

Article

« La place du *care* dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital »

Corinne Gaudart et Jeanne Thébault

Relations industrielles / Industrial Relations, vol. 67, n° 2, 2012, p. 242-262.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1009086ar>

DOI: 10.7202/1009086ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

La place du *care* dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital

Corinne Gaudart et Jeanne Thébault

En France, les entreprises vivent une transition démographique du fait de l'avancement en âge de la génération du baby-boom, ce qui les conduit à devoir former des nouveaux en plus grand nombre. Cet article souhaite dépasser une approche quantitative du problème en examinant les contenus de la transmission entre anciennes et nouvelles, chez des infirmières et des aides-soignantes. La place du *care* y est particulièrement analysée à partir de l'examen qualitatif de trois situations. Le soutien de l'organisation du travail et des collectifs sont déterminants, comme les parcours des anciennes et leur engagement à « tutorer ». Le temps de la transmission peut tout à la fois renforcer les difficultés quotidiennes du travail et permettre le débat entre pairs au sujet des pratiques professionnelles.

Mots-clés : ergonomie, démographie, organisation du travail, expérience, soins à la personne

Introduction

En France, dans les décennies 80/90, 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. La situation actuelle marque un changement (Chardon et Estrade, 2007) : la part des 55 ans et plus est croissante et restera élevée dans les années à venir, et les départs à la retraite sont et seront nombreux. Leur renouvellement – dans des contextes variables selon les secteurs – devient un enjeu important pour les entreprises. La prise en compte d'une population composée d'une diversité d'âges au travail devrait devenir l'un de leurs axes majeurs pour accompagner cette transition démographique : 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, Molinié et Pueyo, 2006). Les métiers du secteur de la santé sont particulièrement concernés

Corinne Gaudart, ergonome, LISE-CNRS / UMR 3320, Paris, France (corinne.gaudart@cnam.fr).

Jeanne Thébault, ergonome, CREAPT / CEE, Noisy-le-Grand, France (jeanne.thebault@cee-recherche.fr).

La recherche sur laquelle est basée cet article a été financée par l'Agence nationale de la recherche dans le cadre de son programme en sciences humaines et sociales, « Entreprises et formes d'organisation économique. Enjeux, mutations, performances ».

par ces transformations démographiques (Billaut *et al.*, 2006) : les départs à la retraite doubleront d'ici 2015 dans un contexte de demande croissante de soins médicaux. Ce contexte appelle à examiner précisément les conditions d'accueil des nouveaux et les savoirs professionnels transmis entre anciens et nouveaux. Les enjeux dépassent en effet le simple renouvellement quantitatif d'une génération par une autre, car dans la transmission se joue l'élaboration du métier pour les anciens, comme pour les nouveaux.

Nous inscrivons cette problématique dans une approche développementale de la transmission, et plus largement des parcours professionnels. La formation (le cadre) et l'apprentissage (le processus) sont analysés dans une approche constructiviste. L'apprentissage est considéré comme une activité co-construite dans un environnement physique et social qui cadre ce processus. La formation peut rester un dispositif formel ; elle peut être aussi informelle et s'insérer dans le cours de l'activité de travail. Selon ce postulat, l'apprentissage ne se limite pas à la formation ; il se produit préalablement, pendant et au-delà de cette étape (De Corte, 1992). Par ailleurs, l'échange de connaissances entre anciens et nouveaux ne se limite pas à l'acquisition de connaissances techniques d'une tâche à reproduire, il implique aussi de donner des moyens de s'intégrer à une culture ainsi que d'y participer et de la transformer (Cloutier *et al.*, 2008). La transmission se rapporte ainsi à un ensemble d'échanges de travailleurs d'anciennetés différentes à propos de leurs pratiques professionnelles, au cours de l'activité de travail. Celle-ci concerne non seulement des savoirs techniques, mais aussi potentiellement des savoirs qui permettent de « se développer », i.e. de travailler en santé et en qualité. La transmission peut ainsi s'insérer dans un contexte de formation officielle, mais aussi dans un contexte plus large d'échanges entre nouveaux et anciens au fil de l'activité. Des recherches récentes (Cloutier *et al.*, 2002, 2008 ; Gaudart, Delgoulet et Chassaing, 2008) permettent de préciser les principales caractéristiques de la transmission en situation réelle de travail :

- la transmission est une activité de travail s'ajoutant à l'activité principale et les contraintes de cette dernière conditionnent directement l'activité de transmission ;
- la transmission est située : elle dépend du contexte et du processus d'action et d'interaction entre des personnes d'expériences différentes ;
- la transmission peut être organisée et formelle, mais aussi informelle ;
- la transmission s'inscrit dans une dimension collective : elle se construit dans une dynamique de relation en binôme entre le travailleur expérimenté et le nouveau, mais également avec et dans un collectif de travail ;
- la transmission n'est pas unidirectionnelle : elle se situe dans un processus dynamique où l'expérimenté, à l'occasion de la transmission, est susceptible

d'élaborer une activité réflexive qui peut enrichir son savoir (Diallo et Clot, 2003), et où le nouveau peut être porteur de connaissances, de savoir-faire qu'il pourra mutualiser avec les anciens.

Or, l'accueil de nouveaux à l'hôpital s'inscrit dans un contexte de profondes transformations du secteur public hospitalier français qui ont des conséquences sur les métiers des personnels soignants. La recherche de gains de productivité s'associe à une rationalisation du système de santé, une intensification du travail et tend à ramener la prise en charge des patients à une comptabilisation d'actes techniques (Sainsaulieu, 2007). Pour Estryng-Behar (2009), l'organisation du travail et ses transformations actuelles jouent un rôle important dans l'insatisfaction professionnelle du personnel paramédical, dans un contexte de conditions de travail difficiles (Le Lan, 2005 ; Mardon et Toupin, 2007). Celles-ci permettraient mal le soutien de l'équipe et l'appréciation de ses membres sur le beau travail, qui consiste à soigner et à prendre soin (Teiger, Cloutier et David, 2005). Ce beau travail se joue dans l'articulation du *cure*, l'ensemble des activités techniques relatives au soin, et du *care*, l'ensemble des activités qui répondent aux exigences caractérisant les relations de dépendance et consistant à apporter une réponse concrète aux besoins des autres (Paperman, 2006). Ce sont des savoirs discrets qui mobilisent tout à la fois des connaissances techniques, le souci du confort psychologique de l'autre et d'économie de soi (Molinier, 2006). Ce *care* transparaît dans les référentiels métiers des infirmiers et des aides-soignants sous la forme de compétences requises : « accompagner une personne dans la réalisation des soins quotidiens », « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins » en faisant preuve « de disponibilité et de souci des autres, de discrétion et de retenue ». Ces référentiels – s'ils décrivent ce que les personnels soignants doivent faire – ne disent rien sur la manière de le réaliser en contexte¹. Ces savoirs s'appuient sur la capacité à pouvoir anticiper son travail et celui des autres. Ils nécessitent donc des dispositions organisationnelles pour se mettre en œuvre, en matière de disponibilités, de continuité des soins (Sainsaulieu, 2007), de temps et d'espace pour débattre des difficultés du métier (Molinier, 2006). Ce sont ces dispositions organisationnelles qui sont touchées par les formes actuelles de rationalisation du travail (Gaudart et Thébaud, 2008). Ces mêmes référentiels basent la formation pratique sur le développement d'« une posture réflexive entre savoirs et actions ». Mais qu'en est-il des possibilités concrètes d'accueillir et de transmettre en situation réelle de travail ? Plus particulièrement, qu'en est-il de la place du *care* dans la transmission ? Comment se transmet-il en contexte ?

C'est avec cette grille de lecture que nous souhaitons ici analyser de manière qualitative la place du *care* dans trois situations de transmission, issues d'une recherche menée dans un hôpital français.

Méthodologie

L'option méthodologique choisie s'inscrit plus largement dans une problématique âge/travail/expérience (Laville, Gaudart et Pueyo, 2004) et combine une approche quantitative en démographie du travail avec une approche qualitative et compréhensive basée sur l'analyse ergonomique du travail centrée sur l'activité (Molinié et Volkoff, 2002). Nous présentons ici la méthodologie de l'ensemble de la recherche en insistant plus précisément sur la méthodologie utilisée dans les situations traitées dans cet article.

Analyses démographiques

Pourquoi tel service, telle catégorie de personnel font-ils prioritairement appel à une main-d'œuvre jeune, plus jeune en tout cas que le reste de l'hôpital ? Est-ce seulement l'effet d'une vague récente de recrutements dans une unité nouvelle, ou bien ce travail est-il difficile à « tenir » à partir d'un certain âge, et dans ce cas, pour quelles raisons ? Pourquoi, dans telle autre situation, constate-t-on une dérive progressive d'une structure « jeune » vers une structure « moyenne » ? Est-ce une tendance appelée à se prolonger ? En ce cas, les exigences de ce travail seront-elles compatibles avec le vieillissement des personnels concernés ? Pourquoi telle autre situation encore rassemble-t-elle durablement des salariés âgés ? De quelles autres situations viennent-ils, et pourquoi les ont-ils quittées ? L'évolution des effectifs et du travail va-t-elle préserver ces capacités « d'accueil » ? Ces questions montrent l'intérêt de disposer d'indicateurs, des répartitions par âges et de leur variation au fil du temps.

À cet effet, des analyses quantitatives ont été réalisées afin d'établir une cartographie démographique de l'hôpital à partir de l'âge, de l'ancienneté et des mouvements internes et externes à l'hôpital du personnel soignant. Ces analyses se sont basées sur des fichiers longitudinaux établis à cet effet, constitués selon nos demandes par les services du personnel de l'hôpital.

Analyses ergonomiques

Trois services choisis

Trois services ont été retenus pour mener des analyses ergonomiques : soins de suites et de réadaptation, chirurgie cardiaque, rhumatologie. Ces services ont été choisis pour leurs contrastes en matière d'organisation, des types de soins réalisés, des caractéristiques des patients accueillis, de la composition des équipes soignantes en ce qui a trait aux effectifs et à l'ancienneté dans le métier.

Les statuts de nouveaux et d'anciens

Ces statuts recouvrent plusieurs réalités. Les nouveaux peuvent être :

- des élèves en formation pour qui chaque service a obligation d'accueil et d'encadrement ; certains sont en début de formation et connaissent peu de services ; d'autres sont plus avancés ;
- des nouveaux diplômés en première affectation ou avec une faible expérience dans un autre service ;
- des nouveaux diplômés issus de promotions professionnelles qui ont donc une forte ancienneté dans un autre métier de santé (par exemple une aide-soignante qui devient infirmière) ;
- des nouveaux salariés accueillis dans un service, mais ayant une ancienneté plus ou moins importante dans le métier au sein d'un ou plusieurs autres services, voire dans le secteur des soins.

Du côté des « anciens » qui accueillent, il ne s'agit pas d'une catégorie homogène puisque avec l'âge et l'ancienneté la diversité des parcours s'accroît. Par ailleurs, la notion d'ancienneté est relative et peut signifier une simple antériorité de présence dans le service par rapport aux nouveaux.

Méthodologie d'observation

Au préalable, des *entretiens exploratoires* avec l'encadrement et les responsables de la formation ont été faits pour une compréhension globale du fonctionnement des services et des enjeux qui s'y rattachent, à savoir le contexte réglementaire et technique, l'organisation des plannings, les évolutions organisationnelles.

Les analyses ergonomiques de l'activité correspondent à des observations de situations réelles de travail. Ont été réalisées des *observations « ouvertes »* pour comprendre le fonctionnement général des services : répartition des tâches, phases de travail, sources de variabilité (composition des équipes, nombre et caractéristiques des patients), périodes ou incidents critiques. Des *observations « systématiques »* par notes manuscrites de treize situations de transmission ont été réalisées avec pour observables : actions réalisées, temps passé dans chaque lieu, déplacements, personnes en co-présence, communications verbales, présence des patients.

Ces situations ont été observées en fonction des possibilités d'accueil des services. Elles recouvrent des configurations « anciens - nouveaux » différentes, elles concernent : l'accueil d'une personne appartenant à l'équipe de remplacement de l'hôpital (n = 1), l'encadrement d'élèves en formation (n = 7), l'accueil des nouveaux salariés (n = 6), des échanges entre anciennes en l'absence de nouveaux (n = 2). Six situations cumulent la présence de plusieurs nouveaux.

Situations de transmission retenues

L'analyse des treize situations de transmission repose sur un double objectif : d'une part, apprécier le poids des conditions d'accueil sur les contenus transmis et, d'autre part, en apprécier la diversité.

TABLEAU 1
Typologie des situations de transmission observées

Situations	Service concerné	Métier concerné	Type de vacation horaire observé	Statut et ancienneté dans le service des personnels observés	Entretiens en auto-confrontation avec :
1*	Rhumatologie	Infirmière	Après-midi	Ancienne titulaire : 8 ans Élève : 3 ^e année de cursus	Ancienne
2*	Rhumatologie	Infirmière	Matin	Ancienne titulaire : 20 ans Élève** : 3 ^e année de cursus	Ancienne
3*	Soins de suite et de réadaptation	Aide-soignante	Après-midi	Ancienne titulaire : 3 ans Nouvelle titulaire : 1 mois Élève : fin de cursus	Ancienne
4	Rhumatologie	Aide-soignante	Matin	Ancienne titulaire : 1 an Nouvelle titulaire : 1 ^{er} jour	Ancienne
5	Rhumatologie	Aide-soignante	Matin	Ancienne titulaire : 1 an Nouvelle titulaire : 2 ^e jour	
6	Rhumatologie	Aide-soignante	Après-midi	Ancienne titulaire : 11 ans Nouvelle titulaire : 3 ^e jour	Ancienne
7	Soins de suite et de réadaptation	Infirmière	Matin	Ancienne titulaire : 1 mois Élève : 1 ^{re} année de cursus	Ancienne
8	Soins de suite et de réadaptation	Infirmière	Matin	Ancienne titulaire : 3 ans Élève : 1 ^{re} année de cursus	Ancienne
9	Chirurgie cardiaque	Aide-soignante	Matin	Ancienne titulaire : 3 ans Ancienne titulaire : 4 ans Ancienne titulaire : 22 ans	
10	Chirurgie cardiaque	Infirmière	Après-midi	Ancienne titulaire : 3 ans Élève : 3 ^e année de cursus	Ancienne
11	Chirurgie cardiaque	Infirmière	Après-midi	Ancienne titulaire : 18 ans Ancienne polyvalente inter-services Élève : 3 ^e année de cursus	Élève
12	Chirurgie cardiaque	Infirmière	Après-midi	Ancienne titulaire : 3 ans Nouvelle titulaire : 2 mois	Nouvelle
13	Chirurgie cardiaque	Infirmière	Matin	Ancienne titulaire : 5 ans Ancienne titulaire : 15 ans	

* Situations retenues ** Seul homme présent dans les situations observées

Dans une perspective exploratoire et qualitative, nous avons retenu pour cet article trois situations (situations 1 à 3 du tableau 1) qui, mises en contraste, permettent d'alimenter particulièrement la réflexion sur la place du care dans la transmission et d'en éclairer différentes dimensions. Les types d'échanges choisis n'ont donc pas fait l'objet d'une catégorisation *a priori*, dans la mesure où l'analyse consiste justement à clarifier ce que signifie le care pour ces personnels soignants.

Les situations 1 et 2 se déroulent dans le même service de rhumatologie, avec les mêmes patients sur deux vacances consécutives, deux stagiaires de même niveau et les effectifs minimaux requis ; il s'agit d'infirmières dont les anciennetés varient, ainsi que les tâches à réaliser sur les vacances. La situation 1 correspond à une vacation d'après-midi et l'infirmière qui suivra l'élève a quatre années d'ancienneté dans le service et dans le métier. La situation 2 correspond à la vacation du lendemain matin avec une infirmière ayant 20 années d'ancienneté dans le service et dans le métier.

La situation 3, dans le service de soins de suites et de réadaptation, présente un encadrement en trinôme : une aide-soignante avec trois ans d'ancienneté dans le service, une nouvelle aide-soignante, arrivée dans le service depuis moins d'un mois, mais avec une expérience de trois ans dans les soins à domicile auprès de personnes âgées et une élève aide-soignante, présente dans le service depuis quatre semaines, passant son examen le lendemain de notre observation. Cette situation pointe la dimension collective de la transmission et le rôle des parcours professionnels antérieurs sur les contenus transmis. Différents moments de transmission ont été observés : pendant les soins réalisés par l'élève, pendant un débriefing entre les deux encadrantes, puis lors d'un débriefing avec l'élève.

Résultats

Une activité de transmission sous contraintes

L'activité de transmission est globalement soumise à de fortes contraintes organisationnelles.

Cet hôpital, situé en Normandie, possède 2 450 lits et emploie 9 000 personnes toutes catégories confondues. L'encadrement *in situ* de nouveaux personnels soignants (infirmières et aides-soignantes) se fait selon deux dispositifs institutionnels :

- le premier consiste à accueillir en stage des infirmiers et des aides-soignants au cours de leur cursus de formation. Les écoles de formation rattachées à l'hôpital alimentent ainsi les services en élèves de différents niveaux et pour des durées variables ;
- le second renvoie à l'accueil de nouveaux titulaires au sein de l'établissement ou dans un nouveau service. Ce dispositif prévoit une période de doublure pendant deux semaines.

Ces dispositifs laissent en fait à la discrétion de l'équipe soignante la gestion des nouveaux et des contenus transmis : elle a pour mission d'accueillir et de former les nouveaux, mais les moyens pour y parvenir ne sont pas définis. Ainsi, les personnels soignants ne sont pas formés au tutorat ; aucun temps spécifique n'est prévu pour cette tâche ; il n'est pas prévu de personne « référente » et il

n'existe pas d'outils de suivi formalisés. La transmission se déroule au cours de l'activité de travail en fonction des ressources, contraintes et aléas. Ce sont les personnels soignants présents, quelle que soit leur ancienneté dans le service, qui prennent en charge les nouveaux. Ce mode de fonctionnement discrétionnaire laisse de la liberté sur les contenus transmis, mais il conduit également à des arbitrages sur la place accordée à la transmission au cours de la vacation, comme activité principale ou secondaire.

Dans les situations 1 et 3, l'accueil était programmé et anciennes comme nouvelles avaient déjà travaillé ensemble. Dans la situation 3, cette planification a même conduit à l'organisation d'un examen virtuel. Dans la situation 2, l'ancienne découvre qu'elle doit accueillir un nouveau, et même plusieurs, et le nouveau ne savait pas qui le prendrait en charge.

Le niveau de planification de l'accueil, les effectifs des titulaires comme des nouveaux, associés aux contraintes « habituelles » des services (charge de travail plus importante le matin, état des patients, etc.) peuvent avoir des conséquences sur les contenus transmis et les modes de transmission. L'examen des situations 1 et 2, toutes deux dans le même service, montre ainsi des contrastes importants. Dans la situation 1, le binôme passera la quasi-totalité de la vacation (98 %) ensemble. C'est un temps commun et partagé dans différents lieux du service : les chambres des patients (20 % du temps), les couloirs (16 %) et la salle de soins (64 %). Ces lieux sont porteurs d'échanges différents. La chambre est le lieu des soins donnés aux patients : les échanges se sont orientés sur l'action immédiate, les procédures de soins et les règles d'hygiène à respecter. Par exemple, l'élève change une poche de perfusion ; l'infirmière en profite pour savoir si l'élève maîtrise le débit de la perfusion : « Alors, on a un débit de ? ». Le couloir est un lieu stratégique. C'est l'entre-deux chambres, c'est-à-dire un lieu où il est possible de revenir sur les actions faites et de préparer les prochaines, en dehors de la présence du patient. C'est aussi un lieu privilégié pour organiser les tâches à venir. L'élève est engagée dans une stratégie où elle passe d'une chambre à l'autre dans une logique de proximité géographique ; l'infirmière lui en propose une autre, relative à des contraintes techniques et organisationnelles : « Ça serait bien qu'on fasse d'abord les patients à « déperfusion ». Et il ne faut pas oublier aussi de sortir la patiente. Tu l'as déjà fait ? ». Le couloir a donc été un lieu privilégié de régulation pour l'activité de soin et pour l'activité de transmission. Enfin, la salle des soins est le lieu où se réalisent les procédures administratives et la préparation des médicaments. L'infirmière expérimentée y a vérifié, comme dans les chambres et le couloir, les connaissances de l'élève. Pour ce binôme, la salle des soins a été également un lieu d'échanges plus longs – nous y reviendrons par la suite – relatifs à deux sujets : les exigences de l'examen que l'élève passe la semaine suivante au regard des exigences d'arrivée dans un nouveau service ;

la dimension relationnelle aux patients et à la famille. Ces deux types d'échanges ont pour point commun d'être centrés sur l'élève et son parcours à venir. Ce seront les deux plus longs échanges de la vacation : respectivement 16 et 30 minutes.

Dans la situation 2, le binôme se rencontrera dans les mêmes proportions de temps dans les chambres (22 %), le couloir (19 %) et la salle de soins (59 %), mais il ne passera que 44 % du temps ensemble. La transmission se fait sous contrainte de temps et dans l'interruption. Contrairement à la situation précédente où l'activité de transmission est très présente, l'ancienne priorise sa tournée des soins ; ce qui conduit à des échanges hachés, voire à des refus à l'élève :

INFIRMIÈRE : Tu vas faire la chambre 109 d'abord. J'irai en 110. Ca sonne ; je ne sais pas ce que le patient veut.

ÉLÈVE : Je veux voir M. D.

Ancienne : Non.

Cette activité vient interrompre sa tournée :

ÉLÈVE : C'est quoi ECBU recherche de cylindres ?

INFIRMIÈRE : Je ne sais pas. On va faire un examen global. À cette heure-ci, on n'a pas le temps de se poser de question.

Ce mode de fonctionnement perturbe l'élève : « Je ne sais plus qui a eu ou pas ses médicaments ».

La place du *care* dans la transmission

Présence ou absence dans la transmission

Existe-t-il un discours des anciennes destiné aux nouveaux sur la relation aux patients ? Oui pour les situations 1 et 3, les situations où l'accueil était planifié, avec une nouvelle par vacation, voire pour la situation 3 un « sureffectif » inhabituel et une mobilisation du collectif. Non pour la situation 2 où l'accueil n'était pas planifié, les nouveaux en surnombre et une vacation du matin plus chargée. Les conditions organisationnelles peuvent s'avérer ressources ou contraintes, pour la transmission dans sa globalité, et l'émergence du *care* dans celle-ci.

Pourtant cette explication mérite d'être nuancée. L'émergence du *care* ne relève pas uniquement de facteurs organisationnels, mais aussi de facteurs plus individuels liés aux parcours des anciennes. Ainsi, l'entretien en auto-confrontation avec l'ancienne de la situation 2 révèle une attitude ambivalente au sujet de la dimension relationnelle aux patients. Cet entretien, volontaire, reste toutefois difficile à réaliser : méfiante, exprimant qu'elle ne se souvient plus de la vacation en question, ne voulant rester que peu de temps. Elle mentionne que l'aspect

relationnel avec le patient est une dimension importante du travail : « Donner des soins, ce n'est pas un travail à la chaîne ». Toutefois, elle précise qu'à cause des contraintes temporelles élevées, elle préfère parler aux patients après les petits-déjeuners car auparavant, les tâches sont trop nombreuses, et elle se veut très respectueuse des horaires. Elle choisit donc les périodes où elle souhaite entrer en relation et précise qu'elle n'est pas très causante avec les patients. Elle se plaint par ailleurs des patients qu'elle trouve de plus en plus passifs, mais aussi de plus en plus exigeants sur la connaissance de leur traitement, alors que sa collègue de la situation 1 met l'accent sur les besoins relationnels importants des patients dans leur service. Elle dit également évoquer la dimension relationnelle aux patients avec les nouveaux, mais elle n'en aura rien fait pour la vacation observée. Durant celle-ci, la seule stratégie explicitée au nouveau est relative à l'économie de soi : « Il faut grouper tes soins ». L'explication mise en avant est celle d'un gain de temps : « Ce n'est pas pour t'embêter mais il faut que tu t'organises. Éviter les va-et-vient et qui dit va-et-vient veut dire perte de temps ». Pourtant, en auto-confrontation, elle expliquera que grouper les soins, c'est aussi prendre en compte le patient ; ce qu'elle n'expliquera pas à l'élève. Elle terminera l'entretien en disant qu'elle n'aime pas particulièrement le travail dans ce service, mais, après 20 années d'ancienneté, elle appréhende d'en changer. Aux conditions organisationnelles difficiles de la vacation s'ajoutent ici des dimensions plus individuelles relatives à une usure professionnelle et à une difficulté à mettre en mots le *care*.

Dans la situation 3, la dimension relationnelle est un point central de la transmission. Toutefois elle ne sera pas portée par l'ancienne aide-soignante, organisatrice de l'accueil de l'élève, mais par la nouvelle aide-soignante qui se greffe le jour même au binôme envisagé. L'ancienne axera la transmission sur la dimension du *cure* – procédures de soins et règles d'hygiène – tandis que la nouvelle s'exprimera sur le *care*, précisément sur la question de « comment parler aux patients » en accompagnement des soins. Au-delà même de la formation de l'élève, se joue en fait ici la mise en débat entre deux aides-soignantes titulaires, mais de parcours différents, de ce que veut dire prendre en charge un patient. En effet, cette vacation s'inscrit dans un contexte particulier du service. Celui-ci a connu de nombreuses transformations : d'abord un service de chirurgie orthopédique, il devient un service de soins de suites de chirurgie orthopédique et, depuis cinq ans, un service de soins de suites et de réadaptation. Ce changement s'est accompagné de deux évolutions majeures. D'une part, les effectifs minimaux sur les vacations diurnes ont été réduits : on comptait auparavant quatre aides-soignantes le matin et trois l'après-midi ; elles sont passées à deux. D'autre part, les pathologies des patients ont évolué : des personnes en fin de vie à prendre en charge avec des poly-pathologies plus nombreuses, ce qui transforme la pratique des soignants. Or, ces changements n'ont donné lieu ni à discussion, ni à formation,

ce qui a provoqué des tensions au sein de l'équipe soignante, entre anciennes et nouvelles, au sujet du temps passé auprès des patients. Ainsi, au moment de notre arrivée, les trois plus anciennes du service venaient d'être mutées, jugées par l'encadrement comme « faisant problème ». L'ancienne aide-soignante a vécu ces conflits, pas la nouvelle. Elle arrive par ailleurs dans le service avec trois années d'ancienneté dans les soins à domicile et c'est avec cette expérience qu'elle explique ce qu'est pour elle prendre en charge un patient. La question de l'histoire du service et des parcours professionnels a ainsi une incidence sur l'expression du *care* en situation de transmission.

Les objectifs du *care* dans la transmission

Les situations 1 et 3, où la dimension relationnelle aux patients est évoquée, permettent de préciser les motifs du *care* : les savoir-faire mobilisés visent à accompagner les soins, à répondre aux patients et à leur entourage et plus largement à assurer un confort psychologique. Dans la situation 1, l'infirmière expérimentée propose une stratégie à l'élève qui consiste à prendre le dossier du patient dans la chambre :

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 [...]. 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. [...] Ça permet aussi de gérer les familles, leurs questions. Mais tu vois aussi les heures des traitements. Il faut grouper tes soins au maximum.

C'est donc une stratégie essentielle pour s'organiser, gagner du temps et savoir répondre au patient et à la famille. Dès la chambre suivante, l'élève l'emporte avec elle.

Dans la situation 3 la question du *care* est d'abord évoquée entre l'ancienne aide-soignante et la nouvelle en l'absence de l'élève, après son examen virtuel. Les deux aides-soignantes discutent de cet examen et chacune met l'accent sur des dimensions différentes du soin :

ANCIENNE : Oui, 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 ».

NOUVELLE : 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. [...] 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.

ANCIENNE : Oui c'est vrai que le fait de lui dire comme tu dis « Levez... pour faire ça », qu'elle lui explique ce qu'elle fait.

NOUVELLE : Avant de le faire ! Et de ne pas parler, comment dire...

ANCIENNE : À l'impératif ?

NOUVELLE : À l'impératif voilà.

L'ancienne axe le débriefing sur des éléments relatifs à l'hygiène et la technique. La nouvelle 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 ; le dialogue comme aide aux soins, accompagnant et sollicitant la patiente. Cet échange se poursuivra par un débriefing entre l'ancienne et l'élève.

L'ancienne s'est réappropriée le discours de la nouvelle, en présentant la dimension relationnelle comme une dimension technique du métier. Par ailleurs, le fait de n'avoir pas « bien » parlé à la patiente est présenté comme une faute vis-à-vis des encadrantes, avant d'être une faute vis-à-vis de la patiente :

Ce qu'on a vu, c'est qu'après ton soin, il faut demander à la personne ce qu'elle en a pensé, voir avec la patiente si ça lui a fait du bien. Comme ça tu peux écrire dans le dossier que ton patient est satisfait du soin. Il y avait aussi que tu étais un peu trop directive par rapport à la patiente. Parce qu'en fait la patiente, tu lui dis « Levez votre jambe, faites ci faites... », alors que – si tu veux on ne l'a pas pris méchamment mais si tu veux – il faut que tu lui dises de faire en expliquant les choses. Si tu veux qu'elle lève sa jambe au lieu de lui dire « Levez votre jambe », « Est-ce que vous pouvez lever votre jambe pour que je puisse laver votre jambe ? », tu vois tu argumentes [...]. Tu vois, elle [la nouvelle] m'a dit qu'à son évaluation, on lui avait reproché. Donc c'est comme si tu donnais des ordres au patient alors que c'est pas ce que tu veux faire. Tu vois, c'est que des petites fautes techniques. Tu n'as pas fait de grosse faute d'hygiène.

Le care, « ça s'apprend »

Dans cette même situation, la nouvelle aide-soignante explique à l'ancienne que le care, en tant qu'ensemble de savoir-faire, s'apprend :

NOUVELLE : 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.

ANCIENNE : Moi non plus. Quand tu les connais pas beaucoup, tu sais pas trop.

NOUVELLE : Non mais... dire des banalités ça s'apprend. Il faut toujours avoir un truc à dire.

ANCIENNE : En plus avec madame K c'est pas facile, c'est quelqu'un où t'as besoin d'avoir un discours.

NOUVELLE : Oh si, tu peux parler de plein de choses !

La nouvelle explique que « dire des banalités », c'est essentiel et cela s'apprend. Elle évoque son propre apprentissage et son expérience de soins à domicile. Dans la même perspective, elle développe une autre facette de la dimension relationnelle qui consiste à toujours demander au patient s'il est satisfait. Ainsi, à l'occasion d'un encadrement, la nouvelle et l'ancienne en viennent à débattre de pratiques professionnelles. C'est la nouvelle qui apprend à l'ancienne, et par là même l'informe de sa représentation du métier. Dans l'ensemble de ses interventions, elle évoque tout à la fois comment parler au patient, dans quelle posture, en quels termes, mais aussi à quels moments. Elle pose l'articulation entre le *cure* et le *care* : parler au patient fait partie intégrante du soin.

Cet apprentissage du *care* est également évoqué dans la situation 1, de manière collective avec l'aide-soignante expérimentée, présente au moment de l'échange :

ANCIENNE : Comment tu te sens avec 10 patients ?

ÉLÈVE : J'ai des difficultés. [...] Et toi comment tu le vois ?

ANCIENNE : Je te sens stressée. La technique c'est très bien mais il manque le relationnel, tout ce qui est autour de ton soin. Les patients sont souvent seuls. Si l'équipe ne leur parle pas, ils vont se sentir encore plus seuls. Il faut que tu te détendes. En plus les patients, surtout ici, ils sont douloureux : ils ont de gros antécédents, côté psychologique aussi, ils ont besoin de parler. Je sais que ce n'est pas facile. Mais c'est très important.

AIDE-SOIGNANTE : Tu n'es pas obligée de parler du soin, il faut déclencher la parole après ça va tout seul.

ÉLÈVE : En plus ça fait partie du soin.

ANCIENNE : C'est effectivement une part très 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.

L'infirmière expérimentée s'adressera ensuite à l'ergonome en parlant de l'élève :

Elle veut trop faire de la technique. Il n'y a pas beaucoup de discours avec les patients. Par exemple, tout à l'heure : 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. [...] Elle pense au soin qu'elle va faire, mais pas au patient. Ce stage, en général les élèves sont très stressés, ils sont moins réceptifs et moins dans le relationnel. Le relationnel vient avec l'expérience. Voir les patients tous les jours. Il faut prendre son aise. Au départ, on est tous passés par là, on se centre sur les soins, mais avec le temps le relationnel prend de plus en plus de place par rapport au reste. C'est très nouveau pour elle d'avoir à gérer autant de patients.

Elle explique que pour se consacrer au *care*, il faut d'abord maîtriser la technique et ne pas être stressé.

Prendre soin des nouveaux, une autre facette du care

La transmission comme tâche discrétionnaire est motivée par l'idée que former des nouveaux fait partie du métier. Il s'agit aussi de former de « bons professionnels », susceptibles de travailler un jour avec soi. La situation de transmission fait aussi référence à sa propre expérience de nouveau, positive ou négative. Accueillir à son tour un nouveau peut être ainsi marqué par l'idée tantôt de reproduire le même cadre, tantôt de l'éviter. Ce souci de l'accueil est très marqué dans la situation 1 où l'ancienne consacra du temps à rassurer l'élève sur l'enjeu immédiat de son examen. Elle fera même plus en la préparant à la période « d'après-examen », comme professionnelle :

ÉLÈVE : Je ne sais jamais ce qu'il faut dire.

ANCIENNE : La présentation doit être synthétique : tu détailles la planification et les soins. Tu as 30 minutes pour tout dire. [...] 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.

ÉLÈVE : Mais c'est quoi le plus important alors ?

ANCIENNE : C'est tous les risques, les antécédents, les soins, les traitements. Comment tu faisais dans tes autres mises en situation ?

ÉLÈVE : Justement, je faisais tout.

ANCIENNE : Et en temps ?

ÉLÈVE : Je dépassais. [...] Mais... j'ai le droit à mes feuilles ?

ANCIENNE : Oui, oui bien sûr. L'examineur est là pour voir comment l'élève prend en charge ses patients. Pourquoi cette injection ? Tu dois tout décrire. [...]. Le stage du diplôme est vraiment le plus difficile de la formation. C'est l'échéance du diplôme qui met beaucoup de pression. 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'informations possible. Par contre pour les soins il n'y a plus personne. Mais tu es quand même encadrée dans les 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 trois années d'études, tu n'as pas pu voir tous les soins. Dans ce cas, il faut savoir dire que tu ne l'as jamais fait. Ce qui est bien dans ce métier c'est que tu apprends tout le temps. Et tout ce que tu as appris tu peux le transmettre.

Par ailleurs, face à une quasi-absence de soutien de la part de l'organisation, le collectif peut jouer un rôle important. En effet, si les situations observées montrent une mobilisation directe d'une ancienne, le collectif peut jouer également un rôle facilitateur, en soutenant la transmission. Dans la situation 3,

l'ancienne aide-soignante a proposé à l'élève d'organiser un examen virtuel lors de leur prochaine vacation commune. Le jour J, les aides-soignantes sont quatre au lieu de deux habituellement, situation extrêmement rare. Mais plusieurs difficultés concernant les patients sont signalées par l'équipe précédente, ce qui va entraîner une charge supplémentaire de travail, impossible à anticiper. Malgré ce contexte, l'équipe maintient l'examen virtuel et s'organise pour dégager le temps nécessaire. Par ailleurs, la nouvelle aide-soignante fait part à l'ancienne de son souhait de participer à cet examen. Un premier niveau de régulation collective s'opère : l'ancienne propose alors qu'elles prennent en charge la plus petite aile du service, les autres collègues acceptent la plus grosse aile. Un deuxième niveau de régulation s'effectue au sein du binôme ancienne/nouvelle : elles décident de prendre en charge à deux, sans l'élève, les patients de la petite aile dans le but de dégager du temps. Au final, elles arriveront également à aider leurs deux autres collègues.

La transmission s'inscrit dans un engagement individuel et collectif avec un souci de bien former et de bien accueillir.

Discussion et conclusion

L'activité de transmission, telle que décrite ici, est fragile : ses contenus, son déroulement restent dépendants d'une configuration immédiate de ressources et de contraintes. Côté ressources, savoir qu'un nouveau arrive, avoir le temps de « faire connaissance » permettent à l'équipe de s'organiser, même dans des conditions de sous-effectif, comme le montrent d'autres situations observées. Ces conditions pour accueillir permettent de transmettre des aspects formels du métier, tels que la planification des soins ou les procédures administratives, mais aussi des aspects plus informels élaborés dans l'activité tels que des stratégies individuelles et collectives, des règles d'équipe, dont les objectifs intègrent la préservation de soi, l'entraide et la qualité des soins. Les ressources individuelles jouent également un rôle important. On peut distinguer ici deux registres : des savoirs antérieurement acquis dans d'autres situations de travail et l'engagement personnel à vouloir transmettre. Cette volonté est décrite comme le souci de faire des nouveaux de « bons professionnels », susceptibles de travailler avec eux. Avec ces ressources, l'explicitation de la dimension relationnelle, comme ensemble de savoirs pouvant être formalisés et transmis, peut trouver sa place. Son apprentissage s'inscrit dans le temps et reste lié à la dimension du *cure* ; c'est quand la technique est maîtrisée qu'il est possible de se consacrer au *care*.

Les contraintes apparaissent également. L'arrivée imprévue d'élèves, des effectifs insuffisants, des compositions de collectifs cumulant les nouveaux, sont autant d'éléments qui agissent sur une transmission au rabais, comportant de continuel arbitrages entre activité de soin et activité de transmission.

L'expression du *care*, en dehors même de la présence de nouveaux, reste fragile. Comme observé par ailleurs, les vacations en sous-effectif conduisent le personnel expérimenté à effectuer des tâches de soin sans explicitation aux patients ; l'expérience consiste alors en premier lieu à effectuer ces tâches sans risque pour ces derniers. Dans ce contexte, les contenus transmis dépassent rarement l'organisation formelle du service et la dimension technique des soins. Des stratégies individuelles peuvent se transmettre ; elles relèvent alors de moyens pour ne pas se faire dépasser par la pression temporelle et pour ne pas s'épuiser : grouper les soins, compter ses pas. Dans les situations les plus difficiles, les nouveaux sont laissés à eux-mêmes parce qu'il n'y a pas le temps de les prendre en charge. Il s'agit d'un fonctionnement dégradé de la transmission. Être nouveau signifie alors, comme nous l'avons observé dans le BTP (Gaudart, Delgoulet et Chassaing, 2008), être opportuniste : prendre en main son apprentissage, montrer que l'on sait, poser des questions, etc., autant de fonctionnements qui ne peuvent être jugés *a priori* négatifs, mais qui nécessiteraient ensuite d'être discutés avec les anciens pour devenir source d'apprentissage et d'expérience positifs. Ces contraintes externes peuvent avoir des conséquences sur les ressources internes : l'engagement dans la transmission, pour les anciens comme pour les nouveaux, est mis à mal.

Les contenus de la transmission et la place du *care* dans celle-ci ne sont donc pas prédéterminés, mais dépendent du contexte de travail, de son organisation, des parcours et de l'engagement de chacun. La transmission est discrétionnaire dans le sens où « la discrétion indique des espaces d'action dans un processus réglé de l'extérieur où le sujet agissant est obligé de décider et de choisir, dans un cadre de dépendance » (Maggi, 1996 : 642). Ce contexte prescriptif – la formation des nouveaux fait partie du référentiel métier des infirmiers et aides-soignants – et cette dépendance au contexte de travail débouchent sur des contenus variables de la transmission, de savoirs formels à d'autres plus informels issus de l'expérience individuelle et des collectifs de travail. Dans un contexte d'intensification, le temps de la transmission peut cristalliser les difficultés rencontrées par ailleurs, jusqu'à aboutir à des situations conflictuelles ; mais il peut devenir également l'un des derniers lieux où il est possible de débattre des pratiques professionnelles entre pairs. Dans cette perspective, la transmission devient une activité nodale, qui « fait nœud » : elle permet de nouer le métier, pour les nouveaux et les anciens ; elle peut également « faire nœud » en mettant à jour des tensions non résolues. L'analyse des trois situations présentées laisse entendre qu'une des sources de tension possible relève de la place du *care* dans le métier.

Cette étude suscite aujourd'hui une demande plus précise de l'hôpital relative à la formalisation des contenus et des pratiques de transmission. Cette demande est portée par la direction des soins qui souhaite valoriser la fonction

de tutorat, les ressources humaines et les écoles de formation d'infirmiers, d'aides-soignants et de cadres. Quatre groupes de travail sont en phase de constitution, mixant métiers, services et statut (nouveaux/anciens) dans l'objectif de dégager des pistes de recommandations à partir des situations observées. À cet effet, trois thèmes ont été retenus : la transmission comme activité s'ajoutant à l'activité de production de soins et les arbitrages qu'elle entraîne ; la place du patient dans les soins et son rôle dans la transmission ; les objectifs de la transmission en fonction du statut de nouveau.

Les débouchés pratiques de cette recherche nous incitent à poursuivre nos analyses sur la place du *care* dans la transmission. Le concept de *care* développé en psychologie et en sociologie dans le cadre d'études menées sur le genre y est défini comme le souci des autres (pour une synthèse : Molinier, Laugier et Paperman, 2009). Il s'inscrit dans des rapports sociaux de sexe où il est perçu comme un ensemble de savoirs « naturellement » féminins, d'abord développé dans la sphère domestique et transférable dans des métiers impliquant la prise en charge d'autrui, tels que les soins aux personnes. L'absence de reconnaissance du travail du *care*, rémunéré ou non, s'inscrit dans ces rapports sociaux de sexe. Notre dispositif initial de recherche n'a pas intégré cette dimension du genre. *A posteriori*, et au regard de ces premières analyses, l'approche par le genre donne une grille de lecture possible du beau travail, à l'articulation du *cure* et du *care*. Ces analyses montrent par ailleurs qu'il est possible de décrire le *care* comme une activité constituée de savoirs professionnels et identifiables pouvant s'apprendre. Cette approche nécessiterait de pousser plus loin nos investigations, notamment sous l'angle des parcours des personnels, essentiellement féminins, et de la constitution de leur expérience du *care*.

Notes

- 1 Voir référentiels métiers français des infirmiers diplômés d'État et des aides-soignants définis par le ministère de la Santé : <<http://ifsi.ghsv.org/Métiers/Lemétierdaidesoignante/Lescompétencesdelaidesoignante/tabid/552/Default.aspx>>.

Bibliographie

- Billaut, Anne, Pascale Breuil-Genier, Marc Collet et Daniel Sicart. 2006. « Les évolutions démographiques des professions de santé ». *Données Sociales : La Société Française*, Paris : INSEE, 555-566.
- Chardon, Olivier et Marc-Antoine Estrade. 2007. « Les métiers en 2015 ». *Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications »*. DARES, Collection « Qualifications et Prospective ».
- Cloutier, Esther, Solange Lefebvre, Élise Ledoux, Céline Chatigny et Yves St-Jacques. 2002. « Enjeux de santé et de sécurité au travail dans la transmission des savoirs professionnels : le cas des usineurs et des cuisiniers ». *Rapport IRSST R-316*. Montréal : IRSST.

- Cloutier, Esther, Pierre-Sébastien Fournier, Élise Ledoux, Isabelle Gagnon et Claire Vincent-Genod. 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 ». *Recueil des communications, Colloque international « Les jeunesses au travail : rapports intergénérationnels et dynamiques des groupes professionnels »*, Brest, 29-30 mai, Université de Bretagne occidentale.
- De Corte, Erick. 1992. « Fostering the Acquisition and Transfer of Intellectual Skills ». *Learning across the Lifespan, Theory, Research, Policies*. A. Tuijnman et M. Van der Kamp, dir. Oxford : Pergamon Press, 91-107.
- Diallo, Mariama Djélo et Yves Clot. 2003. « L'exploration de l'expérience dans l'analyse de l'activité : problèmes de méthode ». *L'orientation scolaire et professionnelle*, 32 (2), 203-217.
- Estryn-Behar, Madeleine. 2009. « Dégager des temps et des lieux d'échanges ». *Santé et Travail*, 66, 41.
- Gaudart, Corinne et Jeanne Thébault. 2008. « La fidélisation du personnel paramédical dans un service de gérontologie : enjeux et déterminants ». *Rapport de recherche du Centre d'études de l'emploi – 51*, <http://www.cee-recherche.fr/fr/c_pub4.htm>.
- Gaudart, Corinne, Anne-Françoise Molinié et Valérie Pueyo. 2006. « Du vieillissement à la diversité des âges au travail – Questions pour l'ergonomie ». *Actes du 41e Congrès de la SELF, Ergonomie et Santé au Travail*, Caen, 11-12-13 septembre 2006, Toulouse : Octarès, Coll. Le Travail en Débats, 471-476.
- Gaudart, Corinne, Catherine Delgoulet et Karine Chassaing. 2008. « La fidélisation de nouveaux dans une entreprise du BTP : approche ergonomique des enjeux et des déterminants ». *Activités*, 5 (2), <<http://www.activites.org/revue/404.html>>.
- Gaudart, Corinne, Jeanne Thébault, Esther Cloutier et Serge Volkoff. À paraître. « Évolutions démographiques et du travail : la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital ». *Rapport de recherche du Centre d'études de l'emploi*, <<http://www.cee-recherche.fr/>>.
- Laville, Antoine, Corinne Gaudart et Valérie Pueyo. 2004. *Vieillesse et travail. Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. E. Brangier, A. Lancry et C. Lelouche, dir. Nancy : PUN, Collection Travail & Organisation, 559-590.
- Le Lan, Romuald. 2005. « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail ». *Études et Résultats*, DREES, 373.
- Maggi, Bruno. 1996. « La régulation du processus d'action de travail ». *Traité d'ergonomie*. P. Cazamian, F. Hubault et M. Noulain, dir. Toulouse : Ocatrès, Collection Travail, 637-662.
- Mardon, Céline et Cathy Toupin. 2007. « Psychosocial and Physical Risk Factors Depending on Age and Shifts among French Nurses ». *Ergonomia*, 29 (3-4), 105-110.
- Molinié, Anne-Françoise et Serge Volkoff. 2002. *La démographie du travail, pour anticiper sur le vieillissement*. Lyon : ANACT, Collection Outils et Méthodes.
- Molinier, Pascale. 2006. « Le care à l'épreuve du travail ». *Le souci des autres – Éthique et politique du care*. P. Paperman et S. Laugier, dir. Paris : EHESS, Collection Raisons Pratiques, 299-316.

- Molinier, Pascale, Sandra Laugier et Patricia Paperman. 2009. *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité et responsabilité*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, no 734.
- Paperman, Patricia. 2006. « Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel ». *Le souci des autres – Éthique et politique du care*. P. Paperman et S. Laugier, dir. Paris : EHESS, Collection Raisons Pratiques, 281-297.
- Sainsaulieu, Ivan. 2007. *L'hôpital et ses acteurs – Appartenances et égalité*. Paris : Belin, Collection Perspectives Sociologiques.
- Teiger, Catherine, Esther Cloutier et Hélène David. 2005. « Les activités de soins à domicile : soigner et prendre soin ». *Situations de service : travailler dans l'interaction*. M. Cerf et P. Falzon, dir. Paris : PUF, 179-204.

RÉSUMÉ

La place du *care* dans la transmission des savoirs professionnels entre anciens et nouveaux à l'hôpital

Cet article présente des résultats d'une recherche réalisée en France et portant sur la transmission des savoirs professionnels entre anciennes et nouvelles, infirmières et aides-soignantes. Le secteur hospitalier est soumis à des transformations démographiques qui pointent l'accueil et la formation des nouveaux comme un enjeu important. Par ailleurs, il connaît des transformations organisationnelles fortes, relatives à la réduction des dépenses de soin, qui touchent les métiers des personnels soignants, notamment dans l'articulation du *cure* et du *care*. À partir de l'analyse ergonomique de trois situations de transmission, cet article examine la place du *care* dans la transmission et questionne ses déterminants organisationnels, individuels et collectifs. Il propose de considérer la transmission comme une activité nodale. C'est en effet une activité qui permet de tisser le métier et d'en débattre entre des personnels de différentes anciennetés, de différents parcours ; c'est aussi un lieu de tensions entre les exigences de l'organisation et celles portées par le métier, notamment dans l'articulation du *cure* et du *care*. Son absence de prise en charge concrète par l'hôpital en fait une tâche discrétionnaire pour les anciennes. Les contenus transmis et la dimension collective de la transmission sont donc variables et dépendent fortement des ressources et des contraintes immédiates. Au final, un des enjeux forts de la transmission réside dans la possibilité, pour les anciens comme pour les nouveaux, de travailler en santé et en qualité.

MOTS-CLÉS : ergonomie, démographie, organisation du travail, expérience, soins à la personne

SUMMARY

The Place of Care in the Transmission of Professional Knowledge between Experienced Staff and New Recruits in a Hospital Context

This article presents results from research carried out in France on the transmission of professional knowledge between more experienced nurses and healthcare assistants and the new recruits. The hospital sector is currently undergoing demographic changes and the hiring and training of new staff members is highlighted as an important issue. The sector is also experiencing major organizational changes associated with the reduction in healthcare spending, and this is affecting the nursing professions, especially in relation to the cure and care of patients. Based on an ergonomic analysis of three transmission situations, this article analyzes the place of care when passing on knowledge, looking at organizational, individual and collective aspects. It is suggested that transmission should be considered as a nodal activity. It is certainly an activity that ensures that links can be established within the profession and that there can be discussion between staff with different levels of experience and different career paths; however, it is also an area of tension between the demands of the organization and those of the profession, especially in relation to the cure and care of patients. Since transmission of knowledge is not actually organized by the hospital, it becomes a discretionary task for existing staff. What is transmitted and the collective dimension of this transmission can therefore vary and depend largely on available resources and immediate constraints. Lastly, one of the key points in relation to transmission is that it ensures that existing and new staff remain healthy and are able to provide the quality of work to which they aspire.

KEYWORDS: ergonomics, demography, work organization, experience, patient care

RESUMEN

El lugar del *care* en la transmisión de saberes profesionales entre los trabajadores antiguos y los nuevos en el hospital

Este artículo presenta los resultados de una investigación en ergonomía sobre la transmisión del saber profesional entre trabajadores de mayor antigüedad y recién contratados, aplicado al caso de las enfermeras y sus asistentes. El sector hospitalario está sometido a cambios demográficos que hacen que la acogida y la formación de personal nuevo sea un tema central. Así mismo, se han dado cambios organizacionales importantes, relacionados con la reducción de presupuestos, que afectan la profesión de los trabajadores de la salud, en particular en la articulación de la *cure* y el *care*. A partir de un análisis ergonómico de tres situaciones de transmisión, este artículo analiza el espacio ocupado por el *care* en la transmisión y cuestiona sus determinantes organizacionales, individuales y colectivos. Se propone considerar la transmisión como una actividad nodal. Esta última permite el desarrollo

de la profesión y contribuye al debate entre personal con distinta antigüedad y experiencia. Es igualmente un momento donde sobresalen las tensiones entre las exigencias de la organización y las que implican el ejercicio de la profesión, en particular en la articulación de la *cure* y el *care*. Al no hacerse cargo el hospital de la actividad de la transmisión, ésta se convierte en una tarea discrecional a cargo de los más antiguos. De esta manera, los contenidos transmitidos y la dimensión colectiva de la transmisión varían y dependen en gran medida de los recursos a disposición y de las limitaciones externas inmediatas. Finalmente, uno de los principales retos de la transmisión reside en la posibilidad, tanto para los trabajadores antiguos como para los nuevos, de trabajar con buena salud y con buena calidad.

PALABRAS CLAVES: ergonomía, demografía, organización del trabajo, experiencia profesional, cuidados a la persona