratégies protectrices : cas d'auxiliaires sociales et familiales de services publics de maintien à domicile. *Gérontologie et société*, 107, 131-148.

Gaudart, C. (1996). *Transformation de l'activité avec l'âge dans des tâches de montage automobile sur chaîne.* Thèse de Doctorat en Ergonomie, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris.

Gaudart, C. (2003). La baisse de la polyvalence avec l'âge : question de vieillissement, d'expérience, de génération ? *Pistes*, 5(2).

Gaudart, C. (2006). Les âges au travail. Dans L. Théry (dir.), *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail* (p. 119-137). Paris : La Découverte.

Gaudart, C., Delgoulet, C. et Chassaing K. (2008). La fidélisation de nouveaux dans une entreprise du BTP : Approche ergonomique des enjeux et des déterminants. *@ctivités*, 5(2).

Gaudart, C. et Ledoux, E. (à paraître). Parcours de travail et développement. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie constructive*.

Gaudart, C., Molinié, A.-F. et Pueyo, V. (2006). Du vieillissement à la diversité des âges au travail – Questions pour l'ergonomie. Dans les Actes du 41ème Congrès de la SELF, "*Ergonomie et Santé au Travail*" (pp.471-476). Toulouse : Octarès.

Gaudart, C. et Thébault, J. (2008). La fidélisation du personnel paramédical dans un service de gérontologie : enjeux et déterminants. Actes du séminaire *Âges et Travail* du Créapt [mai 2007], Rapport de Recherche Cee, 51, 43-59.

Gaudart, C. et Thébault, J. (2011). Transmission des savoirs et mutualisation des pratiques en situation de travail. Actes du colloque de décembre 2009, Rapport de Recherche Cee, 64.

Gaudart, C. et Thébault, J. (2012). La place du care dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital. *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 67(2), 242-262.

Gaudart, C. et Weill-Fassina, A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation et Emploi*, 67, 47-75.

Gaulejac de, V. (2005). *La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Éditions du Seuil.

Germe, J.-F., Monchatre, S. et Pottier, F. (2003). *Les mobilités professionnelles : de l'instabilité dans l'emploi à la gestion des trajectoires.* Paris : La Documentation française.

Gheorghiu, M., Guillemot, D. et Moatty, F. (2007). Changements organisationnels et mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers français. http://gree.univnancy2.fr/encours/digitalAssets/102419_GEORGHIU_GUILLEMOT_MOATTY.JISTdg_1_.pdf

Gollac, M. et Volkoff, S. (2007) (réédition). *Les conditions de travail*. Paris : La Découverte.

Gonon, O. (2001). *Les régulations organisationnelles, collectives et individuelles en lien avec l'âge, la santé de salariés et les caractéristiques du travail : le cas d'un centre Hospitalier Universitaire.* Thèse de Doctorat nouveau régime en Ergonomie. Université Toulouse Le Mirail, Toulouse.

Gonon, O. (2003). Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Pistes*, 5(1).

Gonon O., Delgoulet, C. et Marquié, J.-C. (2004). Âge, contraintes de travail et changements de postes : le cas des infirmières. *Le Travail Humain*, 67(2), 115-133.

González, R., et Teiger, C. (2001). Restitution en continu et construction de pistes de transformation au cours d'une recherche en ergonomie. Dans Actes du Congrès de la SELF-ACE (30-35), 3-5 octobre, Montréal (Canada).

Greenan, N. et Wolkowiak, E. (2005). Informatique, organisation du travail et interactions sociales. *Travail et Emploi*, 387, 35-63.

Greenan, N. et Wolkowiak, E. (2010). Les structures organisationnelles bousculées par les nouvelles pratiques de management ? *Réseaux*, 162, 73-100.

Grosjean, M. et Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*. Paris, PUF.

Grusenmeyer, C., et Trognon, A. (1995). L'analyse interactive des échanges verbaux en situation de travail coopératif : l'exemple de la relève de poste. *Connexions*, 65(1), 43-62.

H

Hatchuel, A. et Weil, B. (1992). *L'expert et le système*. Paris, Economica.

Hubault, F. et Bourgeois, F. (2002). La relation de service : une convocation nouvelle pour l'ergonomie ? Dans F. Hubault (s/d), *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* (p. 5-31). Toulouse, Editions Octarès.

Hulin, A. (2010). *Les pratiques de transmission du métier : de l'individu au collectif. Une application au compagnonnage.* Thèse de Doctorat en Sciences de gestion, Université François-Rabelais de Tours.

J

Jeantet, A. (2003). À votre service ! La relation de service comme rapport social. *Sociologie du Travail*, 45, 191-209.

Joseph, O., Lochet, J-F. et Mansuy, M. (1997). Insertion et modes d'intégration des jeunes dans les entreprises. Dans 4ème journées d'études du Céreq - Lasmas-IdL - Laboratoire d'Economie Sociale, "*Les politiques de l'emploi*", 22 et 23 mai, Paris.

Jourdan, M. et Theureau, J. (1993). De l'analyse de l'action infirmière à l'intervention ergonomique en hôpital. *Cahiers Langage et Travail*, 5, 83-89.

K

Karsenty, L. (2011). Confiance interpersonnelle et communications de travail. Le cas de la relève de poste. *Le Travail Humain*, 74(2), 131-155.

Karsenty, L. et Lacoste, M. (2004). Communication et travail. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 233-250). Paris : PUF

Kergoat, D. (1991). L'infirmière coordonnée. *Futur Antérieur*, 6, 71-85.

Kergoat, D., Imbert,F., Le Doaré, H. et Sénotier, D. (dir.) (1992). *Les infirmières et leur coordination*, 1988-1989. Paris : Editions Lamarre.

Kostulski, K. (2000). Communication et accomplissement collectif de l'activité : une perspective conversationnelle appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital. Dans B. Mélier et Y. Quéinnec (dir.), *Communication et travail*. Actes du XXXVème congrès de la SELF (p. 418-427). Toulouse : Octarès.

Kunégel, P. (2005). L'apprentissage en entreprise. L'activité de médiation des tuteurs. *Education Permanente*, 166, 127-138.

Kunégel, P. (2006). *Tutorat et développement de compétences en situation de travail. Essai de caractérisation des logiques tutorales*. Thèse, Cnam.

Kunégel, P. (2011). *Les maîtres d'apprentissage. Analyse des pratiques tutorales en situation de travail.* Paris : L'Harmattan.

L

Lave, J., Wenger, E. (1991). *Situated Learning : Legitamate Peripheral Participation*. Cambridge University Press.

Laville, A. et Volkoff, S. (1993). Age, santé, travail : le déclin et la construction. Dans Actes du XXVIIe Congrès de la SELF (p. XXIX - XXXV). Genève : Editions m+h.

Le Lan, R. (2005). Les conditions de travail des professionnels de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail. Drees, *Etudes et Résultats*, 373.

Le Lan, R. et Baubeau, D. (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. Dares, *Etudes et Résultats*, 335.

Ledoux, E., Cloutier, E., Ouellet, F., Gagnon I. et Ross, J. (2008). Les risques du métier dans le domaine des arts de la scène-Une étude exploratoire. IRSST, Rapport R-555. *Etudes et recherche*, Montréal.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris : PUF.

Lorenz, E. et Valeyre, A. (2004). Les formes d'organisation du travail dans les pays de l'Union européenne. Cee, *Document de travail*, 32.

Lorino, Ph. et Teulier, R. (2005). Des connaissances à l'organisation par l'agir collectif. Dans Ph. Lorino et R. Teulier, *Entre connaissance et organisation : l'activité collective* (p. 11-20). Paris : La Découverte.

M

Maggi, B. (2003). *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage.* Toulouse : Octarès.

Maggi, B. (2010). Peut-on transmettre savoirs et connaissances ?/ Can we transmit knowledge?/ Si possono trasmettere saperi e conoscenze? Bologna : TAO Digital Library.

Maggi, B. et Prot, B. (dir.) (2012). Développer le pouvoir d'apprendre : pour une critique de la transmission en éducation et en formation. Bologna: TAO Digital Library.

Magnon, R. et Déchanoz, G. (dir.) (1995). *Dictionnaire des soins infirmiers*. Paris : Amiec

Malo, F.-B. et Sire, B. (2006). L'intensification du travail dans les services publics : le cas du Centre Hospitalier Universitaire de Québec. Dans Ph. Askenazy, D. Cartron, F. De

Coninck et M. Gollac, *Organisation et intensité du travail* (p. 113-120). Toulouse : Octares.

Mansuy, A. et Wolff, L. (2012). Une photographie du marché du travail en 2010. Depuis 2008, chômage et sous-emploi progressent. *Insee Première*, 1391.

Marquette, Ch. (2005). Quel mode d'usage des écrits du travail pour améliorer le transfert et le développement intergénérationnel des savoirs infirmiers ? *Document Céreq*. Marseille : Céreq.

Marquier, R. (2005). Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale. Drees, *Études et Résultats*, 393.

Marquier, R. (2006). Les étudiants en soins infirmiers en 2004. Drees, *Etudes et Résultats*, 458.

Martin, Ch. et Gadbois, Ch. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. Dans P. Falzon, *Ergonomie*. Paris : PUF.

Masson, A. et Pépin, M. (2000). Réduction du temps de travail et enjeux organisationnels. *Travail et Emploi*, 83, 47-59.

Mayen, P. (2000). Interactions tutorales au travail et négociations formatives. *Recherche et Formation*, 35, 59-73.

Mayen, P., Métral, J.-F. et Tourmen, C. (2010). Les situations de travail : références pour les référentiels. *Recherche et Formation*, 64, 31-46.

Minni, C. et Topiol, A. (2002). Peu d'initiatives en faveur des seniors dans les entreprises. *Retraite et Société*, 37, 111-141.

Minni, C. et Topiol, A. (2003). Les entreprises face au vieillissement de leurs effectifs. *Économie et Statistique*, 368, 43-63.

Minvielle, E. (2003). De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière. *Revue Française de Gestion*, 146, 167-189.

Moisdon, J-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris, Seli Arslan ed.

Moisdon, J. (2000). Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. *Sociologie du travail* ,42(1), 31-49.

Moisdon, J.-C. (2005). Comment apprend-on par les outils de gestion ? Retour sur une doctrine d'usage. Dans Ph. Lorino et R. Teulier, *Entre connaissance et organisation : l'activité collective* (p. 239-250). Paris : La Découverte

Moisdon, J-C. et Tonneau D. (2008). Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? *Politiques et management public*, 26(1), 111-126.

Molinié, A.-F. (2001). Les générations au travail : cadrage démographique et enjeux pour l'activité. Dans « *Générations et activités de travail* », Actes du séminaire Vieillissement et travail, année 2000 (p. 1-13). EPHE-Créapt. Cahiers du CRÉAPT.

Molinié, A.-F., Gaudart, C. et Pueyo, V. (coord.) (2012). *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail*. Toulouse : Octarès.

Molinié, A.-F. et Volkoff, S. (2002). *La démographie du travail, pour anticiper sur le vieillissement*. Lyon : Editions ANACT.

Molinié, A.-F. et Volkoff, S. (2013). Avoir un rôle de tuteur… qui et dans quel travail ? Cee, *Connaissances de l'emploi*, 101.

Molinier, P. (2000). Travail et compassion dans le monde hospitalier. Dans « La relation de service : regards croisés », *Les cahiers du Genre*., 28, 49-70.

Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care. *Champ psychosomatique*, 58(2), 161-174.

Molinier, P., Laugier, S. et Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Editions Payot et Rivages, Petite Bibliothèque Payot.

Mollo, V. (2004). *Usage des ressources, adaptation des savoirs et gestion de l'autonomie dans la décision thérapeutique.* Thèse d'ergonomie. CNAM, Paris.

Montfort, N. (2006). Savoir-faire et faire savoir : la transmission du savoir-faire, un atout aux multiples facettes. Dans les Actes du séminaire vieillissement et travail 2005(p.69-63), Cee, *Rapport de Recherche*, 35.

Mouquet, M.-C. et Oberlin, Ph. (2008). L'impact du vieillissement sur les structures de sopins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Drees, *Etudes et Résultats*, 654.

O

Oiry, E. (2005). Compétences et modes d'apprentissage : le cas des infirmières. *Document Céreq*. Marseille : Céreq/Lest.

Olry, P. (2002). Tempo de l'activité et apprentissages opportunistes au travail. *Revue Française de Pédagogie,* 138, 19-28.

Oudet, S. (2003). *Organisation du travail et développement des compétences*. Bilan final, Institut des Sciences et des Pratiques d'Education et de Formation, Université de Lyon, mai, 72 p.

Ouellet, S. et Vézina, N. (2008). Savoirs professionnels et prévention des TMS : réflexions conceptuelles et méthodologiques menant à leur identification et à la genèse de leur construction. *Pistes*, 10(2), 1-35.

Ouellet, S. et Vézina, N. (2009). Savoirs professionnels et prévention des TMS : portrait de leur transmission durant la formation et perspectives d'intervention. *Pistes*, 11(2), 1-37.

Ouni, R. (1998). Modalités de contrôle temporel de tâches en situation d'interférence. Actes du XXXIIIe congrès de la SELF, "*Temps et travail*",16-18 septembre, Paris.

P

Paperman, P. (2006). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel. Dans P. Paperman, S. Laugier (dir.), *Le souci des autres – Ethique et politique du care* (pp.281-297). EHESS, Paris : Collection Raisons Pratiques.

Paperman, P. (2010). Éthique du care. *Gérontologie et société*, 133(2), 51–61.

Pascal, CH. (2003). La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur. *Revue Française de Gestion*, 146, 191-204.

Pastré, P. (1997). Didactique professionnelle et développement. *Psychologie française*, 42(1), 89-100.

Pastré, P (1999). Travail et formation : point de vue d'un didacticien. *Formation Emploi*, 67, 109-125.

Pastré, P. (2008). Apprentissage et activité. Dans Y. Lenoir et P. Pastré (dir.). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat.* Toulouse : Octarès.

Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198.

Pelchat, Y., Vézina, M., Campeau, A. et Bradette, J. (2002). *Relation âge/travail et pratiques de gestion des ressources humaines : Recension des écrits*. Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du Conseil du trésor. Québec.

Pépin, M. et Moisdon, J.-C. (2010). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Étude qualitative d'un échantillon de huit établissements. *Solidarité et santé*, 16.

Perrenoud, Ph. (2001). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. Dans P. Lhez, D. Millet et B. Séguier (dir.), *Alternance et complexité en formation. Education - Santé- Travail social* (p. 10-27). Paris : Editions Seli Arslan.

Perrot, M. (1987). Qu'est-ce qu'un métier de femme ? *Le Mouvement social*, n° 140, 3-8.

Pochat, A. et Falzon P. (2000). Quand faire, c'est dire ou la reconnaissance du travail verbal. Dans B. Mélier et Y. Quéinnec (Eds). XXXVème Congrès de la SELF « *Communication et travail* », Toulouse les 20, 21 et 22 septembre 2000, (pp.293-303), Toulouse : Octarès.

Pouvourville de, G. et Tedesco, J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue française de gestion*, 146(5), 205-218.

Pueyo, V. (1999). *Régulation de l'efficience en fonction de l'âge et de l'expérience professionnelle dans la gestion du contrôle qualité de la sidérurgie.* Thèse de Doctorat d'Ergonomie. Laboratoire d'Ergonomie Physiologique et Cognitive. Paris, EPHE/Créapt.

Pueyo, V. (2002). Expérience professionnelle et gestion des risques au travail : l'exemple des hauts-fourneaux. Cee, *Quatre pages*, 50.

Pueyo, V. (2012). Quand la gestion des risques est en péril chez les fondeurs. Dans A.-F. Molinié, C. Gaudart et V. Pueyo (coord.), *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (p. 257-284). Toulouse : Octarès.

Pueyo, V. et Millanvoye, M. (2001). Analyse de l'activité des fondeurs à Usinor Dunkerque, en relation avec l'âge. Rapport d'étude du Créapt-Usinor. (Diffusion restreinte).

R

Rabardel, P. et Six, B. (1995). Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences au travail. *Education Permanente*, 123, 33-46.

Raveyre, M. et Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, 3, 97–119.

Riffaud, S. (2007). *Âges et savoirs : Vers un transfert intergénérationnel des savoirs*. Document de recherche de l'Alliance de recherche universités-communautés. Québec : Université de Laval.

Rogalski, J. (2012). Théorie de l'activité et didactique, pour l'analyse conjointe des activités de l'enseignant et de l'élève. *JIEEM – Jornal Internacional de Estudos em Educação Matemática / IJSME – International Journal for Studies in Mathematics Education*, 5(1).

S

Saillant, F. (1991). Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches féministes*, 4, 1, 1-29.

Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan.

Sainsaulieu, I. (2007). *L'hôpital et ses acteurs – Appartenances et égalité*. Paris : Belin.

Salaun, F. (2003). Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIXe siècle. *Revue Française des Affaires Sociales*, 3, 9–26.

Samurçay, R. et Rabardel, P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences. Propositions. Dans R. Samurçay et P. Pastré (dir.), *Recherches en didactique professionnelle* (p. 163-180). Toulouse : Octarès.

Savoyant, A. (2005). La professionnalisation des professionnels infirmiers. *Document du Céreq*. Marseille : Céreq/Lest.

Savoyant, A. (2006). Les problèmes de la transmission des savoirs professionnels en entreprise. Actes du Séminaire Vieillissement et Travail "*Transmission des savoirs professionnels en entreprise*". Cee, *Rapport de Recherche*, 35, 9-28.

Schön, D. (1993). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Logiques.

Schwartz, Y. (1997). Les ingrédients de la compétence : un exercice nécessaire pour une question insoluble. *Education Permanente*, 133(4), 9-34.

Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse, Octarès.

Schwartz, Y. et Durrive, L. (s/d) (2003). *Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse : Octarès.

Schweyer, F.-X. (2006). L'hôpital, une transformation sous contrainte. Hôpital et hospitaliers dans la revue. *Revue Française des Affaires Sociales*, 4, 203-223.

Schweyer, F.-X. (2009). Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes. *Revue française d'administration publique*, 132, 727-744.

Six, F. (1999). L'anticipation des risques sur les chantiers : une question à replacer dans le processus de conception-réalisation. *Performances Humaines et Techniques*, 98, 22-30.

Six, F. (2002). De la prescription à la préparation du travail ; la dimension sociale du travail. Exemple du travail des compagnons et de l'encadrement sur les chantiers du Bâtiment. Communication présentée au XXXVIIème Congrès de la SELF. Aix-en-Provence.

Six-Touchard, B. (1999). *L'auto-analyse du travail : un outil de prise de conscience des compétences pour la transformation des conditions d'apprentissage.* Thèse de doctorat en ergonomie. Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris, France.

T

Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique : du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. *Education Permanente*, 116, 109-126.

Teiger C., Cloutier E., David H., Prévost J. (1998). Le temps de la restitution collective des résultats de recherche dans les dynamiques de l'intervention. Temps et Travail. Dans Actes du XXXIIIème congrès de la SELF (739-751), 16-18 Septembre, Paris.

Teiger, C., Cloutier, E. et David, H. (2005). Les activités de soins à domicile, soigner et prendre soins. Dans M. Cerf et P. Falzon, *Situations de service : travailler dans l'interaction* (p. 179-204). Paris : PUF.

Teiger, C., Lacomblez, M. et Montreuil, S. (1997). Apport de l'ergonomie à la formation des opérateurs concernés par les transformations des activités et du travail. Dans Actes du 32˚ Congrès de la SELF (p. 263-275). Lyon : GERRA ed.

Teiger, C., Lacomblez, M. et Montreuil, S. (1998). Apport de l'ergonomie à la formation des opérateurs concernés par les transformations des activités et du travail. Dans M.-F. Dessaigne et I. Gaillard (s/d), *Des évolutions en ergonomie* (p. 97-126). Toulouse : Octarès.

Teiger, C. et Laville, A. (1991). L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action. *Travail et Emploi*, 47, 53-62.

Terssac de, G. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris : PUF.

Terssac de, G. (2003). Travail d'organisation et travail de régulation. Dans G. De Terssac, *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud* (p. 121-134). Paris : La Découverte.

Terssac de, G. et Dubois, J.-P. (1992). *Les Nouvelles Rationalisations de la Production*. Toulouse : Cepaduès Editions.

Terssac de, G. et Maggi, B. (1996). Autonomie et conception. Dans G. De Terssac et E. Friedberg (dir.), *Coopération et conception* (p.243-266). Toulouse : Octarès.

Terssac de, G., Saint-Martin, C. et Thébault, C. (dir.) (2008). *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé.* Toulouse : Octarès.

Tertre du, C. (2005). Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé. *@ctivités*, 2(1), 37-49, http://www.activites.org/v2n1/dutertre.pdf

Thébault, J. (2011) La transmission de savoirs au cours de l'activité de soins d'infirmières et d'aides-soignantes. Actes du colloque Créapt-CEE, Lise/Cnam-CNRS [décembre 2009] « *Transmission des savoirs et mutualisation des pratiques en situation de travail* », Rapport de Recherche Cee, 64, 27-32.

Thébault, J. **(***à paraître)*. La transmission des savoirs professionnels des personnels soignants : une relation à construire ». Actes du séminaire *Âges et Travail* du Creapt [mai

2011], « *Les arrivants en milieu de travail : accueil, fidélisation, échanges de savoirs* ». Rapport de Recherche Cee.

Thébault, J., Gaudart, C., Cloutier, E. et Volkoff, S. (2012). Transmission of vocational skills between experienced and new hospital workers. *Work*, 41, 195-204.

Théry, L. (coord.) (2006). *Le travail intenable*. Paris, La Découverte.

Tonneau, D. (2003). La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation. Drees, *Document de travail*, 35.

Tonneau, D., Bonhoure, S., Gallet, A.-M. et Pepin, M. (1996). *L'organisation du travail dans les services de soins*. Montrouge : Éd. ANACT.

Toupin, C. (2006). L'élaboration des stratégies de travail nocturnes : le cas d'infirmières de nuit d'un service de pneumologie français. *Pistes*, 7, 1.

Toupin, C. (2008). *Expérience et redéfinition de la tâche dans le travail des infirmières de nuit : une recherche menée dans des unités de pneumologie*. Thèse de Doctorat en Ergonomie. Paris : CNAM/Créapt.

Tronto, J. (1989). Women and Caring : What Can Feminists Learn about Morality from Caring ? In Alison, M. Jaggar & Susan, R. Bordo. *Gender, Body and Knowledge* (p. 172-187). London, Rutgers University Press.

V

Valeyre, A., Lorenz, E. (2005). Les nouvelles formes d'organisation du travail en Europe. Cee, *Connaissance de l'emploi*, 13.

Veillard, L. (2004). Le tutorat à l'épreuve des spécificités sociales et techniques de l'entreprise. *Education Permanente*, 159, 117-138.

Veillard, L., (2005). Quelle approche théorique pour l'étude didactique des situations de stage ou d'alternance en entreprise ? Symposium REF, 15-16 septembre, Montpellier.

Veillard, L. (2009). Organiser les situations de travail pour l'apprentissage : approche didactique de la formation professionnelle par alternance. Dans M. Durand et L. Filliettaz (dir.), *Travail et formation des adultes* (p. 125-157). Paris : Presses universitaires de France.

Veillard, L. (2012). Construire des curriculums d'apprentissage en situation de travail. Quelle collaboration didactique entre écoles et entreprises dans les formations en alternance ? *Éducation et didactique*, 6(1), 47-68.

Veltz, P. (2000). *Le nouveau monde industriel*. Paris : Gallimard.

Vendramin, P. (2007). Les jeunes, le travail et l'emploi - Enquête auprès des jeunes salariés en Belgique francophone.

Vézina, N. (2001). La pratique de l'ergonomie face aux TMS : ouverture à l'interdisciplinarité. Dans Comptes rendus du congrès « *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie* » (p. 44-60). SELF-ACE Montréal.

Vézina, N., Stock, S.R., Saint-Jacques, Y., Boucher, M., Lemaire, J. et Trudel, C. (1998). Problèmes musculo-squelettiques et organisation modulaire du travail dans une usine de fabrication de bottes. IRSST, Rapport R-199, *Études et Recherches*, Montréal.

Vézina, N., St-Vincent, M., Dufour, B., St-Jacques, Y. et Cloutier, E. (2003). La pratique de la rotation des postes dans une usine d'assemblage automobile : une étude exploratoire. IRSST, Rapport R-343, *Études et recherches*, Montréal.

Villatte, R., Gadbois, C., Bourne, J.-P., et Visier, L. (1993). *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital*. Paris : Inter Editions.

Vincent, G. (2011). Pourquoi réformer l'hôpital public ? *Les Tribunes de la santé*, 30, 25-28.

Volkoff, S. (2007a). Pourquoi tant de hâte ? Santé et travail, 57, 26-28.

Volkoff, S. (2007b). Evolution démographique, évolution du travail : un contexte de recherche *Ages, santé, travail : quelles évolutions ? 15 ans de travaux du CREAPT*. Cee, Rapport de recherche 37.

Volkoff, S. (2011). Les éléments d'une nouvelle donne sociodémographique. Dans C. Gaudart et J. Thébault, *Transmission des savoirs et mutualisation des pratiques en situation de travail*, Actes du colloque de décembre 2009 (p. 9-18). Cee, *Rapport de Recherche*, 64.

Volkoff, S. (2012). Le travail, en évolutions. Dans A.-F. Molinié, C. Gaudart C. et V. Pueyo (coord.), *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (p. 31-42). Toulouse : Octarès.

Vygotski, L.S. (1934/1997). *Pensée et langage*. Paris : La dispute.

W

Weill-Fassina, A. (2012). Le développement des compétences professionnelles au fil du temps, à l'épreuve des situations de travail. Dans A.-F. Molinié, C. Gaudart et V. Pueyo (coord.) *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (p. 117-144). Toulouse : Octarès Éditions.

Winnykamen, F. (1990). *Apprendre en imitant ?* Paris : PUF.

Wittorski, R. (1996). Evolution des compétences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutorat. *Recherche et formation*, 22, 35-46.

Wittorski, R. (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36.

Z

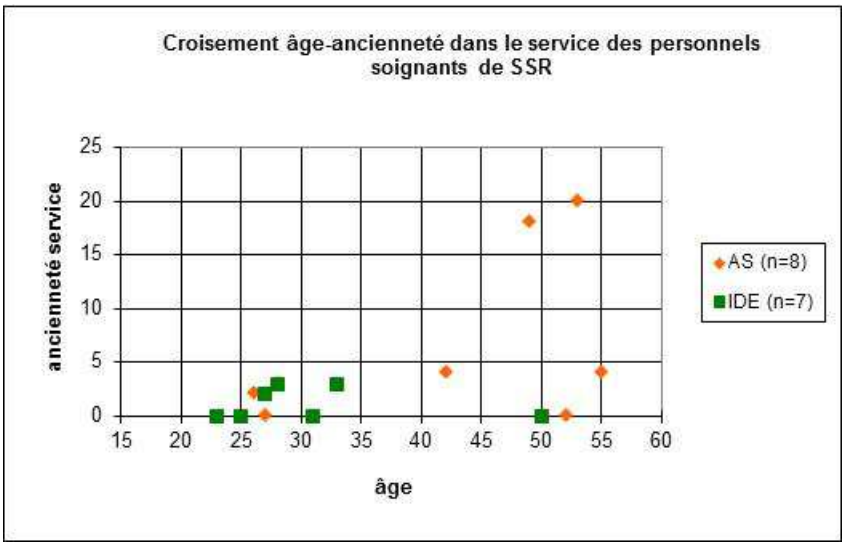
Zara-Meylan, V. (2012). *Modalités de gestion du milieu temporel dans une conduite de processus multiples en situation dynamique : une recherche dans des entreprises horticoles*. Thèse de doctorat en Ergonomie. Cnam-Créapt, Paris.

Zara-Meylan, V. et Cau-Bareille, D. (2007). La transmission de la gestion des risques : le fruit d'une interaction singulière dans les interstices de l'activité de travail. Dans IMdR (ed.), TC67 - Knowledge Management et Maîtrise des Risques, Ministère de la Recherche, Carré des Sciences, journée du 5 juin, Paris.

Zarifian, P. (1995). *Le travail et l'événement. Essai sociologique sur le travail industriel à l'époque actuelle.* Paris : L'Harmattan.

Annexes

Annexe 1 : Démographie du SSR



Les informations présentées ici, ont été recueillies au cours d'un entretien avec la cadre de santé du service, et concernent uniquement les personnes observées. [deux points se superposent pour l'âge de 33 ans et 2 ans d'ancienneté]

Nous avons retenu – au regard des discussions avec l'encadrement de proximité et le personnel soignant – trois catégories d'anciennetés, significatives pour de nombreux services[74] :

- les « nouveaux » dans le service correspondent à une ancienneté de moins de 2 ans ;
- les « anciens » dans le service correspondent aux personnes ayant une ancienneté comprise entre 2 et 5 ans ; 5 ans étant présenté comme le seuil où le personnels soignants ont le sentiment « d'avoir fait le tour du service », et où ils envisagent une mobilité ;
- les « très anciens » dans le service sont ceux qui ont une ancienneté supérieure à 5 ans, il s'agit souvent de personnels qui souhaitent rester au sein du service sur le long terme.

Ainsi, si nous prenons cette catégorisation pour le service de SSR (en fonction des personnes rencontrées, et non, malheureusement, sur l'ensemble du service), nous obtenons les résultats suivants :

- parmi les « nouveaux » : 4 IDE (de 23, 25, 31 et 50 ans), et 2 AS (de 27 et 49 ans)
- parmi les « anciens » :3 IDE, plus proche de 2 ans que de 5 ans d'ancienneté dans le service (de 33 et 45 ans), et 4 AS (de 26, 42, 50 et55 ans)
- parmi les « très anciens » : 2 AS (de53 et 57 ans)

[74] Nous présentation ici en détail cette catégorisation d'anciennetés au sein des services et nous nous y réfèrerons également pour les deux autres services étudiés.

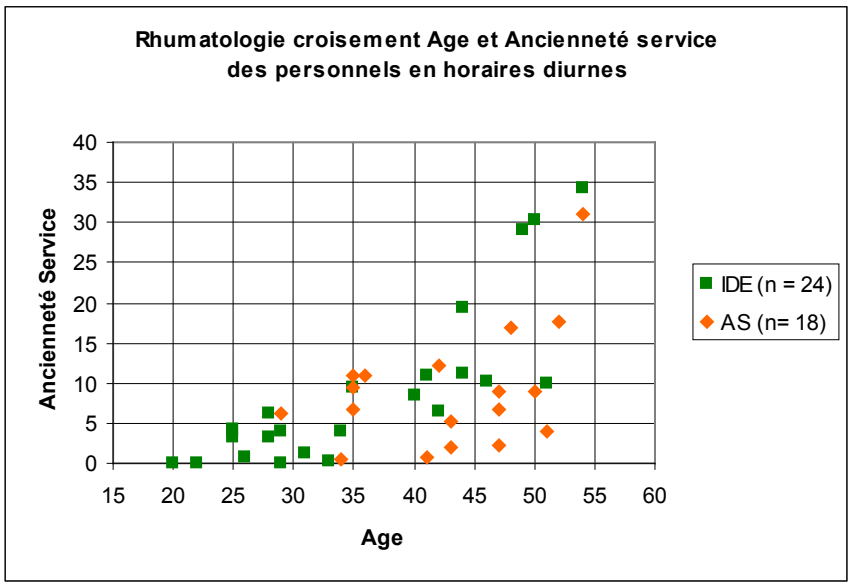
Annexe 2 : Démographie de la Rhumatologie

Le service compte :

- 22 IDE de jour et 4 IDE de nuit
- 18 AS de jour et 3 AS de nuit

Si l'on reprend notre classification par « anciennetés »[75], parmi les personnels en horaires diurnes, on trouve ici :

- parmi les « nouveaux » : 4 IDE (de 26 à 49 ans) et 2 AS (34 et 41 ans)
- parmi les « anciens » : 6 IDE (de 25 à 34 ans) et 4 AS (de 43 à 51 ans)
- parmi les « très anciens » : 11 IDE (de 28 à 54 ans) et 12 AS (de 29 à 54 ans)

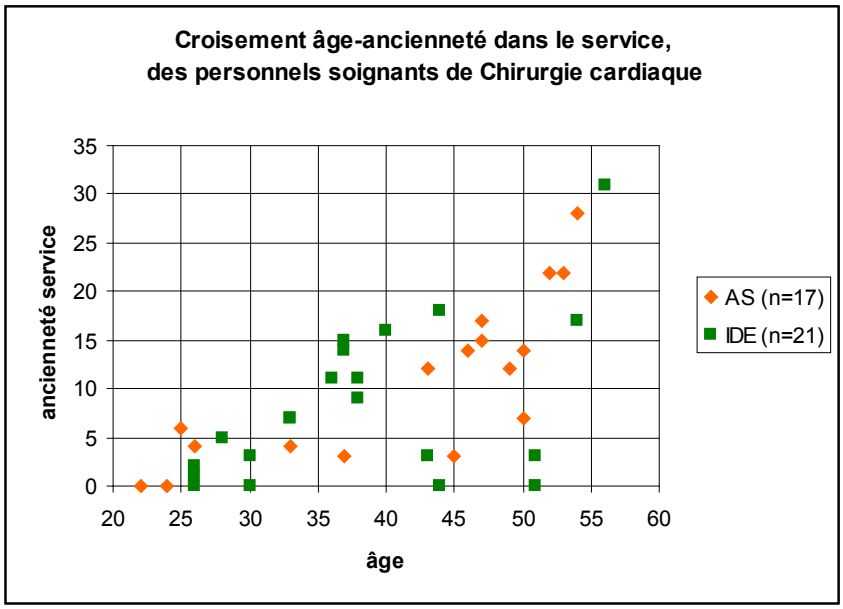


Nous sommes donc face à un service qui comporte une diversité d'âges et d'anciennetés. Notons toutefois que la majorité des personnels, AS comme IDE, sont des anciens voire des très anciens, ce qui fait contraste avec le service précédent.

[75] Voir annexe 1pour explications

Annexe 3 : Démographie de la Chirurgie cardiaque

Les effectifs des personnels soignants sur l'unité se composent de 20 IDE (dont 14 en horaires diurnes), 18 AS (dont 15 en horaires diurnes) et 4 ASH (mutualisées avec le service de réanimation cardiaque), soit au total 42 personnes.
Parmi les personnels en horaires diurnes, 5 IDE et 3AS sont à temps partiel (80%). En ce qui concerne les IDE à temps partiel, on retrouve principalement les IDE qui ont le plus d'ancienneté dans le métier.



La structure d'âge et d'ancienneté dans le service du personnel soignant montre une grande diversité de profils, relativement atypique par rapport à l'ensemble des services (cf. statistiques générales).
Si l'on reprend la catégorisation des « statuts » des personnels en termes d'âges et d'ancienneté[76], nous obtenons les résultats suivants :

- les « nouveaux » : 2 AS et 5 IDE, âgés de 22 à 45 ans ; les plus jeunes sont les 2 AS.
- les « anciens » : 4 AS et 3 IDE, âgés de 26 à 51 ans.
- les « très anciens » : 21 personnes, soit 57% du personnel, dont 11 AS et 10 IDE, âgés de 25 à 56 ans. 17/21 ont plus de 10 ans d'ancienneté (9 AS et 8 IDE) et sont âgés de 36 à 56 ans.

Nous notons donc une diversité d'âges dans les trois catégories d'ancienneté et une forte ancienneté dans le service pour la majorité du personnel, AS comme IDE. Deux d'entre eux sont présents dans ce service depuis sa création, avec 30 ans d'ancienneté, et beaucoup ont autour de 15 ans de présence. C'est donc un service où, jusqu'à ce jour, le personnel soignant reste. Pourtant, le service semble traverser, depuis quelques mois, une période plus instable. Quatre à cinq personnes sont sur le départ : une IDE, 5 ans d'ancienneté dans le service, part pour des motifs personnels ; une IDE, présente depuis 15 jours dans le service après 7 années aux urgences souhaite partir ; une AS, 4 ans d'ancienneté dans le service prépare un diplôme d'IDE et peut-être une autre ; une personne est partie en longue maladie. Deux IDE arrivent dans le service, une diplômée depuis un an et demi et une autre beaucoup plus expérimentée dans le métier.

[76] Voir annexe 1pour explications

Annexe 4 : Fiche de présentation aux personnels soignants

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Le CREAPT (Centre de Recherches et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail), en partenariat avec la Médecine du travail du CHU, se propose de réaliser une étude ergonomique sur le thème de la ***transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux soignants*** au sein du CHU.

Les recherches réalisées par le CREAPT sont orientées par deux questions majeures :
- en quoi le travail influence-t-il les transformations de l'Homme avec l'âge ?
- en quoi l'âge et l'expérience transforment-ils la manière de travailler ?

La Direction des soins, la Médecine du travail ainsi que Mme _, Cadre de santé, ont proposé que cette étude puisse se réaliser au sein de votre unité, concernée par des mouvements de personnels (départs en retraite, personnels nouvellement arrivés, etc.).

Notre étude au sein de votre unité sera guidée par les questions suivantes :
- quelle est la nature de ce que l'on transmet (savoirs, savoir-faire, etc.) ?
- que transmet-on en fonction de notre parcours professionnel et du contexte organisationnel ?
- quelles sont les incidences sur les nouveaux ?
- quelles sont les incidences sur la nature des soins donnés aux patients ?

Les chercheurs chargés de réaliser cette étude sont ergonomes et disposent de méthodes de recherche spécifiques. L'étude se déroulera donc en fonction des étapes suivantes :
- des observations du déroulement de l'activité en cours ;
- des entretiens individuels et/ou collectifs.

Les chercheurs s'engagent, à toutes les étapes de cette étude, à respecter le principe de l'**anonymat absolu**. Aucune information individuelle ne sera divulguée. C'est pour cela que toutes les informations recueillies seront dans un premier temps restituées aux personnels directement concernés par celles-ci.

Ce n'est qu'après restitution auprès de vous et, avec votre accord, que ces informations pourront être diffusées auprès des différents acteurs intéressés par l'étude.

Nous vous remercions par avance pour votre accueil et votre collaboration

J. Thébault

Annexe 5 : Exemple de relevé d'observations systématiques

Extrait de la situation 10

	Heure	Qui ?	Lieu et Déplacements	Verbalisations entre personnels	Verbalisations avec les Patients	Quoi : gestes	Évènement : sonnettes interruptions…	Commentaires qui me sont adressés
1	06h25		Salle de staff Grand secteur				Relève des 2 secteurs entre IDE	
2	06h46						fin de la relève	
3				IDE : " tu reprends les mêmes qu'hier ? 4 patients c'est ça ?"				
4				E : 25… j'ai fait une entrée hier mais le dossier des sorties j'en n'ai jamais fait				
5				IDE M : " c'est pas très compliqué, y a un côté commun avec les transferts et les sorties dom. Donc on a une sortie ce matin. "				
6				E : " Une autre aussi "				
7	07h00			IDE : " Ha oui "				
8		IDE et E	SdS grand secteur					
9				IDE : "regardes si les sorties sont bien mises au cardex"		regardent la planification murale		
10				E : oui c'est fait				
11				IDE : et les 2 ablations électrodes ?				
12				E : non		IDE met l'étiquette sur le cardex		
13	07h02			IDE : après on va voir les blocs		elles vérifient ensemble les différents documents et éléments dans les enveloppes des patients qui partent au bloc		
14				E : CD coro, doppler		met une croix sur la feuille (qui récapitule tous les documents nécessaires dans le dossier)		
15				IDE : là tu as deux groupes sanguins. Qu'est-ce qu'on regarde aussi?				
16				E : _				
17				IDE : mais encore				
18				E : bilan d'hier, la sérologie				
19				IDE : oui		IDE regarde document avec EIDE		
20				E : la commande c'est avec le dossier d'anesthésie?				
21				IDE : souvent oui . La feuille bleue c'est pour nous, la blanche à envoyer				
22				E : ok. Je mets quoi dessus ?		E met la croix		
23	07h07			IDE : indisponible et autre		IDE donne 2 autres feuilles à E		
24				E : donc Xanax à 11h30				
25				IDE : tu peux le sortir. Est-ce que tu sais pourquoi on fait des doppler artériels?		IDE agrafe le dossier		
26				E : pour voir sténose, mais dans quel but…				
27				IDE : tu sais à quoi sert une ballon de contre-pulsion et ce qu'est l'endartériectomie?				
28				E : …				
29				IDE: c'est un nettoyage de l'intérieur				
30				E : non je ne sais pas				
31				IDE : c'est pas bien, c'est pour avoir un maximum de sang				
32				E : donc c'est placé pendant le bloc ?				
33	07h10			IDE : non ça peut être avant. C'est aussi en rapport avec le CEC, si c'est bouché ils enlèvent l'intérieur de l'artère		E écrit sur son carnet		E : je n'ai jamais pris autant de notes dans un stage que dans celui-ci

Annexe 6 : Fiche de présentation pour les ateliers réflexifs

Bonjour,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer aux trois séances de « groupe de travail » que nous organisations

Ces séances s'inscrivent dans le cadre d'une recherche en ergonomie que nous menons sur la « transmission » des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux au sein du CHU. La « transmission » fait référence ici à l'accueil et l'encadrement des nouveaux dans les services (il ne s'agit donc pas des transmissions orales ou écrites que vous réalisez à l'occasion des relèves entre équipes de quart).

Nous avons, dans une phase précédente, observé et analysé des situations de transmission dans différents services du CHU. Il s'agira ainsi durant ces séances de discuter ensemble à partir de ces situations. Il est important pour nous de pouvoir recueillir votre point de vue et/ou vos différents points de vue sur ces situations.
Ces échanges avec vous visent à mieux comprendre comment se passe la transmission et à se questionner sur les améliorations possibles des dispositifs existants.

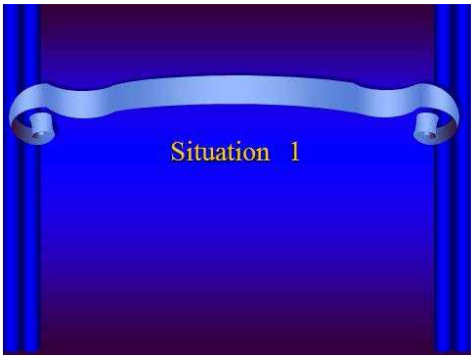
Nous souhaitons constituer plusieurs groupes de travail :

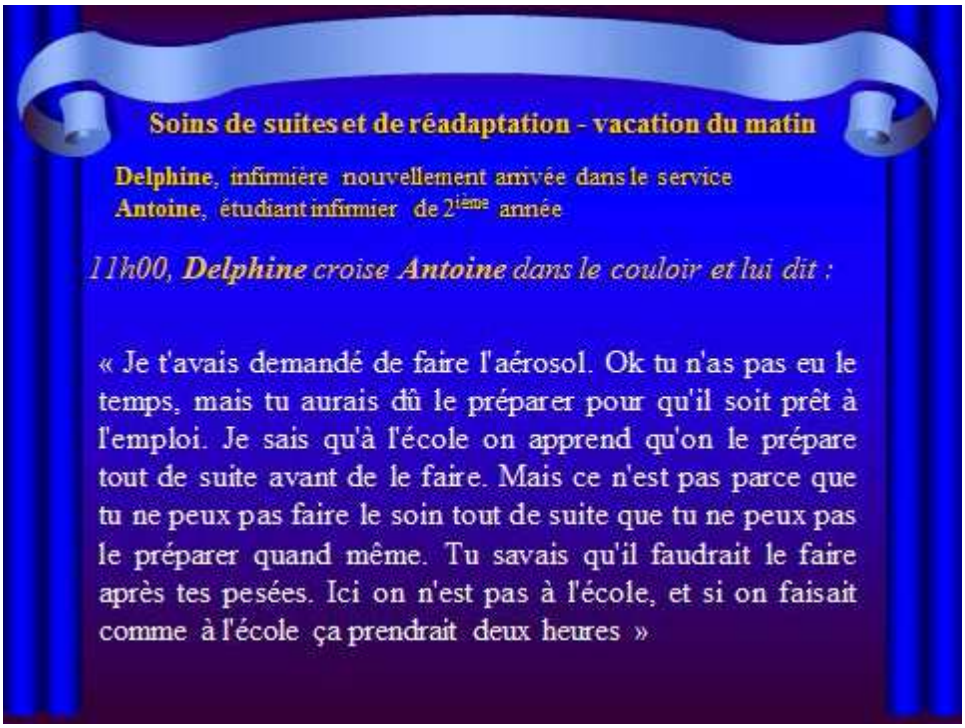
- un groupe croisant nouveaux et anciens AS
- un groupe croisant nouveaux et anciens IDE
- un groupe croisant nouveaux et anciens SICS
- un groupe croisant des nouveaux AS et IDE

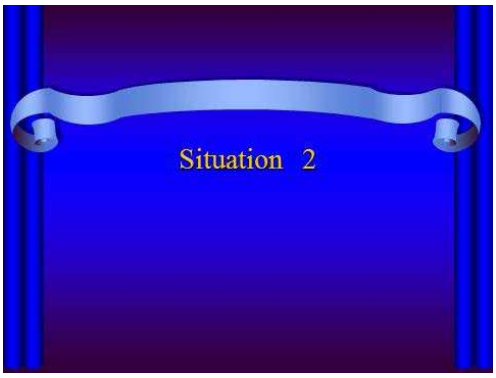
Dans l'attente de vous rencontrer,
Cordialement,

Lucie Cuvelier et Jeanne Thébault

Annexe 7 : Les cas présentés lors de la deuxième séance des ateliers réflexifs







Rhumatologie – vacation du matin

Simone, Infirmière, 20 ans d'ancienneté dans le service
Mathieu, élève inf de 3ième année, présent dans le service depuis 3 semaines, passe sa MSP de diplôme la semaine suivante ; il a déjà eu 4 encadrantes différentes.

Ils n'ont jamais travaillé ensemble, c'est même la première fois qu'ils se croisent au sein du service.

De son côté, **Simone** ne savait pas qu'elle aurait un élève à encadrer ce jour là.

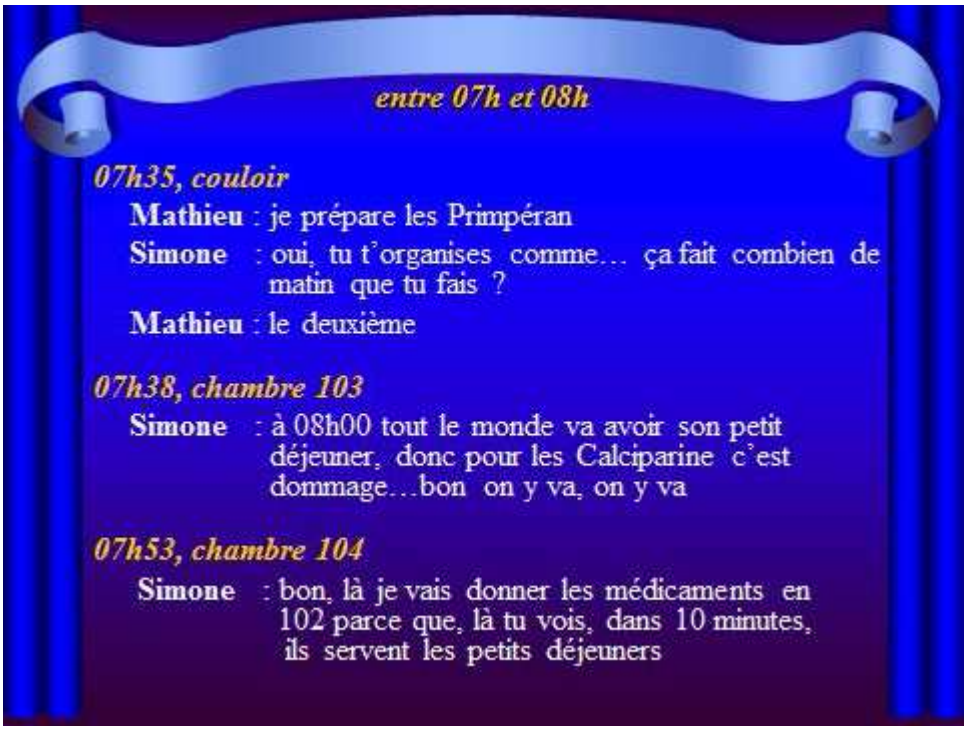
entre 06h et 07h

salle de soins, après la relève

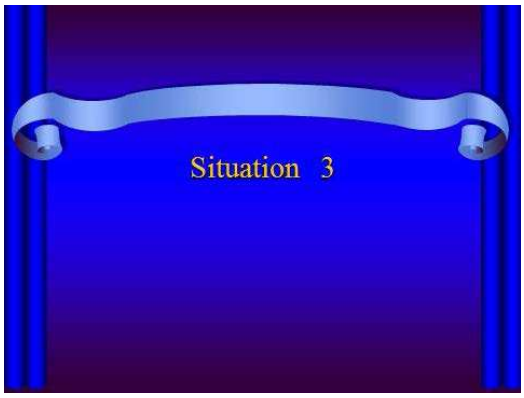
Simone : tu as combien de patients en charge ?
Mathieu : les 10
Simone : c'est quand ton DE ?
Mathieu : mardi prochain
Simone : je te laisse faire alors

20 minutes plus tard… couloir, après la préparation des soins

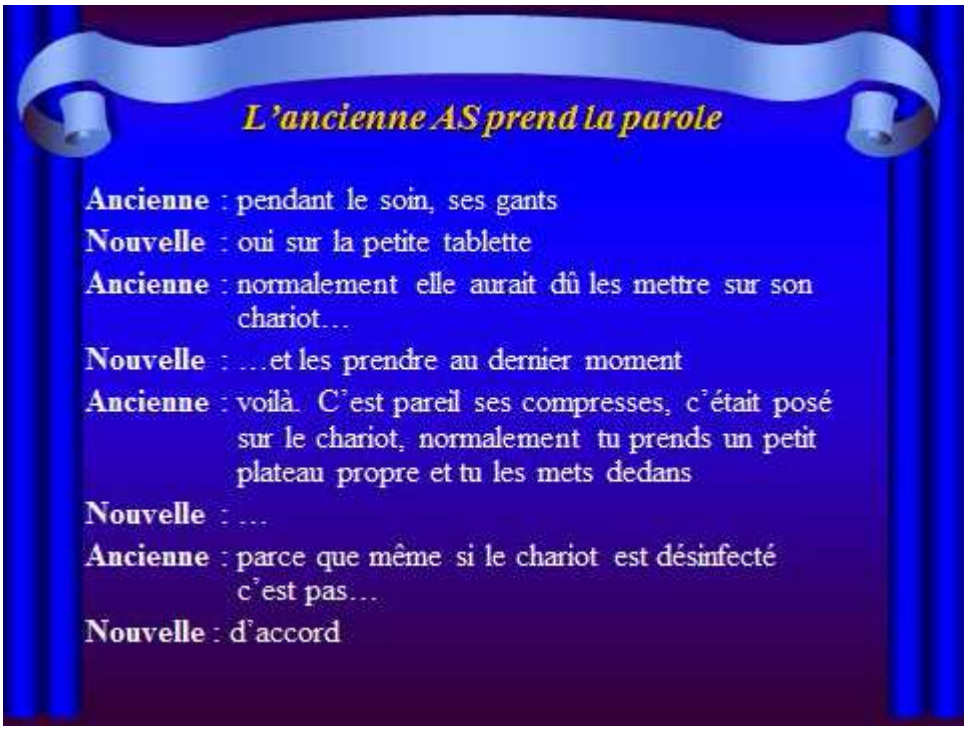
Simone : comment tu t'organises ?
Mathieu : je vais commencer par un tour de prises de sang
Simone : et les tensions ?
Mathieu : je les ferai après
Simone : je vais les faire. Fais tes prises de sang

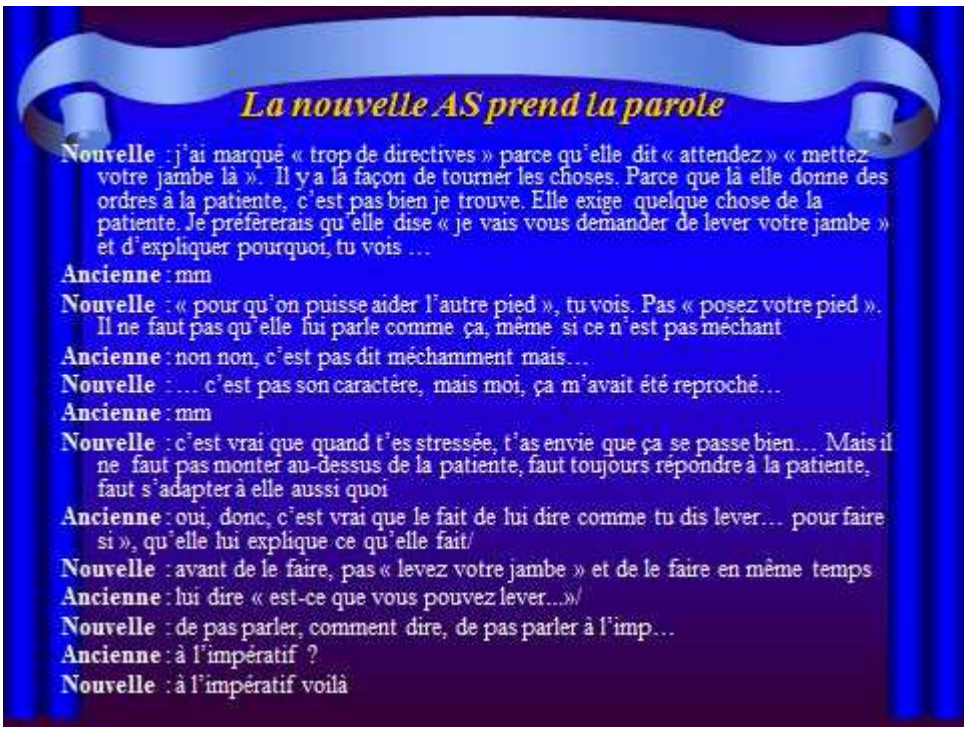

entre 07h et 08h
07h35, couloir
Mathieu : je prépare les Primpéran
Simone : oui, tu t'organises comme… ça fait combien de matin que tu fais ?
Mathieu : le deuxième
07h38, chambre 103
Simone : à 08h00 tout le monde va avoir son petit déjeuner, donc pour les Calciparine c'est dommage…bon on y va, on y va
07h53, chambre 104
Simone : bon, là je vais donner les médicaments en 102 parce que, là tu vois, dans 10 minutes, ils servent les petits déjeuners

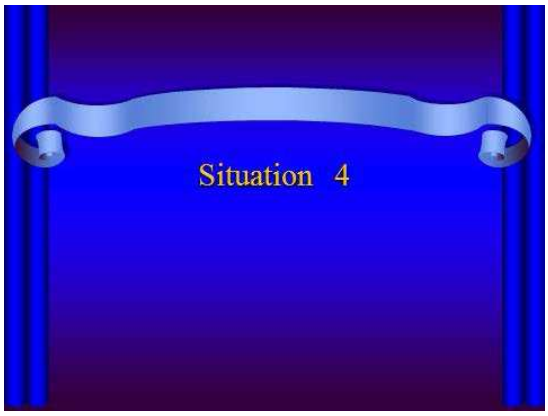
entre 08h et 09h
08h04, chambre 104
Mathieu : ils ont eu leurs médicaments en 102 ?
Simone : il y a des dextro à faire, donc non je n'ai pas donné les médicaments
08h15, chambre 102, l'élève est seul
Mathieu au patient : vous avez eu votre skénan?
le Patient : bah heu… je ne sais pas, je compte sur vous pour vous en rappeler à ma place
08h17, en 102
Mathieu : tu lui as donné le Skénan?
Simone : oui j'ai tout fait en Skénan. Tu vas faire 109 d'abord, je vais en 110 ça sonne
Mathieu : je veux voir 104
Simone : non


Situation 3

Soins de suites et de réadaptation
- vacation d'après-midi -
Laurence, AS, ancienne dans le service
Aline, AS, nouvelle dans le service, avec 3 ans d'ancienneté en soins à domicile
Sophie, élève AS, passe sa MSP de diplôme le lendemain.
Les encadrantes s'organisent pour mettre l'élève dans des conditions similaires à son examen réel : être 2 examinateurs
Après avoir regarder l'élève faire 2 soins (une toilette au lavabo et un bain de pieds), elles se mettent toutes les deux à l'écart pour discuter des retours à faire à l'élève par la suite.
Voici deux extraits de leurs échanges :


L'ancienne AS prend la parole
Ancienne : pendant le soin, ses gants
Nouvelle : oui sur la petite tablette
Ancienne : normalement elle aurait dû les mettre sur son chariot…
Nouvelle : …et les prendre au dernier moment
Ancienne : voilà. C'est pareil ses compresses, c'était posé sur le chariot, normalement tu prends un petit plateau propre et tu les mets dedans
Nouvelle : …
Ancienne : parce que même si le chariot est désinfecté c'est pas…
Nouvelle : d'accord


La nouvelle AS prend la parole
Nouvelle : j'ai marqué « trop de directives » parce qu'elle dit « attendez » « mettez votre jambe là ». Il y a la façon de tourner les choses. Parce que là elle donne des ordres à la patiente, c'est pas bien je trouve. Elle exige quelque chose de la patiente. Je préférerais qu'elle dise « je vais vous demander de lever votre jambe » et d'expliquer pourquoi, tu vois …
Ancienne : mm
Nouvelle : « pour qu'on puisse aider l'autre pied », tu vois. Pas « posez votre pied ». Il ne faut pas qu'elle lui parle comme ça, même si ce n'est pas méchant
Ancienne : non non, c'est pas dit méchamment mais…
Nouvelle : … c'est pas son caractère, mais moi, ça m'avait été reproché…
Ancienne : mm
Nouvelle : c'est vrai que quand t'es stressée, t'as envie que ça se passe bien… Mais il ne faut pas monter au-dessus de la patiente, faut toujours répondre à la patiente, faut s'adapter à elle aussi quoi
Ancienne : oui, donc, c'est vrai que le fait de lui dire comme tu dis lever… pour faire si », qu'elle lui explique ce qu'elle fait/
Nouvelle : avant de le faire, pas « levez votre jambe » et de le faire en même temps
Ancienne : lui dire « est-ce que vous pouvez lever...»/
Nouvelle : de pas parler, comment dire, de pas parler à l'imp…
Ancienne : à l'impératif ?
Nouvelle : à l'impératif voilà



Entretien avec une élève de 3ième année après son stage de 3 semaines en Chirurgie cardiaque
- vacation d'après-midi -

J'ai pas pu être accueillie dans l'unité prévue parce que l'IDE avait déjà une élève avec elle…donc on m'a dit d'aller de l'autre côté. Le problème c'est que là-bas… personne ne m'attendais vraiment.

Je ne savais pas trop avec qui aller. Personne ne m'a dit tu viens avec moi donc j'étais un peu perdue. Je voulais aller avec la personne du SICS parce que je l'ai vu en premier. Elle était plus présente quand je suis arrivée, et après je suis allée rejoindre l'autre personne qui avait plus d'expérience dans le service.

Je posais beaucoup de questions mais je crois que c'est ça aussi à un moment donné… ça fatigue les IDE. Mais ce qui est paradoxale c'est qu'à un autre moment on m'a reproché de ne pas en poser assez. En fait pour moi ça dépendait des jours, et je posais plus de questions avec certaines qu'avec d'autres. Mais du coup, celles à qui je n'en posais pas me l'ont reproché.

Je changeais tout le temps d'IDE, et à chaque fois je me disais : comment elle va me voire, comment est-ce qu'elle va m'évaluer… C'est important car elles ne me connaissaient pas, donc il fallait à chaque fois que je fasse mes preuves.

J'ai hésité pour une constante. J'étais en train de réfléchir et je pense que ça la perturbé. Et pour elle, j'étais incapable de prendre en charge un patient et elle me l'a dit, comme ça devant le patient « tu es incapable de prendre en charge un patient ». Et après qu'elle m'ait dit que j'étais incapable, j'ai fait une erreur pour une injection directe dans une perfusion de lasilix, j'ai mis de l'air au niveau du robinet. Elle m'a dit « heureusement que j'étais là » et c'est vrai heureusement qu'elle était là parce que je m'en étais rendu compte, mais je me disais mais qu'est-ce que tu es en train de faire….et ça, ça m'a beaucoup perturbé. Et après, elle ne m'a plus fait confiance

Annexe 8 : Les tablettes pour la troisième séance des ateliers réflexifs

Tablette N°1

Rhumatologie, 06h45, Salle de soins

Simone, infirmière, 20 ans d'ancienneté dans le service

Mathieu, élève infirmier de 2ième année

Mathieu : c'est quoi ? ECBU recherche de cylindres?

Simone : je ne sais pas, on va faire un examen global. A cette heure-ci on n'a pas le temps de se poser de question

Tablette N°2

commentaire d'une infirmière à un élève infirmier de 3ième année

« tu viens lui faire une dextro,
qu'est-ce que tu peux faire en même temps ? »

Tablette N°3

Vacation du matin – couloir
un élève infirmier et une infirmière

Élève : elle en est où la perf ?
Infirmière : moi je sais, mais c'est à toi de savoir !

Tablette N°4

commentaire d'une infirmière

« Laisser l'élève faire seul, ne pas imposer sa propre organisation, il faut que l'élève arrive à trouver la sienne. »

Tablette N°5

Rhumatologie, 17h52, Salle de soins

Céline, infirmière, 4 ans d'ancienneté dans le service

Amandine, élève infirmière de 3ième année

Céline : comment tu te sens avec 10 patients?
Amandine : j'ai des difficultés, avec l'entrée pour tout organiser
Céline : t'as jamais eu d'entrée depuis que tu es là ?
Amandine : si, mais je n'ai jamais fait moi-même
Céline : comme tu vas faire toute la semaine d'après-midi, t'auras l'occasion d'en faire beaucoup. En plus l'entrée d'aujourd'hui n'est pas une entrée classique comme c'est une patiente qui revient dans le service.

Tablette N°6

commentaire d'une infirmière à une élève infirmière de 3ième année

« s'organiser au fur et à mesure ça permet d'aller aider les collègues, parce que toi, le jour où tu en as besoin, tu es bien contente… »

Tablette N°7

Rhumatologie - vacation du matin

Sylvie (ancienne AS) et Cathy (nouvelle AS)
mettent ensemble un change à une patiente de 89 ans

Nouvelle : c'est dans l'autre sens.
Ancienne : tu connais ça ?
Nouvelle : oui
Ancienne : c'est nouveau pour nous, la dernière fois on a cherché longtemps. Alors, comment je fais?
Nouvelle : il faut que tu scratches de ton côté
Ancienne : ah d'accord… et là je scratche aussi ?
Nouvelle : oui voilà.

Tablette N°8

Vacation du matin - couloir

commentaire d'une infirmière à un élève infirmier de 3ième année

« Il faut que tu t'organises pour faire le moins de pas possible, parce qu'en fin de journée, tu vas être crevé »

Tablette N°9

Vacation d'après-midi – Salle de soins

une élève infirmière de 3ième année et une infirmière

Élève : et toi comment tu le vois ?

Infirmière : je te sens stressée. La technique, c'est très bien mais il manque le relationnel, tout ce qui est autour de ton soin.

Cas N°10

1 infirmière, 1 aide-soignante et 1 élève infirmière de 3ième année, salle de soins

Infirmière à élève : il faut que tu te détendes. Je sais que ce n'est pas facile mais c'est très important

Aide-soignante : tu n'est pas obligé de parler du soin, il faut déclencher la parole et après ça vient tout seul

Élève : en plus, ça fait partie du soin

Infirmière : c'est effectivement une part hyper- importante, en plus dans un service comme celui-ci où les patients ont besoin qu'on les écoute.

Tablette N°11

une élève infirmière de 3ème année et une infirmière

Élève : j'y vais…, tu viens avec moi ?

Infirmière : c'est comme tu veux, mais tu peux le faire seule

Tablette N°12

Chirurgie cardiaque, 07h30, Salle de soins

Élodie, infirmière, 3 ans d'ancienneté dans le service

Sarah, élève infirmière de 3ème année

Sarah : je vais faire les bilans

Élodie : vas-y, de toute façon il faudra que je vérifie après

Jeanne THÉBAULT

La transmission professionnelle : processus d'élaboration d'interactions formatives en situation de travail

Une recherche menée auprès de personnels soignants dans un Centre Hospitalier Universitaire

Résumé

Cette recherche auprès de soignants d'un CHU vise à rendre compte, à partir d'une approche ergonomique, de la complexité de la transmission des savoirs professionnels en situation de travail, dans un contexte de transformations du monde productif. Elle propose un modèle de la « transmission professionnelle » en termes de « *processus d'élaboration d'interactions formatives* », en insistant sur leur émergence, leur déroulement et leur dynamique. Les analyses reposent sur la combinaison d'observations de situations de transmission, d'entretiens individuels et collectifs (« ateliers réflexifs ») centrés sur l'activité de transmission. Les résultats montrent que l'élaboration des interactions formatives repose sur trois composantes fortement influencées par le contexte productif : la combinaison de savoirs professionnels, la co-construction d'une relation entre protagonistes, et la conciliation entre activités de transmission et de production. Ils amènent aussi, en retour, à considérer la transmission professionnelle comme un « révélateur » des contraintes du monde productif dans lequel elle se déroule.

Mots clés : ateliers réflexifs, ergonomie constructive, interactions formatives, parcours professionnels, savoirs professionnels, soignants, transmission professionnelle, travail de soins

Abstract

This research focused on the nursing staff in a university hospital. Its goal was to describe, based on an ergonomic approach, the complexity that characterizes the transfer of professional skills in work situations, in a context of transformations of the production world. It proposes to model the "transfer of professional skills" as a set of "processes of elaboration of formative interactions", emphasizing the emergence, the sequence of events, and the dynamics of these processes. Our analyses are based on combining the observation of situations of transfer of skills, with individual and collective interviews ("reflective workshops") focusing on the activity of transferring skills. Results show that the elaboration of formative interactions relies on three components that are strongly influenced by the context of production: combining professional skills, co-constructing a relationship between protagonists, and reconciling the activities of skills transfer and of production. Conversely, these results encourage us to consider the transferring of professional skills as revealing the constraints of the productive world in which it takes place.

Keywords: reflective workshops, constructive ergonomics, formative interactions, professional trajectories, professional skills, nursing, transfer of professional skills, healthcare work.