



HAL
open science

Les situations de crise à l'hôpital: défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance ?

Anne-Paule Duarte

► **To cite this version:**

Anne-Paule Duarte. Les situations de crise à l'hôpital: défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance?. Education. 2014. dumas-01383242

HAL Id: dumas-01383242

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01383242>

Submitted on 14 May 2019

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.

Mémoire en vue de l'obtention du Master 2

Mention :
« Sciences de l'Éducation »

Spécialité :
« Recherche en Éducation et en Formation »

Les situations de crise à l'hôpital :

Défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance ?

Anne Paule Duarte

Sous la direction de :
Alain Vulbeau

14 octobre 2014

Mémoire en vue de l'obtention du Master 2

Mention :
« Sciences de l'Education »

Spécialité :
« Recherche en Education et en Formation »

Les situations de crise à l'hôpital :

Défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance ?

Anne Paule Duarte

Sous la direction de :
Alain Vulbeau

14 octobre 2014

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Alain Vulbeau pour son accompagnement dans les différentes phases de cette recherche.

Je remercie chaleureusement Bernadette Roussely et toute l'équipe pédagogique de Sainte Anne Formation, pour leur soutien et disponibilité tout au long de ce Master.

Je remercie Nadine Martiny qui a facilité mon enquête de terrain. Je remercie également l'équipe d'encadrement du service de Rhumatologie : les Cadres de Santé et le Cadre Supérieur qui ont accepté de m'accompagner dans cette démarche de recherche.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de santé des divers établissements qui, par leur récit, ont permis de donner sens à ce mémoire. La richesse des échanges et la qualité du recueil de données ne tiennent qu'à l'authenticité, à la disponibilité, aux compétences et connaissances accumulés de ces professionnels qui n'ont pas hésité à partager leurs expériences.

Un grand merci à mon mari et à mes deux enfants, Audrey et Philippe pour leur soutien et patience...

*Les situations de crise à l'hôpital :
Défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance ?*

Résumé :

Ce travail de recherche propose d'explorer les opportunités d'apprenance inhérentes aux situations de crise à l'hôpital. Il s'appuie sur le concept de crise de Morin (1976) et sur les principales approches théoriques de l'apprentissage. Au travers d'une enquête de terrain, menée sous la forme d'entretiens semi-directifs, auprès de 31 de professionnels de santé (infirmiers, cadres, cadres supérieurs) de divers établissements hospitaliers, il ressort de cette étude qualitative, que les situations de crise à l'hôpital sont des véritables opportunités d'émergence de l'apprenance. D'après la cartographie des situations de crise recensées au niveau macro et micro, élaborée à partir des récits, j'ai pu constater que l'émergence de l'apprenance se manifeste principalement sous la forme d'apprentissages informels dans lesquels l'hôpital joue pleinement son rôle d'organisation apprenante. Les professionnels de santé y voient également l'occasion de tester et déployer leurs compétences intra-personnelles ou inter-personnelles. Ce sont aussi des situations où le processus d'auto-réflexivité et le sentiment d'efficacité personnelle se révèlent et où la trajectoire de vie, de formation et professionnelle s'entrecroisent et prennent tout leur sens.

Mots clés :

Apprentissage ; situations de crise ; intelligence émotionnelle ; professionnels de santé ; hôpital.

*Crisis events at the hospital :
are they challenges or opportunities for the emergence of learning?*

Abstract:

This dissertation explores the learning opportunities inherent to crisis events in the hospital. It is based on Morin (1976) concept of crisis and the main theoretical approaches concerning learning. Through an empirical investigation based on interviews with 31 hospital professionals from several French hospitals, it can be highlighted that these crisis events are real opportunities for the emergence for learning. From the cartography of situations of crisis detected on a macro and micro level, it can be highlighted that this emergence manifests itself mainly on the form of informal learning where the hospital plays entirely their role of a learning organisation. Health professional may test and deploy their skills in terms intra-personal and inter-personal intelligence. These crisis events are also revelatory of the auto-reflexivity of professionals. In these events the personal trajectory, professional experiences and training intertwine and may act as vectors for learning.

Keywords:

Learning ; crisis events ; emotional intelligence ; health professionals ; hospital.

Table des matières

INTRODUCTION : PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENT	1
I. CADRE CONCEPTUEL	8
1. Le concept de crise	8
2. Les situations de crise à l'hôpital : état actuel des débats	10
3. Les approches théoriques de l'apprentissage	15
3.1. Les approches centrées sur les conditionnements	16
3.2. Les approches centrées sur l'analyse des processus d'apprentissage.....	19
3.3. Les approches centrées sur la personne.....	26
3.4. Les approches centrées sur le fonctionnement des groupes	34
3.5. Les approches fondées sur les sciences de l'information.....	35
II. ENQUETE DE TERRAIN	39
4. Démarche méthodologique et contexte de l'étude.....	39
4.1. Méthodologie.....	39
4.2. Caractéristiques de la population étudiée	43
5. Recueil de données	47
5.1. Cartographie des situations de crise recensées	47
5.1.1. Macro situations de crises	48
5.1.2. Micro situations de crises	50
5.2. Analyse des entretiens	53
5.2.1. Emergence de l'apprenance	53
5.2.2. Emergence des apprentissages émotionnels.....	59
5.2.3. Emergence d'une démarche auto-réflexive	67
6. Discussion et mise en perspective des observations sur le terrain	71
CONCLUSION	85
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	94
ANNEXES	98

INTRODUCTION : PROBLEMATIQUE ET QUESTIONNEMENT

危机 - « wēi jī » signifie crise en chinois -

*Dans la calligraphie chinoise le mot crise s'écrit à l'aide de 2 symboles :
le symbole « danger » et le symbole « opportunité ».*

Les situations de crise à l'hôpital, qu'elles soient spécifiques à un service ou généralisées à un ou plusieurs établissements, amènent les professionnels de santé, dans un contexte imprévisible et sur une période plus ou moins longue, à prendre des décisions parfois lourdes de conséquences.

Je définie une situation de crise dans un établissement de santé comme une situation extrême de part son intensité et sa nature. Elle peut venir de l'extérieur (catastrophe naturelle, accident, crise sanitaire majeure, etc.) ou apparaître au sein de l'organisation (conflits sociaux, événements indésirables, etc.). Elle correspond à une situation exceptionnelle qui vient perturber le fonctionnement habituel et aboutie à une situation instable. Elle implique la mise en place de mesures immédiates.

Une situation de crise découle de la conjonction d'un événement particulier qui a une certaine gravité. Cette situation conduit à une forme de dépassement de la capacité d'action normale des individus, des services, de l'institution et peut amener à une perte des repères habituels. Une sur-médiatisation peut surgir à tout moment ainsi que le risque de déferlement et de désorganisation.

Lorsque l'on pense à des situations de crise, on a en mémoire des événements tels que les attentats du 11 septembre 2001, des crises sanitaires majeures, telles que la contamination par la « vache folle », ou la pandémie grippale H1N1, ou encore des épisodes de conditions climatiques extrêmes, tels que la canicule de l'été 2003.

Ce type de situations, que je qualifie de « macro situations de crises », ont marqué la mémoire collective par leur ampleur mais surtout par l'impact médiatique de tels événements. On peut citer l'exemple de la canicule qui a eut comme conséquence plus de 15 mille morts, rien qu'en France. Il existe cependant un nombre plus important de situations de crise, certes de moindre ampleur et impact médiatique, mais qui ont des répercussions également importantes sur le personnel soignant qui les rencontrent. Je les qualifie de « micro situations de crises ».

Jusqu'à présent, les pouvoirs publics se sont surtout intéressés aux premières, les « situations de crise majeures », certainement en raison de l'impact sur la santé publique des populations ou de part ses retentissements médiatiques. Moins d'attention a été dédiée aux « micro situations de crises » localisées sur un établissement hospitalier ou un service en particulier.

En termes de perspective d'analyse, on a souvent mis l'accent sur les aspects de « danger » ou de « menace » pour la santé publique. Il est vrai qu'en France, les hôpitaux ont connu, ces dernières années, des situations de crise majeures particulièrement éprouvantes. L'impact a été important notamment en nombre de morts (la canicule de 2003), de personnes contaminés (l'affaire du sang contaminé, l'affaire de la Clinique des Sports) ou d'effets médiatiques sur l'opinion publique (l'évènement indésirable entraînant la mort d'un enfant à l'hôpital Saint Vincent de Paul en 2008 ou l'assassinat par un patient de deux soignants à l'hôpital psychiatrique de Pau en 2004). Moins

d'attention a été accordée aux aspects positifs ou aux « opportunités » que peuvent générer ces situations de crise à l'hôpital.

En réalisant un parallèle avec la calligraphie chinoise du mot *crise*, je pense qu'il est important de mettre en évidence les aspects positifs des situations de crise et plus concrètement de se focaliser sur les opportunités, en termes d'apprenance, que ces situations peuvent présenter.

Les professionnels de santé sont formés et habitués à faire face à des situations d'urgence, mais la situation de crise prend souvent une proportion bien plus importante et inhabituelle. Elle déconnecte les individus de la réalité car elle est d'une toute autre nature. Dans des situations de crise, l'individu est face à l'imprévu. Le rapport au temps et à l'espace est bouleversé. Il est amené à dépasser ses propres limites pour aller chercher au fond de lui-même des nouvelles connaissances, des ressources inexploitées. Émerge alors un questionnement, des recherches qui vont lui permettre de rebondir dans un contexte nouveau, qu'il ne connaît pas.

L'individu va alors devoir chercher une réponse, une solution, une opportunité, une prise de décision. Il doit la résoudre dans l'instant présent. Il n'a pas le choix, il est lié lui-même à la situation qui émerge dans un contexte donné. Il doit avancer avec ce qu'il est et ce qu'il sait. La réponse doit être immédiate. C'est pourquoi, je pense, les situations de crise sont des situations privilégiées pour faire émerger des connaissances nouvelles.

Dans un contexte hospitalier des vies humaines sont souvent en jeu. Il faut agir vite et de manière efficace. Il faut trouver une solution. Des aptitudes à analyser les situations de crise peuvent apparaître de manière surprenante et étonner l'individu lui-même. Il va se surprendre à manager une situation complètement imprévue et trouver ses propres solutions, faire ses propres choix. Le sujet social est face à lui-même dans cette situation. Il doit trouver une porte de sortie, une issue favorable car il ne peut s'échapper de cette situation. Il est seul face à ses propres ressources. C'est peut-être à ce moment là qu'émergent de nouvelles connaissances qu'il ne soupçonnait même pas.

Chaque individu, ou groupe d'individus, en fonction du contexte et de l'environnement, de sa perception personnelle, de son implication, et de ses intérêts propres, va développer une représentation singulière de la situation. Et chacune de ces représentations génère des comportements ou réponses spécifiques. Ce décryptage est fondamental pour adapter les messages et canaux de communication mis en œuvre dans ce processus de changement, processus également d'apprentissage puisque nous sommes devant une nouvelle situation.

Les normes ne sont plus les mêmes. La recherche de nouvelles informations est immédiate puisqu'il faut réagir à un nouveau contexte, nouvelle situation, nouvelles interactions, nouveaux enjeux. Une réflexion peut être plus approfondie, une recherche de sens se met en œuvre. Il y a donc probablement production de nouvelles connaissances sur nous même, sur l'organisation, sur le jeu des acteurs en présence ou sur les enjeux liés à la spécificité de la situation. Une démarche réflexive peut se mettre en œuvre, ce qui va créer les conditions favorisant « l'apprenance »¹.

L'hôpital peut être considéré comme un lieu d'émergence de savoirs divers qui se manifestent de manière imprévisible. Car il s'agit de rechercher la bonne information, les bonnes connaissances, les

¹ Tel que définit par Carré (2005).

personnes compétentes pour que la prise en charge des patients soit optimale. Le fondement même de l'organisation hospitalière est de tendre vers l'efficacité et une prise en charge holistique de la personne soignée. Les valeurs humanistes sont au cœur de cette organisation qui porte une histoire pleine de sens. La culture orale y est prévalente. L'hôpital est, par essence, un lieu de « vie » et de « fin de vie », ce qui reste très contradictoire et rend les situations de soins particulièrement complexes. Le « sens de l'action » est toujours interrogé, ainsi qu'une remise en question des pratiques et de l'organisation.

Les risques importants dans le domaine de la santé peuvent avoir un impact immédiat et, notamment, par le biais des médias qui sont à l'affût de ce type d'événements. C'est pourquoi le sujet des situations de crises à l'hôpital reste sensible, car porteur de représentations individuelles et collectives. Peut-être aussi par méconnaissance ou par non reconnaissance de ces situations car pas encore suffisamment explorées. Je pense que ce domaine reste à investir en termes de recherches et que cela représente une source de savoir important pour les années à venir.

En tant que professionnelle de santé, je m'interroge, depuis de nombreuses années, sur les principaux défis de l'hôpital de demain. On sait que le contexte hospitalier est très encadré, que ce soit d'un point de vue législatif, ou en termes de formation et de transmission des connaissances². Dans ce contexte, je m'interroge tout particulièrement sur les principaux challenges à venir qui permettent de repousser les limites, en termes de compétences à développer, et de la posture des professionnels de santé dans les situations de travail les plus complexes.

Dans la mesure où les situations de crises obligent les professionnels à sortir des sentiers battus, je pense, à ce stade de ma recherche, qu'elles peuvent cristalliser des pistes de recherches importantes dans le domaine des apprentissages. C'est en m'intéressant à la recherche en éducation et en formation, dans le champ des sciences de l'éducation, que je souhaite, au travers de cette étude, comprendre comment les situations de crises peuvent être porteuses de connaissances, au regard des challenges qu'elles représentent pour l'hôpital de demain.

Ainsi, je propose d'explorer le rapport au savoir des professionnels de santé à l'hôpital dans un contexte de situation de crise au niveau macro et micro de l'organisation hospitalière. Cette recherche se placera, entre autres, dans la continuité des travaux de Philippe Carré sur l'apprenance. Le concept d'apprenance (Carré, 2005) et notamment la notion d'apprentissages informels (Carré, Charbonnier, 2003) mais aussi le concept d'intelligence émotionnelle de Goleman (1996), la compétence d'auto-réflexion de Bandura (1969) où le concept de crise de Morin (1976), sont autant des pistes de recherche à explorer. Cette étude pourra ainsi être l'occasion d'apporter de nouveaux éléments de connaissances dans le domaine des processus d'apprentissage.

Après avoir posé le contexte de mon objet de recherche, je pars de la question centrale suivante³ : les situations de crise sont-elles apprenantes pour les professionnels de santé ? La problématique se présente sous forme d'un questionnement et d'une réflexion :

- ✓ En quoi ces situations de crise sont-elles apprenantes ? Quelle est leur spécificité ?
- ✓ Qu'est ce que les professionnels de santé apprennent ? A quels savoirs font-ils appel (d'ordre relationnel, technique, expérientiel, organisationnel) ?

² Dans un système de formation en alternance, caractéristique de l'institution hospitalière actuelle.

³ Qui peut être considérée comme ma question de départ.

- ✓ Qu'est ce qui émerge en termes de ressources utilisées (humaines, matérielles, pédagogiques) ?
- ✓ Comment les professionnels de santé apprennent-ils en situation de crise ? Quels sont les processus d'apprentissage mis en œuvre ?
- ✓ Comment appréhendent-ils ces situations de crise ? A quelles compétences font-ils appel ?
- ✓ Face à l'imprévisible, qu'elles dynamiques individuelles ou collectives mettent-ils en œuvre ? Y a-t-il une « culture du savoir » en situation de crise ?

Je pense que la gestion des émotions individuelles et collectives est un élément essentiel dans la gestion des situations de crises. Gérer ses émotions demande une prise de conscience des mécanismes fondamentaux concernant sa capacité à gérer le stress devant l'imprévisible. L'optique de l'intelligence émotionnelle, proposée par Goleman (1996) sera donc une piste de recherche importante.

L'individu va faire appel à ce qu'il est, à sa propre culture, ses propres références, son identité, ses valeurs. Les décisions qu'il va prendre doivent avoir un sens pour lui. La prise de conscience des situations de crise comme situations apprenantes permet-elle de mieux préparer le personnel de santé à affronter ces crises ? Ainsi je vais aussi m'interroger sur comment les professionnels de santé développent leur capacité à gérer l'imprévu.

Les situations de crise interrogent, déstabilisent, questionnent et provoquent une démarche réflexive. Comment y faire face ? Les savoirs utilisés sont-ils en lien avec notre trajectoire personnelle ou avec les apprentissages issus de la formation ? Comment mobilise-t-on les ressources à disposition ? Comment se prépare-t-on à y faire face ? Qu'est ce qui émerge individuellement et collectivement ? Comment réagit-on face à une situation de crise ? Y a-t-il un lien entre les situations de crises vécues personnellement dans son parcours de vie et la gestion d'une situation de crise au niveau professionnel ?

Les professionnels de santé sont-ils plus à même de faire face à des situations difficiles, complexes qui touchent à plusieurs domaines et peuvent porter atteinte à l'individu, l'organisation ou la population ? Quel est l'impact des situations de crise au niveau des individus et des organisations ? Que provoque cet impact ? Ce bouleversement, ce changement de contexte parfois brutal nous interroge au plus profond de nous même sur le vrai sens de la vie qui prend une autre dimension. Nos projets sont alors interrogés.

Une situation de crise remet en cause notre avenir ou notre devenir. Car on n'est plus le même après ce choc émotionnel. L'impact va mettre en place un processus de changement, de questionnement de nos anciennes normes ou habitudes. Cette situation dérange, provoque, oblige au questionnement, à la recherche de sens. On est obligé de se poser, de réfléchir à nos repères qui n'existent plus car la situation n'était pas prévisible, constante ou encore analysée. En situation de crise on a besoin de se rassurer, on a besoin des autres, la parole est libératrice et le soutien primordial car la relation de confiance est remise en cause. On ne sait plus à qui ou à quoi on a à faire.

Ainsi, je peux répertorier les principaux invariants des situations de crise répertoriés à ce stade de ma recherche :

- ✓ situation imprévisible, inattendue ;
- ✓ les personnes sont dépassées par la situation ;
- ✓ perte de repères ;

- ✓ situation de stress ;
- ✓ activité non programmée ;
- ✓ la notion de temps est perturbée ;
- ✓ le rapport aux autres, change ;
- ✓ réactions d'étonnement, peur, angoisse, colère, révolte, stupéfaction, sidération ;
- ✓ évènement surprenant, choquant ;
- ✓ stratégies de communication bouleversées ;
- ✓ le sens des responsabilités et de prise de décision est provoqué.

De même, des stratégies de prise de pouvoir peuvent émerger rapidement car il faut prendre une direction, faire des choix, se décider, il n'y a pas de place pour l'hésitation. La situation pose un questionnement, une réflexion, une démarche de recherche de solution. Quel choix faire, comment s'y prendre ? Dans une situation de crise, la réalité est si surprenante qu'elle prend parfois des proportions démesurées. On perd nos repères habituels et on doit aller chercher au plus profond de nous mêmes des acquis issus de notre expérience de vie ou professionnelle (qui ne sont pas toujours formels). Il y a une forme de dépassement et en même temps la découverte de nouvelles compétences relationnelles ou techniques qui nous surprennent. Nous ne savons pas toujours pourquoi nous avons agi ainsi. Il faut souvent du temps pour explorer et comprendre ce que l'on a mis en œuvre. On est parfois surpris par notre comportement, nos réflexes, notre capacité à gérer de nouvelles émotions et cela interroge.

Notre vie prend un nouveau tournant, notre vision et notre niveau de compréhension change. Cette nouvelle expérience peut être apprenante et pleine de sens. Cette nouvelle compréhension donne un autre sens à notre vie. Elle renouvelle notre pensée et notre manière de voir les choses. Elle bouscule nos représentations et nos repères sont interrogés. Elle amène à un changement profond de ce que nous sommes, un changement de niveau de compréhension, de valeurs, un changement des organisations ou des sociétés qui sont touchés.

Je considère qu'une situation de crise participe à un changement, un bouleversement de nos habitudes de faire, de penser, qui fait émerger ce que nous sommes au plus profond de nous-mêmes. Cette situation nous interroge et particulièrement sur le sens de notre vie, de la société et du monde car l'impact n'a plus de temporalité. La notion de temps et d'espace n'est plus la même. Ces situations semblent apprenantes et peuvent faire appel à des savoirs individuels et collectifs qui n'ont peut-être pas encore émergés. Ils sont invisibles, on fait face à un monde inconnu. La situation vécue peut nous sembler irréelle. Pour ma part, explorer ces savoirs inconnus est une motivation importante.

Je définie les « apprentissages formels » comme des apprentissages issus de la formation initiale du professionnel de santé ou issus de la formation continue ou de l'organisation. Je pars du principe que les « apprentissages informels » sont les apprentissages en émergence, ils sont en attente de pouvoir être explorés et reconnus. Ces apprentissages informels peuvent être de l'ordre du savoir-être ou du savoir-faire. Je pense que nous ne connaissons pas encore toutes les ressources inexplorées de notre personnalité, de notre identité, de notre savoir culturel, de notre histoire et qui peuvent émerger en situation imprévisible et inhabituelle. Les apprentissages informels sont susceptibles d'émerger en situation de crise et sont la capacité à faire face, capacité à gérer le stress, ouverture d'esprit, sens de l'adaptation, sens des responsabilités. Ils comprennent aussi le sens de la communication, le sens des priorités, les valeurs, une volonté de trouver une solution, un esprit de recherche, un questionnement

professionnel et personnel. Au sujet des apprentissages, Rogers (1971) souligne que : « *le seul apprentissage qui influe le comportement d'un individu est celui qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie* ».

A ce stade de la recherche, j'avance la question de recherche suivante : en quoi et comment les situations de crise sont-elles apprenantes pour les professionnels de santé ? De cette question de recherche, j'avance l'hypothèse suivante : le rapport au savoir des professionnels de santé en situation de crise émerge principalement en fonction des expériences acquises au cours de la trajectoire professionnelle ou de la trajectoire de vie de chacun et cela indépendamment de la formation initiale ou continue.

J'ai décidé de mener cette recherche autour de trois axes majeurs : le premier axe de recherche s'articule autour du type de situations de crise auxquelles les professionnels de santé sont confrontés, au niveau macro et au niveau micro de l'organisation hospitalière, au décours de leur parcours professionnel. Ce qui va m'amener à répertorier et analyser la typologie des situations de crise rencontrées, en sachant que la population interrogée n'est que partiellement représentative.

Le deuxième axe de recherche va investir le type de connaissances auquel les professionnels de santé font appel en situations de crise. Ce sont les connaissances sur soi, les autres, l'organisation. Egalement les connaissances issues de la formation initiale ou continue, expérientiels ou savoirs accumulés en lien avec la trajectoire de vie. Je vais explorer les savoirs formels (issus de la formation ou de l'institution) mais surtout les savoirs informels (invisibles ou non reconnus), rencontrés dans ces situations de crise à l'hôpital. Je vais tenter de catégoriser les différents types d'apprentissages en situation de crise.

Le troisième axe de recherche concerne le niveau de questionnement, la réflexivité émergente face à l'imprévisible. Ce processus engendre une remise en cause de nos acquis, de nos limites. Ce qui amène à se questionner sur le « sens de nos actions », le « sens de la vie », les valeurs, l'identité. Cette démarche apporte un renouvellement, une évolution, un changement, sur le plan individuel et peut-être collectif. Je vais tenter d'identifier les processus de changement, les processus d'évolution mis en œuvre lors de ces situations de crise.

En termes de plan de travail, je propose de structurer mon mémoire de la manière suivante : dans la première partie je commence par présenter le cadre conceptuel dans lequel j'envisage d'inscrire cette recherche. Je présente le concept de crise de Morin (1976), puis je propose une discussion sur l'état actuel des recherches sur les situations de crise dans le domaine hospitalier. Je propose ensuite une présentation des principales approches théoriques de l'apprentissage, notamment la notion d'apprenance de Carré (2005), d'apprentissage informel de Carré et Charbonnier (2003), les influences de la psychologie cognitive de Bandura (1969) et le concept d'intelligence émotionnelle de Goleman (1996).

Dans la deuxième partie je décris l'enquête de terrain avec la présentation de la méthodologie de recherche et le contexte de l'étude. Dans la méthodologie, j'explique mon choix de recherche compréhensive et qualitative. Ensuite, j'énonce les modalités de l'enquête : 31 entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé exerçant en milieu hospitalier ou expert dans le domaine de la formation initiale, continue ou formation diplômante. Dans ce chapitre je présente la population, le terrain d'investigation, l'échantillon retenu : infirmiers, cadres de santé, cadres

supérieurs. Ensuite je présente le recueil de données avec l'élaboration d'une cartographie des situations de crise recensées. Puis l'analyse des entretiens avec la mise en évidence de thèmes répertoriés en lien avec les principaux concepts choisis. Par l'analyse des entretiens recueillis, je tente de développer une perspective élargie de la notion d'apprenance pour les professionnels de santé en situation de crise. Enfin, je termine par la discussion avec une mise en perspective des résultats de cette recherche avant de présenter les principales conclusions.

I. CADRE CONCEPTUEL

1. Le concept de crise

Un travail de recherche approfondi sur l'analyse des situations de crise dans un établissement de santé, quel que soit ses origines ou typologie, ne peut se faire qu'en partant d'un référentiel plus large du concept de crise en général.

La notion de crise est un sujet qui intrigue les chercheurs du XX^{ème} siècle, bien avant que le phénomène de crise économique mondial ne devienne, depuis le début des années 70, un lieu commun, tellement cette crise a marqué à jamais les systèmes économiques et sociaux contemporains. Revault d'Allonnes (2012) considère le travail d'Arendt (1954) comme le fondateur de la conception moderne de la crise. Toutefois c'est Morin (1976) qui le premier, dans son article pionnier « pour une crisologie » établit le corpus d'un référentiel théorique solide et précis sur le concept de crise.

Pour Morin (1976), la crise est la manifestation des antagonismes inhérents à tout système organisationnel. Un système comporte des antagonismes qui restent plus ou moins stables. Lorsqu'il y a éruption de ces antagonismes, il y a crise. Il va même plus loin en déclarant que puisque tout système porte en lui son antagonisme, sa destruction potentielle, tout système est condamné à périr. La seule possibilité de lutter contre la désintégration est l'intégration des antagonismes de façon organisationnelle : renouveler l'énergie et l'organisation du système ; pouvoir s'auto-multiplier et pouvoir s'auto-défendre.

Pour Morin (1976), la crise est par nature un phénomène complexe qui exige une théorisation. La complexité vient de 3 éléments (1) les systèmes sociaux sont faiblement intégrés et les relations à l'intérieur du système oscillent entre complémentarité et antagonisme ; (2) les feedbacks positifs sont des régulateurs sociaux mais développent aussi des sources de désordre donc la crise et (3) l'inévitabilité de la présence, nécessaire, vitale et même mortelle, du désordre au sein des organisations, dites neguentropiques. Sans la conceptualisation de ces 3 éléments il n'y a pas, pour Morin, de théorie de la crise.

Dans cette démarche, Morin (1976) nous fournit les 10 composantes essentielles pour apprivoiser la théorie des crises : (1) l'idée de perturbation ; (2) l'événement qui déclenche la crise ; (3) l'accroissement des désordres et des incertitudes ; (4) l'antagonisme blocage-déblocage ; (5) le déblocage se faisant par le développement des feedbacks positifs ; (6) la transformation des complémentarités en antagonismes ; (7) la manifestation des caractères polémiques ; (8) l'alternance des déblocages et des reblocages ; (9) le déclenchement de la recherche ; notamment de solutions (mythiques et imaginaires) et (10) la dialectisation de ses composantes.

Pour Morin (1976), les crises provoquent des transformations par l'action ; par le changement progressif ou la régression. La crise est un micro-cosmos de l'évolution, le laboratoire in-vitro des processus évolutifs. En somme, la crise révèle ce qui avant était caché, comme les antagonismes fondamentaux, les ruptures souterraines, le cheminement occulte de nouvelles réalités. La crise met en marche ce qui peut apporter du changement, de la transformation, de l'évolution.

Revault d'Allonnes (2012) élargie le concept de crise de Morin pour incorporer le concept de temporalité ou crise du temps. Revault d'Allonnes (2012) part de l'hypothèse d'une mutation fondamentale relative à notre expérience contemporaine du temps. La crise est toujours liée à la temporalité, à l'expérience temporelle. Quel que soit, à l'origine, son domaine d'application, la crise s'inscrit et se développe dans une temporalité. Elle est indissociable d'une conception et d'une expérience du temps. Elle constitue le moment critique où il faut faire des choix et prendre des décisions avec discernement.

La crise s'inscrit dans une rupture généralisée d'une négation de l'ancien par le nouveau, au nom d'une conception du progrès. C'est pourquoi la modernité est un concept structurellement habitée par la crise. Et c'est dans cette perspective qu'on peut éclairer certains aspects de la généralisation de la crise. Cette définition de la modernité, comme un ethos de critique incessante de notre être historique en fait une crise permanente. Elle est une disposition d'époque, une manière d'être au temps. Mais ce temps n'est pas n'importe lequel. C'est un temps où une perception habituelle de la réalité disparaît, ce qui amène l'individu à affronter la perte des repères et sa propre désorientation.

On voit ainsi se renverser trois éléments constitutifs de la notion de crise : (a) la crise est devenue une réalité permanente ; (b) la crise s'est muée en l'équivalent de l'indécidable ; (c) à l'origine, situation exceptionnelle, rupture du cours habituel, la crise est la norme de notre existence. Nous vivons et pensons en fonction et sous le signe de la crise. L'idée de crise permanente, s'énonce désormais comme une réorientation.

Revault d'Allonnes (2012) s'interroge et pose la question suivante : une crise permanente est-elle encore une crise ? Peut-on envisager la possibilité que la Crise soit devenue le nouveau « singulier-collectif » de notre temps ? La représentation de la crise actuelle, liée aux processus de détemporalisation et de désynchronisation, renforce l'idée que le temps est l'élément constitutif de l'existence sociale et politique et que la politique implique l'organisation du temps.

Selon Revault d'Allonnes (2012), le temps où nous vivons nous confronte à de nouveaux modes de dissolution de la certitude : les effets de la mondialisation, les développements du capitalisme financier, l'insécurité sociale croissante, l'épuisement des modalités traditionnelles de l'action politique, la flexibilité qui s'étend bien au-delà des conditions du travail. Envisagée sous l'angle de la confusion et la perte des repères, un impact a lieu, sur la durée, dans les sociétés occidentales. L'incertitude du futur, donne à la crise une force qui oblige à inverser la démarche avec des retournements. Comment passer de l'incertitude à une vision positive ? D'autres dispositions subjectives pourraient apparaître, face à un avenir incertain où il n'y aurait pas de peur et d'insécurité.

Ce qui caractérise la notion de crise, c'est qu'elle lie la réalité objective et l'expérience que nous en avons. La crise est le vécu de l'homme moderne. Il y a un lien avec une expérience existentielle. Les dilemmes relatifs à la condition temporelle des hommes, aux modes d'existence historique, à leur lien entre le passé, le présent et l'avenir n'appellent pas une élaboration conceptuelle. Car il existe des réalités et des objets de pensée qu'aucun concept ne parvient à éclairer. En résumé, la notion de crise selon Revault d'Allonnes (2012) est un révélateur de l'expérience temporelle des sociétés, du rapport qu'elles entretiennent avec leur passé, leur présent et leur avenir.

2. Les situations de crise à l'hôpital : état actuel des débats

Ce travail de recherche se focalise sur les situations de crise dans les établissements de santé. Je définis une situation de crise dans un établissement de santé comme une situation extrême du fait de son intensité et de sa nature. Elle correspond à une situation exceptionnelle qui vient perturber le fonctionnement habituel et abouti à une situation instable, impliquant la mise en place de mesures immédiates.

Pour Regouby (2007), une crise à l'hôpital est une situation d'accélération d'un évènement qui déborde les capacités habituelles de l'organisation. Elle menace les priorités et les missions de cette organisation. Il la définit comme un état paroxystique, issu de la rupture d'un état d'équilibre précédent. Elle résulte soit d'un évènement catastrophique, soit du dysfonctionnement d'une ou plusieurs organisations⁴.

Une situation de crise, peut constituer un mécanisme d'adaptation qui va permettre à l'organisation d'évoluer. Toutefois, face à cela, les réactions spontanées consistent, le plus souvent, à vouloir contrer cette énergie nouvelle pour s'en protéger. On ne se donne pas toujours les moyens d'identifier et de prendre en compte les signes précurseurs. On recherche ce qui peut renforcer les croyances, sur lesquelles nous nous sommes construits. Pour faire face aux difficultés que nous rencontrons, nous avons tendance à vouloir les éliminer pour revenir à l'état antérieur, que nous connaissons mieux et qui nous rassure.

La canicule de l'été 2003 a représentée une situation de crise majeure en France par sa résonance sur le tissu social. Le constat, suite à cet évènement est que les périodes de vacances présentent des vulnérabilités importantes, qu'il n'y avait pas de force de réflexion rapide, qu'il fallait quarante-huit heures au Ministère de la Santé pour rédiger un communiqué à la population.

Le drame du sang contaminé a également constitué une rupture à bien des égards. L'interdiction tardive des produits non chauffés et les dimensions judiciaire, médiatique, politique ont fait oublier l'essentiel. La mort de centaines de personnes hémophiles mais aussi le fait que, de 1981 à 1985, trois millions de personnes ont été potentiellement exposées à la contamination lors d'une transfusion, destinée à les sauver.

Parmi les crises hospitalières majeures, nous pouvons citer aussi le cas de la Clinique du Sport, où une seule contamination a déclenché le rappel de milliers de personnes potentiellement exposées à la contamination. Enfin, les actes de violence à l'encontre du personnel soignant peuvent choquer le monde hospitalier. Par exemple, l'assassinat de deux infirmières à Pau, en décembre 2004, a marqué les hôpitaux psychiatriques.

Afin de préparer au mieux les établissements de santé français à faire face à un environnement de menaces sanitaires de plus en plus importantes, l'État a renforcé, ces 15 dernières années, son dispositif réglementaire, avec un corpus de lois extrêmement vaste et complexe, notamment en rendant obligatoire l'existence d'un plan blanc pour tous les établissements de santé, publics et

⁴ La situation de crise reste à distinguer de la situation d'urgence. L'urgence est une situation imprévue qui nécessite des mesures immédiates pour assurer la sécurité des personnes et des biens avec les moyens de secours standard, et qui ne menace pas les organisations. La situation d'urgence est gérée localement.

privés⁵.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), quant à elle, a diffusé un guide sur l'élaboration du plan blanc⁶. Ce plan souhaite intégrer, au sein de l'hôpital, une véritable culture de la gestion du risque et des crises et ainsi permettre aux acteurs de la santé d'acquérir des réflexes spécifiques.

Si l'on peut constater, avec l'avalanche de réglementation ces dernières années, que la mobilisation technique et les moyens de prévention mis en œuvre sont considérables, une véritable révolution des esprits et des comportements reste à faire. Afin de maîtriser au mieux ces situations exceptionnelles et d'assurer la continuité de l'activité, il est nécessaire de préparer les professionnels à y faire face. Le retour d'expérience des crises passées, l'analyse de l'environnement, l'anticipation sont autant d'atouts capables de faciliter une meilleure gestion des ressources et une issue moins traumatisante pour la population et le personnel soignant, lors de la survenue potentielle d'une nouvelle situation de crise.

La gestion des émotions individuelles et collectives deviendra peut-être de plus en plus déterminante, dans la gestion des situations de crise à l'hôpital. Nos systèmes cognitifs et émotionnels travaillent simultanément en parallèle. Mais la dépendance du premier sur le second est aujourd'hui avérée. Dans un monde dominé par la raison, l'efficacité et la performance nous a appris à réprimer nos émotions. Dans l'urgence, pour ne pas laisser dépasser la moindre faille émotionnelle, nous privilégions le plus souvent des comportements de fuite, de lutte ou de repli face aux situations qui nous perturbent. L'émotion perturbe alors le jugement. La tendance naturelle est de chercher à retrouver nos habitudes comportementales qui, même inconfortables, nous sécurisent.

Ainsi, la gestion des émotions est encore largement sous-estimée dans les établissements de santé. Pour McQueen (2000), elle est pourtant au cœur du travail même des professionnels de santé. Il convient de se préparer à apprivoiser les émotions individuelles et collectives. Dès l'apparition des premiers signaux, une méthode pourrait consister, à se mettre en position d'auto-observation au lieu de prendre l'événement de face. Cette prise de recul a un effet immédiat : elle ralentit le métabolisme et modifie le comportement.

Gérer son émotion et celle des autres, demande une prise de conscience des mécanismes fondamentaux de l'émotion, un apprentissage et un entraînement permanent. L'avantage de ces connaissances émotionnelles constitue un élément de développement aussi utile professionnellement que personnellement (McQueen, 2000).

Le risque d'un comportement inadapté des personnes, qui sont en charge de gérer la situation crise ne peut être écarté. Ils doivent d'abord être présents et s'entourer des compétences nécessaires afin d'éviter l'emballlement comme l'effet de sidération. Parfois, en effet, inquiet devant l'évènement,

⁵ En France, le cadre réglementaire actuel est défini principalement dans les textes de loi suivants : Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Journal officiel n° 185 du 11 août 2004 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile de santé publique, Journal officiel n° 190 du 17 août 2004 ; Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, Journal officiel n° 55 du 6 mars 2007 ; Circulaire n° DHOS/CGR/2007/110 du 26 mars 2007 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis ; Loi n° 2009-294 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et la loi relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel Loi n° 167 du 22 juillet 2009.

⁶ Le guide « Plan Blanc et Gestion de Crise » annexé à la circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006.

apparaît une hésitation à agir qui peut être dramatique. Il faut par ailleurs se garder de rester prisonnier d'une vision ou d'un langage technique ou de minimiser la problématique rencontrée. On peut apprendre à gérer l'incertitude, et savoir qu'on ne connaîtra pas l'étendue exacte des risques car on ne comprend pas toujours la gravité de ce qui se passe sur le moment.

Par conséquent, les facteurs clés d'une gestion efficace de crise reposent d'abord sur une bonne perception ou compréhension du phénomène auquel on est confronté. Lagadec (1995) insiste sur le phénomène de « disqualification immédiate », indiquant combien il est important de comprendre rapidement de quoi il s'agit, au risque de ne plus être crédible. Or, pour bien saisir la situation, l'information venant du terrain est fondamentale. Pour agir au plus vite et le plus en amont possible, l'information qui remonte par l'équipe d'encadrement est primordiale.

Au quotidien, les crises sont plausibles, et peuvent entraîner des situations durables d'exclusion qui, à leur tour, provoqueront d'autres crises. Certaines personnes développent d'impressionnantes capacités de résilience. Il n'y a pas de crise sans victimes, et il est surprenant que la reconnaissance formelle des droits de la victime n'apparaisse en France, qu'en l'an 2000. Nous sommes aussi victimes de tunnels cognitifs : faux dilemmes, confusion entre causes et conséquences, corrélation non significative, généralisation hâtive et refus des exceptions, solutions automatiques à des problèmes parfois mal posés.

Une logique d'apprentissage dynamique est déterminante, et pas seulement dans le respect de règles. Il est important de passer d'une logique de réponse à une logique de questionnement, d'une ambition technique à une ambition scientifique. Comment élaborer des réponses à l'interrogation majeure de Lagadec (1995) : « De quel bagage intellectuel, mais aussi psychologique, culturel, faut-il doter les futurs responsables pour qu'ils puissent effectivement jouer leur rôle dans ces univers turbulents, souvent marqués par l'impensable, qui est et sera désormais nos terrains de vie ? »

Sommes-nous personnellement préparés ? Sommes-nous préparés à opérer dans un univers d'information très dégradée ? Faut-il apprendre à intégrer l'imprévisible dans nos modèles d'apprentissage et notre mode de management ? La gestion du stress, savoir déterminer une échelle de priorités, réagir efficacement, rapidement avec calme, s'avère déterminant dans la prise de décisions permettant d'éviter que la crise ne dégénère en une situation incontrôlable.

La préparation à la gestion de ce type de situation, concerne l'ensemble du personnel d'un établissement de santé en sachant que l'impulsion initiale doit venir de la direction. Plus les dirigeants s'investissent dans la gestion de crise, plus ce type de risque et les mesures sont prises en compte. La stratégie de management de l'hôpital, permet ainsi une meilleure réactivité des individus en impliquant l'établissement tout entier.

Nous savons à quel point l'hôpital, et notamment le personnel soignant, sont sollicités lors d'épidémies telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le Chikungunya, l'Ébola, la canicule. Si le devoir des professionnels de santé est de soigner pour maintenir la vie, l'hôpital, quant à lui, a une obligation de protéger son personnel. Ainsi, c'est en prévoyant un système adapté et efficace que l'hôpital pourra assurer la sécurité des patients et du personnel.

Les plans blancs et les procédures, sont déterminants pour minimiser les risques, mais c'est une véritable révolution des esprits qui va permettre d'aborder les crises comme une opportunité. La crise

est un déclenchement d'énergie. Et toute énergie peut être destructrice ou, au contraire, constructive. Tout dépend de ce que l'on en pense, comment on l'oriente et ce qu'on en fait. Il s'agit d'opérer un changement systémique. La situation de crise peut être abordée comme un signal mobilisateur de nos capacités d'improvisation et d'initiative face à l'imprévu et d'apprendre les bons réflexes face à la surprise. Se former dans un monde ouvert à accompagner et à piloter les énergies au lieu de s'employer à les bloquer.

On peut parfois commettre des erreurs en ayant l'impression d'avoir raison. Il y a deux types d'erreurs : des erreurs communes qui sont le produit de la précipitation, de l'impulsion ou d'autres facteurs irrationnels (ce sont par exemple les erreurs d'étourderie) et puis, il y a les grandes erreurs collectives. Parfois une persévérance est souvent observée dans l'accomplissement de certaines erreurs.

En matière de gestion de crise, les exercices de simulation semblent fondamentaux, car c'est un moyen de tester le caractère opérationnel d'un plan blanc par exemple. Les objectifs d'un exercice de simulation sont à étudier pour être efficace et utile. Un bon exercice de simulation de crise permet d'éviter le décalage entre le management et la réalité du quotidien ; de confronter les réflexions à la réalité du terrain ; de mettre en œuvre ses décisions et de développer le processus d'évaluation de l'hôpital.

En termes de formation initiale ou continue, la gestion de crise est une thématique peu abordée jusqu'à 2004-2005, avec même une absence totale de modules « gestion de crise » dans les projets de formation initiale, hormis quelques interventions sur l'initiative de partenaires extérieurs (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins [DHOS], Direction Générale de la Santé, etc.).

L'offre de formation de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) sur cette problématique semble désormais plus importante. Des modules d'enseignement sont construits à partir de séquences de base : état des menaces, organisation de la défense civile, plans de défense, principes généraux de la gestion de crise ; analyse des risques et planification ; cellule de crise et management de crise ; exercices et simulations ; communication de crise. Cette offre de formation développe des apports théoriques (vocabulaire, principes de la gestion de crise, organisation de la défense civile, élaboration d'un exercice de simulation) appuyée par des études de cas et des mises en situations (simulation d'une cellule de crise, média training, etc.).

L'offre de formation de gestion de crise reste à développer pour l'ensemble des professionnels de santé et vis-à-vis des situations de crise, elle reste à investir. Un guide des plans blancs et de la gestion de crise existe, mais on regrette l'absence d'un « garant » santé unique par exemple. Il existe également un mémento SGDN (Secrétariat Général de la Défense Nationale), mais les principes ne sont pas toujours communs aux différents ministères. L'ENSP entretient des relations privilégiées avec les établissements sanitaires mais ces derniers souhaiteraient avoir plus de retours d'expérience systématiques et des participations de l'ENSP aux exercices plans blancs.

La création en 2007 de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) a été une opportunité importante, en matière de gestion des crises. Cela a généré la création d'un pôle d'enseignement et de recherche, dans le domaine de la gestion des risques et des crises et la création d'un axe de recherche en gestion de crise.

Un groupe de travail a été créé pour l'analyse des besoins, la conception et la réalisation des modules de formation. Un projet de plateau de simulation est parti du postulat qu'un plan blanc est nécessairement validé par un exercice. Mais le déclenchement d'un exercice plan blanc global n'est pas toujours possible compte tenu d'une structure de soins en activité constante. Par ailleurs, il n'existe pas d'indicateur pertinent pour mesurer la gestion des menaces sanitaires graves à l'hôpital. Je constate qu'actuellement, la recherche dans le domaine des situations de crises, reste à explorer encore à ce jour, elle est pour l'instant spécifique à la gestion de crise ou de risque.

En résumé, nous venons de voir à quel point, dans le débat actuel sur les crises à l'hôpital et surtout dans l'encadrement réglementaire engagé depuis le début des années 2000, l'accent est mis sur la réduction des risques des « menaces », du « danger » des crises. On remarque aussi le peu d'attention qui est donnée, aux micro situations de crise mais surtout au côté « opportunité » que ces situations apportent en termes d'apprenance pour les professionnels de santé. Afin d'explorer ce domaine de recherche, une revue des principales contributions au corpus théorique que nous appelons aujourd'hui les théories de l'apprentissage s'impose.

3. Les approches théoriques de l'apprentissage

Les approches théoriques ou théories de l'apprentissage ne présentent pas, spécifiquement, une vision de l'apprentissage en situation de crise. Néanmoins, elles nous fournissent le cadre théorique et conceptuel qui nous permet de mieux comprendre les processus d'apprentissage en général. Ce qui nous amènera, par la suite, à intégrer ces processus dans le contexte particulier des situations de crise à l'hôpital, que je me propose d'analyser.

Un grand nombre d'auteurs ont contribué à la formation du corpus théorique que nous appelons aujourd'hui les théories de l'apprentissage. Je propose, dans ce chapitre, une analyse des idées proposées par les principaux auteurs. Parmi la grande diversité des approches, une catégorisation semble nécessaire, étant donné que les auteurs partagent fréquemment des références ou bases de réflexion communes.

Kingsley et Gary (1957) proposent de regrouper les différents auteurs en deux grandes catégories : (1) les auteurs qui travaillent sur le stimulus-réaction et (2) les théories du champ. Taba (1962) adhère à cette catégorisation mais la nomme différemment : (1) les théories de l'associativisme et du behaviorisme et (2) les théories organiques, du champ et le gestaltisme. McDonald (1964) fait une catégorisation plus large en regroupant les diverses approches en 6 grandes catégories : (1) la recapitalisation ; (2) le conditionalisme ; (3) le pragmatisme ; (4) le gestaltisme et la théorie du champ ; (5) la psychologie dynamique ; (6) le fonctionnalisme.

Hilgard et Bower (1966) avancent une catégorisation encore plus large en classant les différents auteurs en 11 courants : (1) le conditionnement classique de Pavlov ; (2) le connectionisme de Thorndyke ; (3) le conditionnement contigu de Guthrie ; (4) le conditionnement opérant de Skinner ; (5) la théorie du comportement systématique de Hull ; (6) l'apprentissage sémiotique de Tolman ; (7) le gestaltisme ; (8) la psychodynamique de Freud ; (9) le fonctionnalisme ; (10) la théorie de l'apprentissage mathématique et (11) les modèles de traitement de l'information.

Reese et Overton (1970) reviennent sur un regroupement plus restreint considérant seulement deux grandes typologies de modèles (1) les modèles mécaniques et (2) les modèles organiques. Gage (1972), pour sa part, distingue 3 grandes familles de théories : (1) les théories du conditionnement ; (2) les théories du modelage et (3) les théories cognitives.

Pour Knowles (1990) on devrait classer les principaux travaux théoriques en deux grands types mais dans une optique différente : (1) les théoriciens puristes, c'est-à-dire, les travaux des auteurs qui ont tendance à être dogmatistes et argumentatifs et (2) les travaux des interprètes, c'est-à-dire, ceux des auteurs qui cherchent à réconcilier les idées.

J'ai fait le choix de classer les principaux travaux théoriques en 5 grandes catégories : (1) les approches centrées sur les conditionnements ; (2) les approches centrées sur l'analyse des processus d'apprentissage ; (3) les approches centrées sur la personne ; (4) les approches centrées sur le fonctionnement des groupes et (5) les approches fondées sur les sciences de l'information. Ce chapitre présente une revue de l'ensemble de ces travaux.

3.1. Les approches centrées sur les conditionnements

L'approche behavioriste ou comportementale

Pavlov (1902) est le premier auteur à analyser le phénomène du conditionnement. Il découvre qu'un signal sonore ou lumineux, dans un premier temps, associé à la nourriture puis, dans un deuxième temps, envoyé seul, provoque le même effet de salivation et de désir de manger que la seule présentation de cette nourriture. C'est sa découverte la plus connue qui fut à la base de nombreuses études sur les différents types de conditionnement. En partant des expériences de Pavlov, il a été possible de montrer l'importance de la répétition, de la punition et de la récompense en pédagogie. Watson (1913), s'inspirant des travaux de Pavlov, crée ainsi le courant behavioriste ou comportemental avec son article « *Psychology as the Behaviorist Views it* ».

C'est toutefois Thorndyke (1928) qui le premier a effectué des travaux appliqués sur l'apprentissage comportemental. Sa « loi de l'effet » résume l'essentiel de sa pensée : « les comportements qui se fixent, sont les comportements qui permettent de réussir ce que l'on souhaite, et qui sont associés à une reconnaissance de réussite par les autres ». Pour Thorndyke (1928), la solidité de l'apprentissage dépend de la durée et de la fréquence de la satisfaction, que la réponse procure. Il a ainsi été le premier à en tirer les conclusions pour le domaine de la pédagogie et de l'éducation.

Il formule aussi ce qu'il a été convenu d'appeler la technique « des essais et des erreurs », qui sera reprise dans la méthode pédagogique de la découverte. Il met ses cobayes dans des situations où ils doivent résoudre par eux-mêmes des problèmes, et trouver le comportement adapté à la solution. Il découvre que la bonne réponse trouvée une fois, va se fixer peu à peu et se perfectionner par des séries d'échecs et de réussites. La bonne réponse, se précise en éliminant les erreurs commises par hasard. Il n'y a pas de punition, comme dans Pavlov, mais simplement la satisfaction de réussir et l'inconvénient de ne pas trouver la solution. Thorndyke (1928) a ainsi mis en évidence l'importance de la pédagogie de l'erreur.

Skinner (1968) à la différence de Thorndyke, affirme que l'erreur est nocive d'un point de vue pédagogique car l'erreur risque de se fixer. Il faut éviter l'erreur en programmant la réussite. Skinner (1968) n'est pas pour une pédagogie de la découverte, mais pour une pédagogie programmée. Cet auteur avance donc l'idée d'apprentissage sans erreurs. Ce n'est pas plus le stimulus déclencheur du comportement qui retient l'attention mais les conséquences qui encouragent ou découragent sa reproduction. L'apprentissage n'est plus conçu comme une réponse directe du stimulus, mais bien comme la stabilisation de cette réponse. Son approche se veut positive. Pour lui, le comportement et l'environnement sont explorés et décomposés en parties : modules, items. Ces comportements peuvent subir des modifications grâce à de nouveaux stimuli. Les comportements seront dès lors différents. Skinner (1968) affirme que tous les comportements prévus doivent être envisagés par l'enseignant afin qu'il puisse prévoir les stimuli à produire pour obtenir des réponses correspondant aux attentes.

Au final, pour les auteurs de l'école behavioriste, enseigner c'est créer des nouveaux conditionnements en utilisant les conditions existantes, ce qui est particulièrement vrai quand il s'agit de former des adultes. Plus nous avançons en âge, plus nos conditionnements se multiplient, souvent de manière contradictoire selon les circonstances. Et le formateur en formation d'adultes va

travailler sur des conditionnements variés. Il va conforter certaines façons de penser et d'agir, mais il va aussi les remettre en cause et en apporter de nouvelles. Une formation réussie se termine par l'assurance pour les apprenants de repartir avec les moyens de mieux travailler, et avoir des comportements plus efficaces. Ils ont besoin de repartir avec des confirmations, des améliorations ou des changements vis-à-vis de leurs anciennes façons de travailler. Leur système de conditionnement a bougé.

L'apport des neurosciences

Les découvertes sur le fonctionnement du cerveau, des années 50 et 60 ont apporté une contribution significative aux théories behavioristes de l'apprentissage. Puisque chaque formateur, chaque formé communique avec les autres grâce à son système nerveux. Tout message pédagogique, toute acquisition, tout apprentissage, passe obligatoirement par le système nerveux c'est-à-dire le cerveau. Ainsi, il est important de connaître ce que les neurosciences peuvent apporter, par une meilleure connaissance du fonctionnement du cerveau.

Ces découvertes ont apportés les preuves de l'asymétrie de la spécialisation des deux hémisphères, gauche et droit, en découvrant que parmi les deux centres de fonctionnement du langage, nous parlons avec l'hémisphère gauche. Ces connaissances ont été à l'origine de la survalorisation de l'hémisphère gauche, considéré jusqu'aux expériences de Sperry (1961) comme l'hémisphère dominant.

Depuis les expériences de Sperry (1961), qui a pu travailler sur des cerveaux dédoublés, les rôles respectifs des deux hémisphères sont mieux connus. Les deux hémisphères sont complémentaires et ont besoin l'un de l'autre pour travailler efficacement. Chacun des hémisphères présente des spécificités qui permettent la prise en charge de tâches privilégiées. Le cerveau dit reptilien est « coiffé » d'une structure qui renforce son action, et commande surtout nos émotions : le cerveau Limbique. Celui-ci est à l'origine des comportements dictés par les affects, tels que le blocage et les motivations. Un nouveau cerveau le néocortex ou cortical est venu coiffer les structures anciennes. Il est capable de refouler les instincts et les pulsions mais il est instable, fragile, en un mot, imprévisible. Il peut créer l'ordre ou le désordre.

Le cerveau humain serait donc composé de trois couches successives, d'âges très différents dans l'histoire de l'évolution, la plus ancienne étant profondément enfouie sous les deux autres. Ces trois cerveaux sont en communication permanente, mais ils disposent d'une certaine indépendance. Chacun commande des conditions spécifiques. Leur collaboration n'est pas toujours parfaite et leur coordination manque parfois d'efficacité et de cohérence.

Le cerveau « est notre machine à apprendre », il traite les informations données par l'environnement et nous dicte une réponse appropriée. Il dépense beaucoup d'énergie pour traiter toute information nouvelle, car il lui faut alors s'adapter et trouver la bonne réponse. Il dépense une si grande quantité pour faire face à la nouveauté qu'il serait en surchauffe s'il lui fallait réinventer sans cesse. C'est pourquoi l'être vivant se construit d'automatismes, qui permettent au cortex de se préserver pour gérer l'imprévisible. L'acte automatique est plus rapide, moins fatigant et plus efficace qu'un acte qui demande à être repensé à chaque fois.

L'apprentissage est considéré comme l'acquisition d'une ou plusieurs propriétés qui ne sont pas innées chez l'individu. Un réflexe conditionné est provoqué par l'environnement. Ce réflexe conditionné est rendu possible grâce aux zones associatives du cortex et grâce à la mise en place d'engrammes, c'est-à-dire, des traces chimiques marquant une assemblée de neurones.

Le cerveau procède par sélection, puis par stabilisation sélective, pour établir des automatismes chez chaque individu. Ce système mis en place, assure la rapidité de réaction et facilite certaines tâches, mais risque d'enfermer chacun dans la routine, le manque de créativité et la sclérose. Les apprentissages orientent, en effet, nos capacités et nos incapacités spécifiques. Nous obéissons tous ainsi à des automatismes de pensée et d'action. Ils ne sont cependant pas inscrits à tout jamais dans notre système nerveux car pour perdurer ils ont besoin d'être entretenus, par des stimulations régulières. Le poids de l'environnement peut provoquer leur disparition et permettre l'acquisition de nouveaux conditionnements.

Les neurobiologistes opposent généralement l'automatisme à l'apprentissage, et la mémoire à la capacité de re-mémorisation. Ils conçoivent la faculté de se souvenir comme un processus conscient et complexe. Dans le domaine de la formation toutefois ces 4 notions sont liées : lorsqu'on apprend des procédures, on est capable de les remémorer automatiquement. Si on veut les corriger, il faudra passer par une phase fatigante car on doit être vigilant jusqu'à ce que le nouvel automatisme soit acquis. Les apprentissages s'acquièrent tous en mémorisant des mécanismes de pensée et des comportements qui deviennent des automatismes.

Le cortex est alors libre, et en mesure d'acquérir grâce à un processus conscient d'autres apprentissages qui se transforment eux-mêmes en automatismes pour permettre au cortex d'être à nouveau disponible. La mémoire permet le rappel et la réactivation du passé pour le mettre au service du futur en favorisant l'acquisition de nouveaux apprentissages qui deviendront des automatismes.

Mémoire, automatismes, apprentissages, fonctionnent ensemble comme des boucles de rétroaction. Cela permet un renforcement des engrammes efficaces ainsi entretenus et la suppression de ceux qui sont inefficaces. La mémoire facilite l'apprentissage, car une activité déjà réalisée une fois est plus vite acquise. Plus on acquiert des automatismes efficaces, plus on est disponible pour faire face à la nouveauté. Plus on est embarrassé dans des automatismes inefficaces, plus il faut dépenser de l'énergie et de l'attention pour établir les engrammes adaptés à la situation. On se fatigue et on peut perdre l'envie d'apprendre.

En somme, conditionnement veut dire dépendance ou absence de liberté. Mais les neurosciences nous ont fait découvrir que si notre cerveau était conditionné, il reste encore de nombreuses possibilités. Les approches centrées sur les conditionnements ont aussi découvert que les conditionnements, c'est-à-dire, les automatismes, laissent l'esprit ouvert et libre pour d'autres apprentissages : le cerveau, auteur de ces apprentissages, a encore un potentiel extraordinaire. C'est pourquoi dans le domaine de la formation des adultes, ces approches aident à mieux comprendre comment on fonctionne pour mieux connaître les conditionnements acquis et les espaces libres pour de nouveaux apprentissages.

3.2. Les approches centrées sur l'analyse des processus d'apprentissage

La pédagogie est l'art de bien savoir apprendre à quelqu'un. Mais en amont de l'art d'enseigner, certains pionniers ont posé un préalable : comment savoir enseigner sans connaître suffisamment les mécanismes de l'acquisition des nouvelles connaissances et les processus d'apprentissage de nouveaux comportements. Un certain nombre de chercheurs ont établi les bases incontournables de tout processus d'acquisition. Dans ce domaine le pionnier est sans aucun doute le suisse Jean Piaget, concepteur de l'épistémologie génétique.

L'épistémologie génétique de Piaget

Piaget (1957) s'intéresse à l'intelligence et aux progrès de la connaissance. Il cherche à expliquer la genèse de l'élaboration de la pensée et les lois du progrès de la compréhension des événements et de la vie chez l'individu. Il cherche à comprendre, comment un être humain se construit, sa façon de comprendre et d'apprendre, d'où le nom d'épistémologie génétique.

Piaget (1957) étudie les stades de développement chez l'individu et montre que ce dernier évolue en s'adaptant à son environnement. C'est le sujet qui a un rôle prépondérant sur les réponses données à un problème. Pour cet auteur éduquer c'est adapter l'individu à son milieu, en utilisant les tendances propres à l'enfance ainsi que l'activité spontanée inhérente au développement mental. Dans l'idée que la société elle-même en sera enrichie.

C'est par cette découverte que Piaget (1957) est considéré le créateur de l'épistémologie génétique, c'est-à-dire, l'étude de l'évolution des structures successives des connaissances au cours du développement cognitif de l'individu. Selon Piaget (1957), celles-ci s'orientent, vers une conceptualisation toujours plus abstraite et générale. Cette élaboration de la connaissance est souvent appelée « constructivisme » : les moyens de construction des concepts de l'être humain.

La source du changement, c'est-à-dire, du passage d'un stade à l'autre, provient du processus d'adaptation par lequel l'organisme construit le monde extérieur, pour le rendre compatible avec son système interne organique : c'est l'assimilation. Lorsqu'il transforme son système pour le rendre compatible avec le monde extérieur : c'est l'accommodation. L'adaptation résulte de l'équilibre entre l'assimilation et l'accommodation. Il est nécessaire d'avoir réalisé l'équilibre à un stade pour passer au suivant.

Bruner (1961) ajoute à la théorie de Piaget la notion de continuité. Ce que Piaget a trouvé dans le développement de l'enfant, se retrouve pour toutes les acquisitions de nouvelles connaissances. Face à des données toujours nouvelles, l'esprit élabore des notions, des concepts, qui sont à la fois toujours les mêmes et toujours différents parce que saisis à des niveaux de maîtrise supérieurs. En effet, ils se réorganisent de manière plus complexe en intégrant les acquis précédents dans une construction nouvelle.

Sur le plan pédagogique, cette théorie est intéressante, car on comprend combien il est important que les notions de fond enseignées soit compatibles avec ce qui devra être appris par la suite. On retrouve l'idée de spirale pour expliquer que les concepts se réorganisent au fur et à mesure de leur acquisition en intégrant les connaissances anciennes dans une construction nouvelle.

Il apparaît que cette théorie est un modèle de développement intellectuel de l'enfant, mais il peut être pertinent pour les adultes si on considère qu'ils utilisent des stratégies opératoires plus diversifiées que celles de l'enfant reprenant les mêmes stades. Le formateur a tout intérêt à se préoccuper des processus mentaux de ses étudiants. Le formateur leur donne, aussi des outils pour réactiver ou restructurer les stades d'apprentissage. Il peut plus facilement faire passer des concepts et des abstractions en reprenant des stades opératoires concrets, plus formels. Il peut partir d'exercices concrets, pour aboutir à des concepts plus abstraits.

Pour Bruner (1961), toute acquisition de nouveaux concepts sera mieux réalisée si le formateur explique la continuité de cette nouvelle connaissance avec les anciennes. Quand le formateur enseigne des concepts nouveaux, il risque de rencontrer de l'incompréhension de la part de l'apprenant qui dira que c'est trop théorique, car il n'a pas pu traverser les stades de Piaget et raccrocher cette nouvelle connaissance à ses connaissances antérieures.

L'approche sociocognitive d'Albert Bandura

Bandura (1969) lance les bases de la psychologie cognitive. Il prend des distances par rapport au behaviorisme en soulignant que l'imitation d'un modèle se fait d'abord globalement, et non par reproduction serrée d'éléments du tout observé. Pour lui, l'apparition de comportements nouveaux provient de l'observation, l'imitation et le modelage, et non par les conditionnements.

Toutefois Bandura (1969), comme Skinner, partent du principe que le modèle imité ne s'installera de façon durable chez l'individu que si des renforcements positifs se produisent. Ainsi, il propose une théorie sociocognitive interactionnelle reposant sur les événements qui se produisent dans l'environnement, les caractéristiques de la personne et les comportements qui s'influencent mutuellement dans le développement de la connaissance.

Pour Bandura (1969), le formateur est invité à tenir compte des facteurs culturels et sociaux des sujets sociaux. C'est-à-dire, du contexte de vie professionnelle de l'individu, de la région où il habite, du secteur économique, de son entreprise, de ses habitudes de vie en société, de son milieu social, de ses habitudes de pensée et de raisonnement. Le formateur veille à ce que ces enseignements soient applicables dans le contexte particulier de l'individu. Le formateur doit également intégrer l'expérience vécue, passée et actuelle, des formés, dans la situation d'apprentissage, afin que ceux-ci actualisent leur propre mode de coopération, à l'intérieur du groupe. Le formateur donne des occasions d'apprentissage dans une ambiance coopérative pour faciliter les processus d'acquisition dans un tel contexte.

Le rôle du formateur, peut être de provoquer des conflits sociocognitifs pour aider le sujet social à parvenir à une réflexion sur les règles et les stratégies qu'il met en œuvre lorsqu'il dépasse des obstacles, afin de pouvoir y recourir systématiquement dans toutes les situations où elles sont requises.

Les théoriciens de la psychologie cognitive, ont d'abord imaginé plusieurs modèles basés sur les travaux de Dewey (1949) auteur de l'idée *Learning by doing*. Ils étaient conçus pour atteindre un objectif précis qui était de créer des situations pédagogiques interactives afin d'améliorer les processus démocratiques. L'organisation scolaire pourrait fournir des situations d'apprentissage fondées sur l'expérience, et permettre aux étudiants de travailler en groupe et d'acquérir des comportements sociaux démocratiques.

Le point de départ de ces théories, se situe véritablement dans la prise de conscience par les formateurs de la nécessité de prendre en compte les conditions culturelles et sociales de l'apprentissage. Les théories sociocognitives traitent donc des conditions culturelles et sociales de l'apprentissage.

On s'intéresse davantage aux influences de l'environnement. Les notions de culture et de contexte prennent désormais une place importante dans les réflexions sur la pédagogie. Ce postulat de base permet aux auteurs de la théorie sociocognitive de proposer une théorie de la formation sous-tendue par l'idée suivante : la connaissance dépend fondamentalement de l'action et de la culture. Il convient d'apprendre dans des situations réelles, qui sont celles de la vie quotidienne. Ces connaissances sont insérées dans un contexte ; il y a donc acquisition de connaissances qui deviennent de véritables outils pratiques.

Il convient d'apprendre aussi avec d'autres, et de partager ses connaissances, ses problèmes et ses découvertes, dans une démarche collective. On peut jouer différents rôles dans le groupe, et ainsi on aura une meilleure compréhension de la vie sociale. Cet apprentissage se fait avec un formateur qui est un véritable guide. C'est un instructeur cognitif, qui s'occupe de l'apprenant comme le fait un entraîneur de football, par exemple. Cette stratégie pédagogique mise aussi, sur les échanges portant sur les stratégies inefficaces, les erreurs, les mauvaises conceptions. On peut ainsi détecter plus facilement les conceptions préalables des sujets sociaux et surmonter les obstacles que cela représente. On peut aussi habituer chacun à vivre des situations qui ne sont pas toujours bien définies ni bien cadrées, bref à tendre vers la réalité.

Dans le modèle coopératif de l'apprentissage, on trouve à la base, le postulat que ce sont les situations que nous avons vécues et que nous vivons qui déterminent nos comportements compétitifs ou coopératifs. Par conséquent, si la coopération est prônée et appliquée en séance, elle devient plus facilement le modèle que les individus retiennent plus tard, comme correspondant à leurs valeurs. Dans le modèle du conflit sociocognitif, on trouve la notion d'obstacles rencontrés pendant l'apprentissage. Ces obstacles le formateur les pose, dans le but que l'apprenant progresse étape par étape. Ce modèle sous-tend que l'intelligence d'une personne n'évolue que par la résolution de crises conflictuelles successives. Ainsi, ce modèle s'intéresse à la signification sociale de l'obstacle dans l'apprentissage.

Lorsqu'un individu aborde un problème de façon inappropriée, sans être conscient de l'insuffisance de ses stratégies, le fait de lui fournir un simple feed-back correctif ne suffit pas à modifier les règles avec lesquelles il gère son comportement. Il convient de diagnostiquer l'écart résidant entre le niveau de développement actuel et le niveau de développement potentiel. Ces niveaux sont déterminés d'une part par la capacité à résoudre des problèmes avec d'autres individus plus avancés que lui. Le rôle du conflit sociocognitif consiste alors à aider l'individu à parvenir à une réflexion sur les règles

et les stratégies qu'il met en œuvre, quand il dépasse un obstacle afin de pouvoir y recourir systématiquement dans toutes les situations où elles sont requises.

En somme, la caractéristique principale de ce courant, est le rôle de l'interaction sociale dans la constitution des connaissances. Il semble que les interactions sociales permettent à l'individu de découvrir certains concepts qui lui permettent alors de participer à des interactions sociales plus élaborées qui, à leur tour, deviennent un succès de développement cognitif pour l'individu. Ainsi, à des niveaux précis du développement cognitif, certaines interactions sociales permettent le développement d'une nouvelle organisation cognitive.

L'approche de la dissonance cognitive de Léon Festinger

Festinger (1957) a tiré sa théorie de la dissonance cognitive de l'observation participante sur des petits groupes. Il appelle élément cognitif tout ce qui peut devenir objet de connaissance chez l'individu : comportements, opinions, croyances sanctions et sensations de douleur. Il a montré que lorsque les faits sont en désaccord avec les croyances, il y a dissonance. A ce moment là, les personnes rétablissent alors la consonance en renforçant les croyances par des échanges avec les autres membres du groupe.

Cet auteur considère que la dissonance cognitive, constitue pour l'individu un état difficile à supporter. C'est pourquoi il cherche à réduire cette dissonance. Cette théorie énonce que les chocs entre deux cognitions, sont la force motrice de toute les modifications de nos opinions et de nos jugements. Nous cherchons à atténuer ces conflits par peur de devoir modifier nos croyances.

La dissonance cognitive, peut être une source de changement et d'amélioration en formation. Les croyances, sont les cognitions consonantes qui conditionnent les attitudes. Les attitudes vont conditionner des comportements, qui si tout se passe bien, maintiennent les cognitions consonantes et les croyances qui à leur tour renforcent les attitudes.

Si cela ne se passe pas bien, il y a dissonance cognitive malaise, doute. Soit la personne va se persuader que ce n'est pas l'excès de rapidité qui est la cause, mais de la mauvaise volonté ou tout autre incident. Elle rétablira sa consonance cognitive, soit elle remettra en cause ses croyances grâce à la dissonance cognitive et changera d'attitude et de comportements par conséquent.

Cette pratique pédagogique, est basée sur la notion d'obstacles rencontrés pendant l'apprentissage. Obstacles que l'enseignant pose afin que l'apprenant progresse étape par étape. En fait, ce modèle sous-tend que l'intelligence d'une personne n'évolue que par résolution de crises conflictuelles successives. Ce modèle s'intéresse donc à l'efficacité de l'obstacle dans l'apprentissage.

Les comportements, opinions et croyances du sujet social, sont des éléments cognitifs, c'est-à-dire, des objets de connaissance qui lui permettent d'établir un lien avec la réalité. Connaître les opinions de l'individu, sur le sujet traité aide à mieux enseigner. Une formation est naturellement un lieu où les consonances cognitives peuvent être remises en cause. Un formateur qui tient compte de ces phénomènes est plus efficace.

Le formateur au cours d'une simulation peut créer des dissonances cognitives chez l'apprenant pour l'aider à changer. Le formateur peut aussi utiliser les dissonances cognitives dans le groupe pour aider les participants à découvrir de nouveaux points de vue, et de nouveaux comportements à développer. Mais la dissonance cognitive peut être mal vécue par le sujet social. Le formateur doit alors en tenir compte et utiliser les échanges de groupe pour traiter des dissonances et ne pas les laisser croître.

L'approche des représentations cognitives de Serge Moscovici

L'une des notions les plus importantes pour la pédagogie, que la psychologie cognitive a mise en relief est le rôle décisif des représentations cognitives dans le processus d'apprentissage. Moscovici (1976) a montré comment chacun réinterprète les informations qui lui sont données en fonction de ses propres représentations.

Il existe 2 mécanismes qui expliquent la réinterprétation des informations dans l'opinion :

- (1) l'objectivation : les informations qui circulent vont faire l'objet d'un tri en fonction des critères et des valeurs culturelles des individus. Elles sont détachées du champ scientifique auquel elles appartiennent. L'individu se les approprie à sa manière afin de les maîtriser et ;
- (2) l'ancrage : les individus intègrent les éléments composants une information dans ce qu'ils connaissent déjà pour pouvoir l'interpréter.

Pour comprendre ces éléments nouveaux, il faut faire les liens en les classant dans le familier. Ainsi les individus éliminent de leur cadre, ce qui n'y entre pas et créent des catégories délimitées afin de se protéger de cet extérieur nouveau donc menaçant. On simplifie, et on fait en sorte que l'information ne soit pas menaçante pour soi-même. La représentation est ainsi la grille de lecture que chacun pose sur son travail, son environnement pour tenter de le comprendre et de s'y adapter et donner ainsi un sens et une signification aux actions qu'il entreprend.

Le rôle du formateur consiste à inviter l'individu à amorcer un processus de changement, à laisser de côté ses anciennes représentations pour en adopter des nouvelles qui soient mieux adaptées. Pour ce faire il fera émerger les représentations actuelles de l'individu et choisira la meilleure stratégie pédagogique, pour transmettre ces informations qui entreront le plus souvent en conflit avec les idées qu'il possède déjà.

Si le formateur s'est donné les moyens de bien ancrer la nouvelle information transmise dans le présent, dans l'expérience de l'apprenant et dans son projet, il aura avec lui toutes les chances d'adopter une nouvelle représentation, une nouvelle idée, qui lui permettra de réaliser son projet d'apprentissage. Le formateur est très attentif aux représentations mentales que l'individu peut se faire des enseignements proposés. Chaque personne en formation, par son expérience passée, se fait une idée des choses. Enseigner c'est passer d'une représentation à une autre.

Il est très utile de repérer les systèmes de représentations des adultes en formation et savoir si le contexte, la pédagogie, ou le contenu de la formation, risquent de remettre en cause ces représentations et donc de développer des résistances. Il est possible de faire adopter aux sujets

sociaux de nouvelles représentations, en partant de leur expérience actuelle et d'ancrer la formation en lien avec leur projet personnel.

L'approche de l'apprenance de Philippe Carré⁷

Dans son ouvrage : « L'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir », Carré (2005) questionne le rapport des personnes au savoir, et invite à réformer la formation. Il propose de tester un schème conceptuel : l'« apprenance », définie comme un « ensemble de dispositions favorables à l'acte d'apprendre dans toutes les situations, qu'elles soient formelles ou non, expérientielles ou didactiques, autodirigées ou dirigées, intentionnelles ou fortuites » (Carré, 2005).

Penser apprenance, c'est penser autrement. Là où Carl Rogers définissait la notion de « client », on peut maintenant s'orienter vers une notion d'« apprenant ». On peut penser « acte d'apprendre » avant de penser « action de formation », ce qui engendre un renouvellement de la place du sujet social, de la conception des environnements, du rôle du management.

Les adultes se forment, avec ou sans aide. Ce qui implique de comprendre la motivation chez l'apprenant et les pratiques d'autoformation (Carré et al., 1997). Il s'agit de mobiliser les ressources puis les capacités du sujet : « pouvoir d'être et de faire ». L'émergence des capacités nécessite des facteurs de conversion individuels, sociaux et organisationnels (Fernagu Oudet, 2013). On s'oriente alors vers une « écologie de l'apprenance » (Carré, 2005). A ce sujet on peut constater le développement de nouvelles formes d'autoformation numérique, utilisés à l'école, au travail et dans la formation.

Les apprentissages informels occupent aujourd'hui une place prépondérante dans la formation tout au long de la vie, dans le cadre professionnel, l'économie sociale et l'espace de vie. Les besoins en compétences apparaissent comme une nécessité pour la formation des adultes. Un écart se creuse entre le niveau de qualification professionnelle attendu et le monde de la formation. Dans ce nouveau contexte, apparaissent les apprentissages dits « informels », générateurs de compétences. Carré et Muller (2009) parlent « d'iceberg des apprentissages dits informels ».

Avec les moyens numériques actuels favorisant l'accès au savoir, on évolue vers plus d'autonomie et un travail collaboratif. La question de ces apprentissages buissonniers apparaît comme « un continent inexploré, aux contours encore flous car proche de notions apparentés comme l'apprentissage expérientiel, quotidien, en situation de travail, voire de l'autoformation » (Cristol et Muller, 2013).

Pour Pain (1990), il y a trois caractéristiques de l'apprentissage dit « informel » : (1) il est fondé sur l'expérience, (2) situé dans un contexte précis, et (3) basé sur des situations authentiques. Selon Carré et Charbonnier (2003), les apprentissages professionnels informels sont définis comme « tout phénomène d'acquisition et/ou de modification durable de savoirs (déclaratifs, procéduraux ou comportementaux) produits en dehors des périodes explicitement consacrées par le sujet aux actions de formation institués, et susceptibles d'être investis dans l'activité professionnelle ». L'origine de

⁷ Ce chapitre a d'abord fait l'objet d'une validation sous forme d'une « Note de synthèse » sur le Séminaire : Equipe Apprenance et formation de l'Université Paris Ouest Nanterre, dirigé par Philippe Carré dans le cadre du Master 2 Recherche en Education et Formation, Promotion 2013-2014.

ces apprentissages informels se trouvent majoritairement dans « les dimensions relationnelles du travail et dans la confrontation aux aléas rationnels (initiation, panne, incident) ».

Muller (in Carré, 2013) propose trois types d'apprentissages professionnels informels : (1) volontaires et conscients : on parlera alors d'apprentissages intentionnels ; (2) involontaires et conscients : il s'agira alors d'apprentissages incidents ; (3) involontaires et inconscients : on les nommera apprentissages implicites. L'apprenant transforme de façon durable ses connaissances, habiletés ou attitudes à l'occasion d'expériences réalisées en dehors de tout environnement de formation. Ces apprentissages pourront prendre une forme intentionnelle, incidente ou implicite.

Différentes recherches mettent en valeur l'importance des apprentissages informels. Ces apprentissages sont difficilement quantifiables et peu évalués dans le milieu du travail. En France, plusieurs recherches à partir d'une méthodologie dite des « journaux de bord », montre la prépondérance des apprentissages informels. L'importance des situations d'intégration, de mobilité, de dysfonctionnement et entre autre d'autoformation a ainsi été mise en évidence.

Quatre modes spécifiques d'apprentissage ont émergé : (1) un mode « autodidactique » puisant son contenu dans les ressources matérielles, (2) un mode « relationnel » privilégiant les contacts humains pour apprendre, (3) un mode « expérientiel » centré sur la réflexivité lors d'expériences dans le travail, et (4) un mode « conventionnel », minoritaire : stages, conférences, cours (Carré, Portelli et Putot, 1994).

La dernière étude qualitative de Muller (in Carré, 2013), basée sur la méthode des journaux de bord en établissement de santé, montre que cette autoformation, spécifique à la culture hospitalière, est mobilisée en situation sociale avec une forte composante relationnelle. Les infirmières développent un savoir d'action qui se construit entre pairs dans une communauté de pratiques.

Ces interactions liées à un environnement en évolution permanente participent par le biais des compétences émergentes à la professionnalisation (Le Boterf, 2010). Les savoirs à mobiliser évoluent rapidement, le professionnel de santé se trouve engagée dans un processus d'autoformation. Cet apprentissage autorégulé renforce le sentiment d'efficacité personnelle et favorise les apprentissages à venir.

L'hôpital devient ainsi un environnement nourricier d'apprentissage plus ou moins capacitant, en fonction des cinq paramètres : le climat, l'organisation du travail, le mode de management, l'autonomie des acteurs et l'accès aux ressources humaines (Fernagu Oudet, 2013). Selon l'état de ces paramètres, l'hôpital peut (ou non) être considéré comme organisation apprenante, et devenir vecteur d'apprentissages infirmiers tout au long de la vie (Carré et Muller, 2009).

Une organisation apprenante privilégie les apprentissages collectifs, en vue d'organiser une progression collective des compétences. « La compétence est un savoir agir fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble de ressources » (Tardif, in Fernagu Oudet, 2013). Être compétent c'est être capable d'agir avec pertinence dans une situation de travail. « La compétence est finalisée, conceptualisée, combinatoire et construite » (Fernagu Oudet, 2013). Le constat du caractère universel des compétences buissonnières démontre le champ de l'économie informelle. Des enjeux économiques et humanistes se posent. Les enquêtes réalisées portent essentiellement sur des perceptions d'apprentissage et restent encore à préciser.

Les pédagogies « inversées », de type « ascendantes » facilitant l'apprenance comme les réseaux sociaux, wikis, et moteurs de recherche transforment le rapport au savoir et à l'apprentissage (Carré, 2013). Reconnaître ce canal de communication ascendant des savoirs émergents, c'est reconnaître la part d'investissement de l'apprenant.

Selon Cristol et Muller (2013), la question des apprentissages informels et leur impact sur le développement des compétences posent plusieurs défis : (1) défi conceptuel, car la définition et le périmètre des apprentissages professionnels informels reste à préciser ; (2) défi méthodologique, car les techniques et outils de leur évaluation restent à développer ; (3) défi pédagogique, car les formes nouvelles d'accompagnement et processus émergents d'apprentissage est à améliorer, et leur reconnaissance et financement pose question. A ce sujet, Carré propose de nouvelles pistes de recherche pour le développement des apprentissages informels. Comment créer un environnement d'apprentissage ? Comment valoriser les collectifs de travail et efforts personnels de chacun ? Comment intégrer la culture de « l'apprenance » au management ?

Favoriser des environnements capacitants, c'est développer le « pouvoir agir » en assurant l'accès aux ressources, agir sur les dispositifs et l'environnement, et réfléchir pour actionner les facteurs de conversions. C'est passer du niveau micro avec le besoin d'apprendre, au niveau meso en passant à l'individualisation, et au niveau macro à la société de la connaissance. L'approche par les capacités permet de penser un cadre, qui soit propre à développer la compétence pour tendre vers un environnement capacitant (Fernagu Oudet, 2013).

Au final, Carré (2005) interroge l'acte d'apprendre : « pourquoi apprendre ? Comment apprendre par soi-même ? Où apprendre ? ». Savoir apprendre par soi-même apparaît comme un pré-requis. La question centrale à se poser : faut-il tendre vers une nouvelle posture ou culture de l'apprenance ?

En conclusion, l'apprenance fait émerger le rôle du Formateur en tant que facilitateur de savoirs formels ou informels et ceci dans un nouvel environnement. Un environnement qui s'élargit à l'espace personnel et pas seulement au lieu de formation ou lieu de travail car la trajectoire de vie du sujet social, sa culture, son identité, favorise de nouveaux apprentissages. Dans cette perspective, la formation est centrée sur le sujet social. Il s'agit d'instaurer une relation compréhensive. Ce qui suppose de la part du Formateur, de l'authenticité, de l'empathie, et une reconnaissance de l'autre. C'est un être unique, avec un parcours de vie unique, une trajectoire de formation ou trajectoire professionnelle différente des autres. On se dirige alors vers un parcours individuel. Le sujet social est libre de construire son parcours de formation ou projet professionnel. Ainsi, le libre accès au savoir, est un élément à intégrer dans nos conceptions de la formation et du management.

3.3. Les approches centrées sur la personne

Les auteurs qui défendent cette approche fondent leur pédagogie sur les découvertes de la psychologie qui soutiennent que les formateurs et les formés sont des personnes humaines, et que leur vie affective peut avoir une importance décisive dans la réussite ou l'échec de l'enseignement. Le terme de psychopédagogie a même été employé pour désigner les approches pédagogiques où les découvertes de la psychologie tiennent la place essentielle.

Les approches liées aux théories psychologiques du développement de la personnalité

La nécessité de la prise en compte de la personnalité des individus dans le processus d'apprentissage remonte aux premières constatations de Freud (1920) : des conflits affectifs peuvent paralyser l'individu dans son apprentissage. Un excès de timidité, d'agressivité ou d'autres caractéristiques de la personnalité, peuvent empêcher d'utiliser le potentiel réel de la personne.

Selon Freud (1920), l'individu, à l'âge adulte, est à la recherche d'un équilibre constant entre ses pulsions instinctives et les valeurs qui lui ont été transmises pendant son éducation. Avoir des pulsions mais se retenir car ce n'est pas moral, et parce que le regard de l'autre compte. Tout ceci amène l'individu à combattre ses pulsions qui se manifestent parfois agressivement envers l'extérieur ou contre lui-même. Derrière la bienséance sociale, chaque individu a toute une vie affective à gérer, parfois avec difficultés. La vie inhabituelle en groupe et les tensions avec l'autre peuvent réveiller certains déséquilibres. Pour le formateur, observer et être attentif à ces phénomènes permet de tenir compte de cette vie affective et de la gérer.

Pour Erikson (1959), se développer c'est gérer ses crises personnelles. Erikson insiste d'avantage sur la dimension des interactions sociales entre le sujet et son environnement. La personnalité se développe à l'occasion des crises successives. Selon que l'individu en triomphe ou non, il progresse et se situe adéquatement dans un contexte social de plus en plus large ou régresse. Un développement positif aboutit à une maîtrise de l'environnement, à une grande cohérence dans le fonctionnement de la personne, à la capacité de se percevoir et de percevoir autrui correctement.

L'apprenant adulte désire participer à une formation pleine de production active, de construction et de créativité. Il recherche aussi la stabilité dans sa formation. Gérer des adultes en formation, c'est aussi gérer des personnes qui peuvent se comporter, à certains moments, comme des enfants avec des attitudes affectives peu rationnelles de confiance, défaillance, sentiment agréable ou désagréable, manque de confiance en soi ou même sentiment d'infériorité. L'apprenant a besoin à ce moment là d'un formateur expérimenté, solide et compréhensif.

Pour Wallon (1938), la vie émotive est le facteur décisif de la construction de la personnalité. L'activité cognitive émerge de la vie affective. Il est donc pour une pédagogie intégrant les aspects physiologiques et émotionnels. L'adulte en formation, reste d'une certaine manière un enfant qui a besoin de tendresse et de sécurité autour de lui. Il fonctionne avec des sensations agréables et désagréables devant les objets qui l'entourent. Le rapport direct avec les objets est important. Il est alors nécessaire d'aménager l'espace où se passe la formation, en fonction de ces caractéristiques.

L'ambiance émotionnelle de la formation va faciliter ou bloquer la relation pédagogique. S'adapter à chaque individu, c'est aussi s'adapter à la structure émotionnelle de son intelligence. Le sujet social, aime l'opposition pour comprendre et la confusion est sa première démarche. Il pourra suivre un modèle comme accepter la confusion, l'opposition, la dépendance, ou une démarche de recherche. Cela peut être très utile pour une pédagogie efficace.

Les approches fondées sur les théories des traits de personnalité

La personne peut se définir comme les caractéristiques et les manières de se comporter, qui déterminent comment l'individu s'adapte à son environnement. Un trait de personnalité se définit, comme un aspect durable du comportement d'une personne stable, dans une grande variété de contextes et de situations. Les différences de personnalité semblent indéfinies dans leur nature ; cependant des chercheurs ont essayé de déterminer des invariants, des éléments communs à chaque individu.

Les 6 traits spécifiques de personnalité importants à repérer chez l'apprenant, pour une pédagogie efficace sont : le style cognitif, le degré de conformisme et de créativité, l'image de soi, l'anxiété, la motivation et les valeurs. Concernant le style cognitif on peut dire que le style cognitif du sujet social influence sa manière d'apprendre et a des conséquences sur ses capacités intellectuelles. Le formateur a lui aussi son propre style cognitif, qui s'accorde plus ou moins bien au style de l'adulte en formation. Etre lucide sur son style et celui du sujet social en formation est décisif pour la réussite du stage ou de la formation.

Concernant le degré de conformisme et de créativité, le formateur doit gérer les deux à la fois. Lorsqu'il souhaite amener tous les étudiants à acquérir des contenus de savoirs identiques, il leur demande alors de développer des attitudes conformistes. Lorsqu'il veut mettre en valeur les compétences de chacun, il fait appel à leur créativité propre. Des occasions de libre expression sont suscitées par le formateur, pour développer la créativité. Certaines règles sont proposées : décomposition du problème en étapes coordonnées, multiplication et vérification d'hypothèses de solution, espace de liberté donnée à l'imagination. Les attitudes souvent anticonformistes de la personne créatrice sont des éléments positifs qui peuvent enrichir, non seulement le formé lui-même, et aussi favoriser la dynamique de groupe. Au formateur de trouver l'équilibre nécessaire, pour que chacun développe ses possibilités propres à l'intérieur du groupe.

Concernant l'image que le sujet social se fait de lui-même, on peut dire qu'il se découvre, s'apprécie, se renie à travers le regard des autres. L'image de soi est donc mouvante et toujours en construction durant la formation. L'image de soi positive est importante pour un adulte. Il a plus de mal à accepter une mauvaise image de soi étant enfant et quand ça lui arrive, durant la formation, il devient anxieux. Le formateur veille, à ce que chacun présente une image positive aux autres et l'amène à se regarder, à parler de lui d'une autre manière, à mettre en évidence ce qu'il a fait de positif afin qu'il ne se bloque pas sur un échec.

Concernant le degré d'anxiété de l'adulte en formation, on peut dire que l'anxiété est une tendance naturelle chez tout individu. Il peut être parfois anxieux sans savoir pourquoi et la formation est souvent génératrice de stress. Elle entraîne souvent un manque de confiance en soi, des attitudes d'agressivité envers autrui ou du repli sur soi. Un formateur qui rencontre un étudiant agressif en retrait, sait qu'il a sans doute devant lui un anxieux. Il convient d'avoir une méthode pédagogique qui rassure. Des formés trop dépourvus d'anxiété tendent à ne pas prendre leur activité au sérieux.

Concernant le type et degré de motivation, l'activité est toujours dictée par un besoin et toute action consiste à attendre la fin qui nous importe à un moment donné. La motivation, est la clef de l'apprentissage : elle dépend des besoins ressentis et des buts que la personne poursuit prioritairement.

Maslow (1970) a construit une échelle qui intègre les besoins humains selon la hiérarchie suivante, considérant que la satisfaction du premier est nécessaire pour atteindre le second :

- ✓ Besoins primaires, physiologiques : manger boire, dormir etc. ;
- ✓ Besoins de sécurité au niveau physique, économique et psychologique ;
- ✓ Besoins de contacts sociaux, pour être intégré dans un groupe afin de ne pas ressentir l'indifférence. Ils s'appuient sur le sentiment d'appartenance (culturelle, sociale) ;
- ✓ Besoins de considération en tant que personne unique et singulière.

Cela concerne le besoin d'accomplissement et de réalisation de soi. C'est l'envie d'être gagnant, d'être utile pour soi et les autres, de laisser une trace. Il pousse l'individu à se dépasser, à relever des défis. Ceux qui éprouvent ce vif besoin trouvent moins leurs récompenses dans des gratifications extérieures, que dans leur propre satisfaction. Besoins spirituels d'adhésion à des valeurs au-delà de la personne.

Vroom (1982) se situe dans la tendance cognitive. Il utilise la notion de processus VIE : Valence, Instrumentalité, et Expectation. La valence signifie que la personne est prête à faire des efforts si les récompenses qu'elle obtient ont de la valeur pour elle. L'instrumentalité est bonne, si la personne pense que l'action demandée est un moyen efficace pour atteindre ses fins, c'est-à-dire qu'elle sera motivée à agir si cette action lui permet d'atteindre ce qu'elle veut obtenir. L'expectation est bonne si la personne a une bonne adéquation entre ses expériences et ses possibilités, l'effort est à sa mesure.

Concernant le système de valeurs de l'apprenant, elles ont des origines affectives profondes et relèvent peu du raisonnement intellectuel. Ces valeurs concernent souvent les matières à enseigner. Par exemple, l'informatique est un magnifique progrès ou un système qui déshumanise les relations entre les personnes, etc. Le formateur a tout intérêt à réfléchir aux valeurs qui peuvent être associés à son enseignement, et tenir compte des valeurs de ses étudiants, pour voir s'il y a correspondance ou opposition avec les valeurs de son enseignement.

En conclusion, on peut dire que les adultes en formation ont une série de besoins à satisfaire. Il est plus facile alors de favoriser l'apprentissage, lorsque le formateur les prend en compte. Au delà d'une base commune, les besoins des étudiants sont différents selon chaque personne. Ils sont complexes et s'imbriquent les uns dans les autres. La motivation à se former est d'autant plus grande que le processus Valence, Instrumentalité, Expectation est respecté.

L'approche humaniste de Carl Rogers

L'approche humaniste de Rogers (1951, 1961) s'oppose aux behavioristes car elle estime qu'en ne tenant compte que des comportements directement observables, on néglige de considérer la personne comme un tout. On néglige de tenir compte, d'aspects humains capitaux comme les besoins, les valeurs, les sentiments, les aspirations. On oublie que la personne constitue un tout original donc chaque composante interagit avec les autres et ne rend sa véritable signification que dans ce contexte.

Le rôle du pédagogue est celui d'un facilitateur, accompagnateur qui donne à la personne en formation l'occasion d'être responsable. Face au groupe, le pédagogue ne doit pas confondre non

directivité et non intervention. Dans la, non directivité, le facilitateur est centré sur le groupe. Il aide celui-ci à mieux se comprendre et, de ce fait, à progresser et à apprendre.

Dans la pratique pédagogique de cette théorie, le formateur n'applique pas une pédagogie à laquelle il a été initié, mais découvre de lui-même ce qu'il doit faire, compte tenu de sa personnalité. Il instaure dès le départ, un dialogue avec les étudiants, négocie avec eux des objectifs à poursuivre et informe des ressources disponibles.

Il se présente comme une personne ressource, prêt à aider à résoudre les problèmes perçus, à identifier les savoirs et les savoir-faire, nécessaires pour y arriver et choisir les méthodes de travail adéquates. La méthode d'évaluation, pour vérifier si les objectifs sont atteints, fait l'objet d'une négociation. Au cours de ce processus interactif, le formateur continue à agir en miroir, renvoyant à l'étudiant les questions que celui-ci se pose.

L'approche de Carl Rogers peut se résumer en 3 mots clés :

- a) Congruence : c'est à dire, accord avec soi même et authenticité ;
- b) Considération : attention, positive à l'autre, sans préjudice ni interprétation hâtive ;
- c) Empathie : comprendre le cheminement intérieur de l'autre.

On peut dire finalement que, pour Rogers (1961), l'authenticité et l'empathie du formateur, vis-à-vis du groupe, accroît son efficacité. Le formateur efficace favorise une ambiance de liberté et de compréhension mutuelle pour que le participant puisse développer des sentiments positifs envers lui-même et les autres. Il instaure un dialogue, négocie les objectifs à poursuivre, et les informe des ressources disponibles. Il se présente comme une personne ressource, prête à identifier les savoir-faire nécessaires et choisir les méthodes de travail adéquates.

L'apprentissage est facilité lorsque l'apprenant détient une part de responsabilité dans les méthodes pédagogiques. Un enseignement qui engage la personne toute entière, c'est-à-dire, un enseignement qui met en jeu l'intelligence mais aussi les sentiments (peur, joie, espérance), est celui qui est retenu le plus longtemps.

L'Analyse Transactionnelle d'Eric Berne

L'analyse transactionnelle a été proposée par Berne (1961) dans les années 60. C'est une approche qui permet de mieux comprendre la communication que nous établissons avec les autres. Elle nous aide aussi à mieux saisir les conséquences de notre comportement sur notre interlocuteur dans nos relations inter-personnelles.

Eric Berne a repéré 3 modes spécifiques pour entrer en relation avec les autres (dites transactions) :

- a) Les transactions par la loi et l'aide, dit état Parent ;
- b) Les transactions par les faits, l'expérimentation, l'écoute et l'interprétation, dit état adulte ;
- c) Les transactions par le ressenti, le vécu, dit état enfant.

Le formateur sait que les comportements des participants sont, en partie, déclenchés par son propre comportement. Quand un formateur est gêné par un étudiant, ayant un regard négatif envers lui-

même, l'analyse transactionnelle lui donne les moyens de découvrir quel comportement il a pu avoir et a pu déclencher cette attitude négative.

Il s'agit, soit du comportement du parent négatif, soit celui de l'enfant négatif, soit une présence trop faible de comportement adulte. Une pédagogie efficace se fonde sur des comportements inspirés de ceux du parent, de l'enfant et de l'adulte positif, en dose judicieuse selon l'enseignement et les objectifs poursuivis.

La Programmation Neurolinguistique de Bandler et Grinder

Bandler et Grinder (1979) ont formé une équipe de chercheurs avec pour objectif d'étudier ce qu'ils appellent, l'excellence dans la communication inter-personnelle. Pour ces auteurs, l'excellence est synonyme d'efficacité. Leur démarche psychologique étant davantage préoccupé du comment, que du pourquoi d'un comportement d'une émotion ou d'une stratégie. Les premiers résultats démontrent la mise en évidence de constantes présentes dans toute communication efficace.

On peut dire que le formateur applique la méthode de Programmation Neurolinguistique (PNL), pour mieux communiquer avec les participants et mieux s'adapter à leur modèle de communication. Le formateur se synchronise avec eux, pour établir un rapport de bonne communication. Le formateur utilise le même canal que ses étudiants.

Le formateur se met en congruence avec ce qu'il dit, et pratique l'ancrage visuel, auditif ou kinesthésique, pour montrer son écoute attentive. Le formateur utilise une stratégie pédagogique sur la base d'objectif pour définir ses objectifs pédagogiques. Le formateur pose les bonnes questions à l'apprenant pour l'aider à trouver une stratégie d'objectifs efficaces.

L'approche de l'Intelligence émotionnelle

Historiquement, l'intelligence a été associée à la performance dans les tests de Quotient d'Intelligence (QI). Au cours des dernières décennies, cependant, on a compris que les tests QI ne captent qu'un seul type d'intelligence : l'intelligence rationnelle ou mathématique. Gardner (1983) a identifié 7 types d'intelligences alternatives, mais il a indiqué qu'elles peuvent être classées suivant des capacités variées. Goleman (1996) a affirmé que cette perspective plus large, intégrant une multitude de talents, fournit une image plus riche des capacités et du potentiel des individus. Les intelligences multiples peuvent être réunies en trois groupes :

1. l'intelligence rationnelle, décrivant les aptitudes verbales et mathématiques ;
2. l'intelligence concrète, liée à la manipulation d'objets ;
3. l'intelligence sociale, démontrant la compréhension et la relation avec les autres.

L'intelligence émotionnelle a ses racines dans les intelligences sociales proposés par Thorndyke (1928), qui a le premier mis l'accent sur l'importance des interactions et des relations humaines. Il a conclu que l'intelligence sociale, était la clé du succès dans les pratiques de la vie. Dans les intelligences sociales, Gardner (1993) distingue 2 types d'intelligences personnelles : (a) inter-personnelle et (b) intra-personnelle.

L'intelligence inter-personnelle est démontrée par la capacité à comprendre les autres et de bien travailler en collaboration avec eux. L'intelligence intra-personnelle signifie d'être capable de former une image précise de soi-même et de l'utiliser pour opérer avec succès dans la vie avec les autres. Cette dernière comprend aussi la capacité d'être conscient de soi, de reconnaître ses propres sentiments et à les prendre en compte dans le comportement social. Selon Goleman (1996), il y a 4 compétences distinctes au sein de l'intelligence inter-personnelle :

1. organiser des groupes ;
2. négocier des solutions ;
3. faire des liens personnels ;
4. s'engager dans l'analyse sociale.

Les personnes qui possèdent ces compétences peuvent établir facilement des relations avec les autres, lire les sentiments et les réactions d'autres personnes, et les gérer avec succès. L'importance de l'intelligence sociale, mentionnée ci-dessus, est également perceptible dans la définition d'Intelligence émotionnelle proposée par Freshman et Rubino (2002) : « Les compétences intra-personnelles et inter-personnelles se manifestent dans les domaines de la conscience de soi, l'auto-régulation, l'auto-motivation, la conscience sociale et les compétences sociales ».

Mayer et Salovey (1993) sont plus explicites quand ils définissent l'Intelligence émotionnelle, car ils indiquent que cela comprend l'évaluation verbale, non-verbale et l'expression des émotions, leur contrôle et leur utilisation dans la résolution de problèmes. En outre, il est affirmé que l'Intelligence émotionnelle contribue de manière significative à la performance attribuée aux capacités cognitives, associées à l'intelligence générale (Strickland, 2000, Lam et Kirby, 2002).

Lam et Kirby (2002) ont créé l'Indice d'Intelligence Emotionnelle Multifactorielle (IEM) et montrent que l'Intelligence émotionnelle augmente la performance au-delà de celle attribuée à l'intelligence générale. Cet outil intègre trois capacités d'Intelligence émotionnelle : (a) la perception ; (b) la compréhension et (c) les émotions de régulation. Ces auteurs ont conclu que les compétences d'Intelligence émotionnelle améliorent la performance cognitive et, d'après leur échantillon, ils peuvent avancer que celle-ci présente un avantage indéniable.

D'autres auteurs, comme Schutte et al. (2001) par exemple, ont également étudié la valeur additionnelle amenée par l'Intelligence émotionnelle, en reconnaissant que ces personnes ont des meilleures compétences interactives et sont plus agiles dans les relations coopératives. Strickland (2000) affirme que l'Intelligence émotionnelle est deux fois plus importante que le QI et les compétences techniques combinées.

Goleman (1998) a adapté le modèle de base de Salovey et Mayer (1990) pour présenter 5 compétences émotionnelles et sociales :

1. la conscience de soi ;
2. l'auto-régulation ;
3. la motivation ;
4. l'empathie ;
5. les aptitudes sociales.

La conscience de soi c'est la capacité à comprendre et interpréter ses propres sentiments à travers une réflexion interne. La capacité d'être critique sur ses pensées et apporter des modifications au

comportement ce qui peut conduire à une compréhension en profondeur sur soi-même et donc à une meilleure compréhension des autres. Lanser (2000) souligne l'importance de la conscience de soi dans l'orientation, le perfectionnement, la performance au travail, les interactions avec les collègues, la mise en place d'un leadership positif et productif et le travail d'équipe. Les membres de l'équipe doivent être conscients de leurs sentiments, car ils peuvent avoir des émotions incontrôlées qui vont avoir un impact sur la dynamique et la culture de l'équipe. Cherniss (1998) souligne que les membres de l'équipe sont plus efficaces quand ils ont confiance en soi, ce qui est le reflet de leur propre capacité à contrôler leurs émotions.

L'autorégulation est la capacité à réguler les émotions pendant les conflits, la pression, le stress et les délais. Cela facilite le bon déroulement d'un projet et favorise des relations de travail positives et efficaces avec les autres membres de l'équipe et les clients. Goleman (1998) explique que la gestion des émotions aide à la réalisation de l'objectif visé.

La motivation signifie, être capable de motiver les membres de son équipe à donner le meilleur d'eux-mêmes. Les professionnels s'impliquent dans un projet s'ils se sentent soutenus, accompagnés et inspirés. Un travail d'équipe réussi exige de la motivation intrinsèque et de la persévérance. Les membres de l'équipe sont responsables de leur propre motivation, et jouent un rôle clé dans la motivation de leurs collègues.

Pour Goleman (1998), l'empathie permet de comprendre et d'interpréter les sentiments des autres. Cela signifie être en mesure d'identifier leurs sentiments à travers la compréhension de leur point de vue et de cultiver des liens avec des individus de différents horizons. Être en empathie signifie avoir une prise de conscience de la diversité des personnalités et accepter cette diversité des personnes. C'est aussi être conscient de l'impact que les différentes cultures peuvent avoir sur les interactions au sein d'un environnement d'équipe. Goleman (2005) définit l'empathie comme la «capacité de voir le monde du point de vue d'une autre personne».

Les compétences sociales, sont essentielles pour le développement de relations positives et efficaces avec des collègues. Elles se manifestent par la capacité d'interagir avec les membres de l'équipe dans la prévention des conflits, notamment dans la dissipation des tensions sous-jacentes qui peuvent s'accumuler et avoir un impact négatif sur les relations de travail. Pour Goleman (1998), les membres de l'équipe doivent être en mesure de stimuler la coopération, la collaboration et le travail en équipe, grâce aux compétences sociales.

Goleman (1996) suggère que lorsque les individus se réunissent pour collaborer et travailler ensemble, ils créent un QI pour le groupe, c'est-à-dire « la somme des talents et des compétences de tous les acteurs ». Il précise, cependant, que l'élément le plus important dans l'intelligence de groupe n'est pas le QI du groupe au sens propre, mais plutôt en termes d'intelligence émotionnelle. Evans (2001) estime également que l'action intelligente résulte d'un mélange qui est utile à la fois à la raison et l'émotion.

Au niveau de l'enseignement supérieur, les adultes en formation devraient pouvoir développer des compétences professionnelles dans le cadre même des études. Des compétences telles que la résolution de problèmes, le sens de la communication, l'esprit de collaboration, les relations interpersonnelles, les compétences sociales et la gestion du temps, ciblé par les employeurs potentiels. On mentionne fréquemment la collaboration et le travail d'équipe comme une compétence essentielle,

indispensable dans presque tous les environnements de travail.

3.4. Les approches centrées sur le fonctionnement des groupes

Toute formation se fait, en général, en groupe. Il est donc naturel que certains auteurs s'intéressent aux lois de fonctionnement des groupes pour comprendre comment elles peuvent influencer l'apprentissage des individus. Cette approche a donné naissance à de nombreux dispositifs de formation d'apprentissage et de thérapie dont nous pouvons citer entre autres :

- a) la dynamique de groupe ;
- b) les groupes de diagnostic ;
- c) les groupes de créativité.

Elle a marqué de manière définitive toutes les méthodes pédagogiques modernes, qui visent à utiliser les phénomènes de groupe comme moyen d'amélioration de l'apprentissage. Un groupe et en particulier, un groupe en apprentissage, peut créer un lien d'énergie fort voire même parfois violent. Le climat plat et souvent silencieux du début des formations ne fait que cacher les futures passions positives et négatives qui feront jour. Le formateur qui connaît les pièges de la vie de groupe et les ressorts qui le dynamisent, en tient compte dans son approche pédagogique, cela multiplie immédiatement son efficacité.

L'individu est prisonnier des rôles qu'il est amené à prendre dans son milieu professionnel, et dans sa vie en général. Le jeu dramatique ou jeux de rôle, peut lui donner l'occasion de libérer des émotions et des sentiments qui ne peuvent plus s'exprimer du fait de ses rôles sociaux rigides. Le formateur doit alors chercher des méthodes pédagogiques, qui permettent aux individus d'exprimer leurs émotions au travers de supports adaptés à la situation en question. Dans ce domaine, les jeux de rôles sont particulièrement adaptés et efficaces. Il s'agit d'improviser une scène à partir d'une situation précise. C'est en jouant les situations que les participants parviennent à mieux repérer leurs difficultés.

Lewin (1951) avance la notion de dynamique de groupe. Il a inventé le concept de « action research » ou « recherche action », pour signifier une recherche s'effectuant dans l'action de changement opérée sur la réalité humaine. Cet auteur étudie le comportement de l'individu par rapport à la configuration générale de son espace de vie ou champ psychologique. Tel être est perçu comme un obstacle, telle idée comme un but, telle situation comme un danger à éviter. Tout groupe est un champ de forces contradictoires et source de blocage ou de dynamisme. Pour Lewin (1951) un groupe est semblable à un champ de force en équilibre, les individus interagissent s'attirent et se repoussent. Bref, mettent en jeu des forces dynamiques qui s'équilibrent.

Si on souhaite faire évoluer un groupe, deux possibilités se présentent. On peut faire intervenir une force extérieure, qui va conduire à une redistribution interne des forces du groupe. Soit faire intervenir des forces intérieures du groupe, en vue d'introduire plus de souplesse et de plasticité pour le faire évoluer de lui-même dans la direction souhaitée. Diminuer la résistance interne de chacun par la libre parole dans le groupe. Pour Lewin (1951), c'est la condition de tout changement et aussi de tout apprentissage.

Bion (1961) a porté des développements décisifs à la psychanalyse groupale dont Freud avait amorcé les bases. Cet auteur, abouti a deux énoncés fondamentaux. Le comportement d'un groupe s'effectue à deux niveaux : celui de la tâche commune et celui des émotions communes. Le premier est rationnel et conscient, le deuxième est inconscient affectif et fantasmatique.

Tout groupe a une organisation officielle, un responsable, des fonctions entre les membres, un programme de travail, des objectifs, des règles de fonctionnement. En même temps que cette organisation officielle, le groupe vit consciemment et inconsciemment une autre organisation qui est cachée, dite informelle. Cette approche insiste sur l'importance de ces relations inter-personnelles informelles en montrant quelles ont une incidence décisive sur l'efficacité du travail en groupe. Cette organisation informelle a pour objectif de maintenir par un système d'évaluation interne, un modèle de comportement collectif destiné à protéger le groupe lui-même, contre les pressions de l'extérieur et les changements.

Anzieu (1999) précise que pour parler de dynamique de groupe, il faut que l'ensemble des individus puissent représenter un nombre suffisamment représentatif, pour que des communications explicites et des perceptions réciproques dans la poursuite de buts communs puissent opérer. Sinon, on ne peut parler de groupe et toutes les lois du groupe ne peuvent pas jouer. Anzieu (1999), a développé le concept de l'illusion groupale. Le groupe a peur de ses conflits internes, et rêve d'une vie idéale de groupe ou chacun s'identifie à tous sans différences. Ce phénomène d'illusion groupale peut amener le groupe à ne pas progresser pour éviter tout conflit, alors que les désaccords selon Anzieu (1999), aident à la progression vers un but donné.

Pagès (1968) formule l'hypothèse d'un lien positif immédiat à l'intérieur de tout groupe accompagné d'un rêve d'entente parfaite et de fusion sans conflit. Selon lui le lien positif immédiat entre les membres d'un groupe n'est pas inséparable de l'expérience de l'angoisse. C'est leur situation commune d'être angoissé qui lie les individus entre eux et crée ainsi une solidarité objective. Le lien est une défense objective contre l'angoisse. C'est leur situation commune d'être angoissée, qui lie les individus entre eux et crée ainsi une solidarité objective.

3.5. Les approches fondées sur les sciences de l'information

La contribution de la Cybernétique

Dès les années 50, certains pédagogues ont démontré l'intérêt d'utiliser les découvertes des sciences de l'information pour améliorer leur efficacité pédagogique. L'idée de recréer un cerveau artificiel pour aider le cerveau réel, n'a pas fini de porter ses fruits. C'est l'origine de ce que l'on a pu appeler la pédagogie cybernétique. L'intelligence artificielle et les systèmes experts, se disent être des machines, des robots qui ont pour ambition d'imiter la vie. Paradoxalement la machine va permettre une meilleure autonomie de l'apprenant, et une prise de responsabilité sur son enseignement.

La cybernétique est la science de l'action, orientée vers un but. Elle est fondée sur l'étude des processus de contrôle de pilotage et de communication, deux éléments décisifs de la pédagogie. Wiener (1948) avance le concept de cybernétique avec son ouvrage « Cybernetics ». Ce livre va être à l'origine de ce que l'on a appelé la science des robots, ces machines qui s'efforcent d'imiter la vie : pilotage automatique de l'avion, projectile autoguidé, automates. C'est l'étude des fonctions

cérébrales supérieures dont le prototype est l'intelligence, qui va mobiliser toute l'énergie des cybernéticiens. Le courant de l'intelligence artificielle est né. Il s'agit d'inventer des machines qui simulent l'intelligence humaine.

Les systèmes experts, correspondent à la première application vraiment opérationnelle de cette recherche. Ces outils servent à remplacer un expert dans un domaine précis, pour enseigner des personnes non expérimentés dans ce domaine. Les systèmes experts, sont particulièrement bien adaptés pour la résolution de certains types de problèmes où : (1) l'on dispose d'une grande quantité de connaissances ; (2) cet ensemble de connaissances n'est pas figé mais évolutif ; (3) ces connaissances sont souvent incertaines et incomplètes ; (4) ces connaissances sont du type plutôt heuristique.

Pour comprendre l'expression pédagogie cybernétique, il faut se tourner vers la cybernétique elle-même. Et il suffit que soit rappelé ici son créateur Wiener(1948) qui l'a définie comme étant la science du contrôle et de la communication dans l'animal et la machine. On voit immédiatement que les 2 pôles de la cybernétique, à savoir, le contrôle et la communication, sont présents dans l'acte pédagogique. Par définition même, l'objet de la pédagogie, est de transmettre des informations d'un système enseignant à un système apprenant. Ce processus de communication est encadré d'un certain contrôle (discipline, évaluations, etc.).

Les deux éléments, communication et contrôle, étant des parties, intégrantes de l'acte pédagogique, on peut dire que toute pédagogie, est par définition, d'essence cybernétique. Mais il faut ajouter à cet élément nouveau, que plus ces éléments seront élaborés et efficaces et plus clair sera le caractère cybernétique de la pédagogie. Ce qui conduit en pratique à réserver l'expression pédagogique à des secteurs nouveaux de la pédagogie. Grâce à l'emploi des machines, les moyens de communication et de contrôle ont vu, au cours de ces dernières années, leur puissance s'accroître, dans des proportions considérables. Cette révolution conduit la rigueur scientifique.

L'entrée de la technique dans le domaine de la pédagogie, est favorisée par des impératifs qui sont bien connus et qui peuvent se résumer en une formule : seul un enseignement individuel peut être totalement efficace. Avec une participation active du sujet au processus d'apprentissage, en effet, l'apprenant est constamment informé de ses succès et de ses échecs. On obtient ce que les behavioristes appellent le renforcement des comportements corrects, au détriment de comportements aberrants. Le sujet est libre de progresser au rythme qui correspond à ses capacités.

L'utilisation des machines, suppose une présentation du contenu de manière claire et explicite afin de n'avoir besoin d'aucune intervention verbale extérieure. Une organisation du contenu, permet à l'apprenant d'assimiler facilement les informations. Cette présentation, telle qu'elle est réalisée dans la pédagogie cybernétique, se centre d'emblée sur le sujet enseigné, en lui permettant de suivre son propre rythme.

La pédagogie cybernétique pense que l'individu ne peut pas apprendre, sans acquérir la conscience du savoir. Cette démarche implique, que l'adulte en formation, règle lui-même son action de formation et qu'il se contrôle également. Ce processus permet de faire perdre au contrôle, son aspect coercitif pour développer un véritable moyen de vérifier l'action accomplie.

L'individu, débarrassé de l'idée de réussir à tout prix, se place davantage dans une attitude de chercheur, grâce à laquelle les connaissances actives s'inscrivent dans un contexte de motivations durables. La pédagogie cybernétique vise d'avantage la compréhension, que la mémorisation. Afin de tendre vers cet objectif, deux principes sont mis en avant. La mécanisation est plus efficace que l'intervention directe d'un formateur. D'autre part, la non directivité permet à l'étudiant d'apprendre sans avoir à fonctionner dans la dépendance d'un enseignant.

L'approche systémique de l'école de Palo Alto

L'autre grande découverte des sciences de l'information, concerne ce qu'il a été convenu d'appeler l'analyse des systèmes ou approche systémique. Les pédagogues ont compris comment prendre en compte tout le contexte de la formation, en appréhendant de façon plus complexe et plus systématique les multiples composants de l'acte pédagogique.

L'école de Palo Alto est une dénomination servant à désigner un groupe de chercheurs dont les travaux se sont orientés dans trois domaines de recherche : la communication, une méthodologie du changement, et une pratique thérapeutique. Ce qui fait la singularité de ces chercheurs, c'est leur référence commune à la démarche systémique. Gregory Bateson est son principal représentant (in Marc et Picard, 1984).

Cette approche a été bénéfique pour mettre en lumière et dénoncer les incohérences dont souffrent de nombreuses actions de formation. L'approche systémique, nous propose des solutions pour une meilleure cohérence de l'acte pédagogique. Cette approche aborde tout problème comme un ensemble d'éléments en interrelations mutuelles. Un système se définit comme un ensemble d'éléments considérés dans leurs relations, à l'intérieur d'un tout fonctionnant de manière unitaire. C'est aussi un ensemble de procédés et de pratiques organisées ou institutionnalisées, destinées à assurer une fonction définie. C'est aussi un ensemble de moyens interdépendants les uns des autres pour obtenir un résultat.

Tout système est défini, par ses composantes c'est-à-dire à la fois par ses éléments constitutifs et par leur interactions. Dans une situation de formation, on retrouve un certain nombre de composantes permanentes : le produit, l'entrée et l'environnement. L'intégration de l'information déclenche des modifications dans leurs représentations. L'ensemble de ces informations permettent également au formateur de vérifier à différents moments de sa démarche, s'il a atteint les résultats escomptés. L'évaluation en tant que tel, portera sur les compétences acquises par les étudiants, sur l'efficacité du dispositif de formation ou sur son adéquation aux objectifs poursuivis. Un système de formation détermine son identité éducative par la préférence qu'il donne à une ou plusieurs variables de son environnement.

Ces variables, deviennent ainsi les variables régulatrices du système et le point de départ pour la définition des autres variables. Les variables régulatrices caractérisent le système. Elles informent sur les finalités et les valeurs qui sont privilégiées par le système. On connaît donc son identité éducative, par la préférence qu'il accorde à une ou plusieurs variables. Par exemple, une pédagogie technologique est centrée sur les outils employés, et une pédagogie active est centrée sur les méthodes utilisées.

Entrée et sortie, correspondent à deux rapports privilégiés de la situation de formation, avec son environnement. Elles induisent que les systèmes de formation sont ouverts sur leur environnement. Ce sont les acteurs, les ressources et les contraintes de la stratégie. Les formateurs et les apprenants en interaction sont les principaux acteurs de tout système de formation. D'autres personnes peuvent les influencer par exemple le manager, ou encore un autre formateur ayant formé le formateur en exercice. Toute action de formation, peut être décrite de cette manière prenant en compte tous les éléments de l'action de formation, et situant les pédagogies utilisées dans le système de formation. L'approche systémique est un puissant moyen pour renforcer la cohérence des méthodologies pédagogiques utilisées dans l'ensemble du système.

II. ENQUETE DE TERRAIN

4. Démarche méthodologique et contexte de l'étude

4.1. Méthodologie

Après avoir revu l'encadrement théorique et l'état actuel des débats sur les situations de crise à l'hôpital, ainsi que les principales approches théoriques des apprentissages, dont le but était de créer une rupture épistémologique avec mes propres représentations, il me semble primordial, à ce stade, de me confronter à la réalité du terrain. Je vais préciser le choix de la méthodologie envisagée, les modalités de mise en œuvre, l'échantillon retenu et le lieu de l'enquête. La présentation des limites et des biais se fera dans un deuxième temps une fois l'enquête réalisée.

Ma démarche de recherche s'inscrit dans une approche empirique, compréhensive et qualitative. C'est une étude exploratoire car mon objet de recherche sur l'apprenance en situation de crise est relativement nouveau. Je m'inscris dans une approche qualitative à dimension ethnographique, fondée sur l'analyse des données de terrain.

Au niveau des outils de l'enquête, j'ai décidé de privilégier une approche qualitative basée sur des entretiens semi-directifs, favorisant un recueil de données au plus près de la réalité et des acteurs concernés. J'ai construit un guide d'entretien avec une première partie de l'entretien décrivant le parcours professionnel et de formation et une deuxième partie abordant les processus d'apprentissage en situation de crise. Le guide d'entretien initial, qui se présentait sous forme de questions ouvertes (cf. annexe n°1), a évolué par la suite sous la forme de thèmes et de sous-thèmes (cf. annexe n°2). J'ai fait le choix d'utiliser le même guide d'entretien pour tous les professionnels interrogés.

L'approche compréhensive me semble appropriée pour investir ce sujet sensible⁸. Elle permet, entre autres, d'aborder les professionnels interrogés en privilégiant une écoute active. Sur le terrain hospitalier où l'approche éthique et déontologique fait partie intégrante des règles professionnelles et du code de la santé publique, le chercheur doit tenir compte du respect du secret professionnel et de la confidentialité des données. J'ai prité en compte ces aspects lorsque le professionnel me l'a exprimé ou si je l'ai constaté⁹.

La période de l'enquête s'est déroulée de février 2014 à juin 2014 sur une durée de 5 mois, en continu. L'enquête exploratoire a eut lieu en février, puis s'est suivi des entretiens en milieu hospitalier (infirmiers et cadres) sur la période de mars, avril et mai 2014. Dans une deuxième phase, j'ai mené des entretiens complémentaires auprès d'experts dans le domaine de la formation. Ces entretiens se sont déroulés sur la période de mai et juin 2014.

Pour mener cette enquête de terrain, j'ai ciblé la population qui semble être la plus concernée par la gestion des situations de crise à l'hôpital. D'abord les infirmiers qui sont au plus près des patients et qui sont présents aux premiers instants de l'émergence de ces situations. Puis les Cadres de Santé qui

⁸ En référence à Carl Rogers.

⁹ La procédure de demande d'autorisation de l'enquête est présentée à chaque entretien pour assurer la fiabilité et la transparence de cette enquête.

sont amenés à faire un encadrement de proximité des équipes soignantes en termes de coordination, collaboration et de veiller à ce que les informations circulent au plus près des événements. Les cadres de santé sont là pour mettre en lien les différents acteurs de l'organisation hospitalière. Leur vision globale de l'organisation et des procédures à suivre, de la connaissance de la hiérarchie, des acteurs à contacter en font des personnes ressources prêtes à gérer n'importe quel imprévu et à prendre les responsabilités qui s'imposent. Ce sont aussi les premières personnes à être averties en cas de situation complexe et d'en référer à leur hiérarchie. L'équipe d'encadrement est donc un canal de communication ascendante stratégique pour l'organisation hospitalière¹⁰.

J'ai prévu dans un deuxième temps de mener des entretiens supplémentaires auprès d'experts, essentiellement dans le domaine de la formation initiale ou diplômante, afin d'approfondir l'analyse du recueil de données et le contexte de cette recherche (le rapport au savoir des adultes en formation).

La préparation du lieu d'entretien est un élément fondamental. J'ai pu négocier avec le cadre de santé du service afin d'avoir un bureau à disposition et mener les entretiens dans de bonnes conditions. Un lieu au calme, dans un endroit confiné, porte fermée en précisant à l'équipe que nous sommes en entretien. Un bureau distinct de l'unité de soin me semblait important pour éloigner mentalement le professionnel interrogé de l'activité incessante. Pour les experts, cette volonté de choisir une pièce où l'on puisse privilégier cette communication inter-personnelle m'a semblé aussi une priorité. Que ce soit en milieu hospitalier ou extrahospitalier, cette organisation a pu se mettre en place sans difficultés.

L'enquête exploratoire s'est effectuée dans un grand établissement hospitalier de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans un service de Rhumatologie. J'ai pris rendez-vous avec une cadre de santé dont la mission de formation concerne en priorité l'encadrement des étudiants dans ce service, de l'accueil à l'évaluation. Elle s'occupe également de l'intégration et la formation des nouveaux professionnels. L'entretien a permis d'échanger et de voir les pistes d'exploration possibles du sujet, de tester les principales questions à clarifier et voir les possibilités de demande d'autorisation pour une éventuelle enquête. Il s'agissait d'exploiter le contexte du lieu d'étude, recueillir les données importantes et tenir compte de la spécificité du service, de l'équipe interrogée et du contexte de l'établissement.

L'entretien a eut lieu en février 2014 sur 2 heures. Le cadre interrogé a accepté la demande d'enquête et m'a proposé d'organiser un planning avec l'identité des infirmiers, l'unité où ils seraient présents, la date de l'entretien et leur statut (Infirmier ou Cadre). Ce cadre de santé m'a proposé une semaine après une liste avec les infirmiers et les cadres du service avec un « accord de principe » pour mener l'enquête.

Après l'accord oral du cadre supérieur quelques jours plus tard, j'ai proposé de lui faire une demande écrite afin de formaliser cette demande d'autorisation d'enquête et la faire suivre si besoin. Cette demande a été transférée directement aux responsables de l'institution par voie interne. Cette première étape a été importante pour favoriser la confiance des professionnels interrogés et garantir la transparence des modalités de l'enquête ainsi que clarifier le cadre réglementaire et éthique à

¹⁰ Les cadres de santé sont au carrefour de l'organisation hospitalière et en même temps intégrés dans les services, ce qui leur permet d'être informés très rapidement et d'agir au plus près dès l'apparition d'une éventuelle situation de crise.

respecter dans le cadre d'une recherche.

Après ce premier entretien exploratoire où j'ai pu explorer en priorité les différents types de situations de crises rencontrés dans ce service, j'ai prévu un entretien avec un autre Cadre et une Infirmière afin de tester le guide d'entretien et continuer à approfondir le sujet sur le domaine des apprentissages. Les premières situations explorées, lors de ces trois entretiens, sont particulièrement intéressantes et riches d'informations. Par exemple l'infirmière interrogée Madame A-S., dit à propos de la canicule de 2003 :

« J'ai vécue la canicule lorsque j'étais étudiante. J'effectuais un stage de 6 semaines en gastro-entérologie dans un hôpital de province. Des Infirmières ont été rappelées en renfort, elles étaient en vacances et arrivaient dans des services qu'elles ne connaissaient pas. C'était une véritable situation de crise ! Il y avait une unité fermée, on l'a ouverte pour accueillir les patients. On m'a demandé d'accueillir et d'accompagner les infirmières qui arrivaient au fur et à mesure dans le service car elles ne connaissaient pas la spécificité du service. Le contexte était particulier, il y avait une vingtaine de morts aux urgences tous les jours et cela sur plusieurs semaines. J'étais affecté, cela crée une espèce de tension. Le matin, on échangeait au moment des transmissions. C'était en quelque sorte de « l'humour noir » sur le nombre de patients décédés la veille. D'un point de vue pratique, la chaleur montait jusqu'à 33° dans les chambres, il n'y avait pas de ventilateurs, il fallait hydrater les patients sans arrêt et les faire boire. La mort était présente dans le service. Je me souviens que le personnel râlait, mais je n'ai pas vu des pleurs, plutôt de l'agacement, de la colère. Il y avait un désir de travailler ensemble en collaboration avec les médecins et l'équipe. Les cadres nous ont soutenus. J'avais l'impression que c'était une véritable situation de crise, une situation exceptionnelle. On ressentait notre impuissance sur certaines situations. L'état de santé des personnes était très avancé, des personnes âgées particulièrement déshydratées. On voyait la solitude des familles, la morgue était pleine, les corps n'étaient pas récupérés par les familles. Cela a mis en évidence l'isolement de certaines personnes. Il m'est resté en tête l'hélicoptère qui n'arrêtait pas de tourner et le nombre de mort annoncés tous les matins lors des transmissions. En terme d'apprentissage, j'ai en mémoire la collaboration infirmière-médecins, et aussi de voir toute l'équipe qui se soutenait, ça m'a touché. Chacun apporte des savoirs, mais on a chacun des limites. Ce n'est pas parce qu'on a des blouses blanches qu'on est protégé de toute émotion. Je n'étais pas préparée à vivre cette situation. J'ai reçu le soutien de mes amis, ma famille et les collègues de travail. On a beaucoup échangé entre collègues sur la situation, c'était douloureux. J'avais observé, un délit des langues. On a besoin d'en parler, l'expression des événements c'est important ».

Le Cadre de Santé interrogé, Madame I., exprime ainsi son vécu lors de la canicule :

« Lors de la canicule, j'étais cadre aux urgences de nuit dans un autre hôpital. Je me souviens encore lorsque le premier patient arrive, on a fait tous les examens pour savoir ce qu'il avait. Au dixième patient, il commençait à avoir des embouteillages dans le couloir. Il y avait des brancards partout, on ne savait pas quoi en faire. On avait une antenne de transfusion sanguine, une salle de disponible car non utilisée la nuit. Elle était climatisée et située aux urgences, on a décidé de l'utiliser pour rafraîchir les patients. On les faisait rentrer par six, car il y avait tout juste la place pour six brancards. Cette prise de décision, c'était à l'initiative des cadres, la salle était vide et n'était pas utilisée. On a eut trois à quatre jours catastrophiques, la morgue débordait. On avait deux à trois décès par nuit, jusqu'à cinq, on les empilait à la morgue. Comment gérer un tel afflux ? On a fait des réunions avec la direction, c'était plus facile surtout en travaillant de nuit. La première semaine c'était la pagaille, car l'argent n'était pas débloqué pour l'achat de matériel, ça c'est débloqué en fin de crise. Dans un deuxième temps on a reçu l'aide des étudiants, des médecins, des intérimaires, mais c'est arrivé trop tard. Sur un pic, c'était une semaine dramatique, quand je suis partie c'était

l'émeute. Quand je suis revenue après quelques jours, les équipes étaient renforcées avec des intérimaires. On ne savait pas quoi faire, il fallait rafraîchir, en même temps hydrater les patients, courir chercher des brancards. Certains services étaient fermés et donc on gardait des patients aux urgences. La canicule c'était une situation de crise majeure, nous avons eut aux urgences beaucoup de témoignages des pompiers ou d'autres collègues avec qui on travaillait. C'était l'incurie générale. Pendant mes études de Cadre, on n'a pas été préparé à ce type de situation. Ce qu'il ne faut pas, c'est paniquer. Je n'ai pas eut d'apports en formation initiale ou continue pour faire face à ces situations. Ce qui m'a aidé peut être, c'est que lorsqu'on est confronté aux situations complexes de la vie, ça peut être aidant. L'organisation peut être aussi aidante. Une organisation qui tourne correctement est plus aidante que si c'est le boxon. On a plus les moyens de réagir. Il faut dans ce type de situations, plus de savoir être, d'intelligence émotionnelle. Il faut arriver à apaiser, à écouter, à doser ».

Suite à ces entretiens exploratoires, une réflexion sur les modalités de l'enquête s'est imposée après plusieurs demandes concernant les contraintes sur les conditions de déroulement des entretiens. Une première demande, provenant d'une jeune professionnelle a été de lui garantir l'anonymat afin que son nom n'apparaisse pas sur la retranscription des données recueillies. J'ai donc décidé, après réflexion, de ne pas présenter le nom de l'établissement, juste la spécialité du service et de maintenir l'anonymat des personnes interrogés en choisissant de les présenter par leur prénom pour garder une approche individuelle, en accord avec le Cadre référent du service. Exceptionnellement sur l'ensemble des 31 entretiens menés, pour répondre à quelques demandes individuelles, je noterai juste l'initiale du nom.

Une deuxième demande, plus ou moins attendue, car le sujet reste quand même sensible, c'est l'impossibilité d'enregistrer les entretiens. Même en expliquant les principes de la recherche, j'ai compris, dès les premiers échanges que le sujet pouvait remettre en cause les compétences des professionnels interrogés et l'image du service ou de l'établissement concerné. Le contexte était d'autant plus particulier que le groupe hospitalier a connu un évènement sensible quelques années auparavant qui avait plongé l'établissement dans un contexte de crise interne profonde¹¹. Ainsi, j'ai privilégié la qualité de la relation de confiance instaurée, l'approche relationnelle, la prise en compte du contexte spécifique du service et du groupe hospitalier. La posture du chercheur est ici primordiale car la qualité des données recueillies est plus riche lorsque la confiance est établie et les modalités de fonctionnement sont éclaircies.

Après les premiers entretiens exploratoires, j'ai fait le point et la perte de données reste très limitée¹². J'utilise souvent la reformulation et le temps de noter provoque des pauses qui se sont révélées importantes car n'étant plus centré pendant un bref moment sur la personne interrogée, le parole est davantage libérée et de nombreuses émotions sont exprimées pendant ces pauses. Cela laisse aussi un temps d'appropriation et de réflexion au professionnel interrogé ce qui lui permet de retrouver des détails importants. Ces pauses ce sont avérées particulièrement bénéfiques dans le sens où elles représentent un espace de communication de libre expression où certaines données plus informelles ont pu émerger.

Le fait d'accorder suffisamment de temps, une heure en moyenne fait que les personnes expriment en

¹¹ Après cet évènement une démarche de remise en cause de tous les services et de tous les professionnels a été engagée, avec la mise en place d'évaluations ponctuelles des professionnels de santé et de formations sur la traçabilité du médicament, les calculs de doses, etc.

¹² J'ai bien prit conscience qu'une partie des informations risquerait de se perdre mais j'en ai pris l'entière responsabilité.

fin d'entretien leur satisfaction d'avoir été écoutés. Certains professionnels n'avaient jamais eut l'occasion de parler de ces situations de crises depuis les événements ce qui a fait apparaître par moment des émotions fortes, un malaise, une expression qui montrait la difficulté toujours présente de parler d'une situation passée.

En conclusion, l'enquête par entretien semi-directif s'est révélé un outil d'enquête adapté à l'exploration des situations de crise à l'hôpital où la parole de l'autre, l'expérience vécue va mettre en évidence le sens donné par les acteurs. Cette méthode permet de se confronter à la réalité vécue par les professionnels interrogés au plus près du terrain. La richesse du recueil de données démontre la pertinence de l'outil et des modalités d'enquête.

4.2. Caractéristiques de la population étudiée

L'enquête de terrain a été menée auprès de 31 professionnels de santé de divers établissements hospitaliers essentiellement dans le secteur public, principalement en Ile de France et effectués sur site. En moyenne les entretiens ont duré entre 1 heure et 1h15. Une partie significative des entretiens (68%) a eut lieu dans un grand établissement de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, en service de Rhumatologie avec 21 entretiens dont 17 Infirmières et 4 Cadres de Santé. Afin de compléter ce premier recueil de donnée effectué en Rhumatologie, il m'a semblé intéressant de me confronter à des professionnels de santé engagés dans le domaine de la formation avec une vision plus distante du terrain hospitalier ou ayant une mission transversale avec 10 entretiens dont 5 cadres et 5 cadres supérieurs. Au total, sur les 31 professionnels, j'ai pu interroger 17 infirmiers et 14 cadres dont 5 cadres supérieurs.

Le tableau 1 présente un récapitulatif des entretiens réalisés dont notamment la trajectoire professionnelle et la trajectoire de formation des 31 personnes interrogées. Chaque personne interviewée est identifiée par son prénom sinon l'initiale du nom pour préserver l'anonymat. Le numéro d'entretien correspond à la chronologie des entretiens réalisés. L'identification des établissements n'est pas spécifiée pour respecter l'anonymat des lieux d'enquête, seules certaines caractéristiques d'ordre général sont conservées pour situer le contexte.

Tableau 1

Récapitulatif des entretiens réalisés : 31 entretiens semi-directifs, 1 observation participante

Hôpital APHP, Service de Rhumatologie, Paris : 21 professionnels interviewés : 17 Infirmiers et 4 Cadres

Entretien N°1 : Madame N.M., 39 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé. Actuellement Cadre de Santé en Rhumatologie depuis 30 ans. A été Cadre de Santé en gériatrie et infirmière 9 ans dans le secteur public.

Entretien N°2 : Madame A-S, 7 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hôpital de jour, en Rhumatologie depuis 7 ans. A fait une mission humanitaire.

Entretien N°3 : Madame I., 38 ans de carrière, DEI, actuellement Cadre de Santé en Rhumatologie depuis 4 ans avec une ancienneté de Cadre de 25 ans. Anciennement Cadre de Santé en orthopédie, urgences, gériatrie, oncologie, pôle ostéoarticulaire et rhumatologie, et infirmière (13 ans en hématologie, fondation de jeunes et psychiatrie) secteur public. Ecriture d'ouvrages pour enfants pendant deux ans.

Entretien N°4 : Madame C.M., 26 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hospitalisation traditionnelle, en Rhumatologie depuis 10 ans. A été infirmière en réanimation, salle de réveil et salle de coronarographie (16 ans) dans le secteur public.

Entretien N°5 : Madame F., 13 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hôpital de semaine, en Rhumatologie depuis 1 an. Anciennement infirmière en orthopédie, chirurgie urologique, médecine, soins palliatifs, en secteur public.

Entretien N°6 : Madame M.D., 6 ans de carrière, DEI, DU de Recherche Clinique en cours, actuellement Infirmière en hospitalisation traditionnelle, en Rhumatologie depuis 4 ans. Anciennement infirmière en Rhumatologie en secteur public.

Entretien N°7 : Madame M.M., 8 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hospitalisation de jour, en Rhumatologie depuis 8 ans.

Entretien N°8 : Madame J.F., 28 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hospitalisation traditionnelle, en Rhumatologie depuis 28 ans.

Entretien N°9 : Madame J.L., 8 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hôpital de jour, en Rhumatologie depuis 6 ans. A été infirmière en gériatrie (1 an) et en réanimation chirurgicale cardiaque (1an).

Entretien N°10 : Madame P.M., 32 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé, actuellement Cadre depuis 10 ans avec une mission de faisant fonction Cadre Supérieur, en Rhumatologie, a été Cadre en gynécologie et aux urgences (12 ans) et infirmière (10 ans en chirurgie cardiaque, chirurgie digestive, obstétrique) en secteur public.

Entretien N°11 : Monsieur A., 28 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmier en hospitalisation traditionnelle, en Rhumatologie depuis 7 ans. Anciennement infirmier dans le secteur privé pendant 10 ans (en orthopédie, urologie, vasculaire et digestif), après 8 ans en tant qu'Infirmier Libéral, puis en médecine interne (13 ans).

Entretien N°12 : Madame M-C., 13 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hôpital de jour, en Rhumatologie depuis 4 ans. A été infirmière dans le secteur privé et public (pool, médecine, long séjour).

Entretien N°13 : Madame D.B., 11 ans de carrière, DEI, Infirmière en hospitalisation de semaine, en Rhumatologie depuis 5 ans. A été infirmière dans le secteur privé et public en médecine interne, néphrologie.

Entretien N°14 : Madame M-T., 34 ans de carrière, Diplôme d'état Psychomotricienne, DEI, DU en soins palliatifs, DU douleur, Diplôme Cadre de Santé. Actuellement Cadre de Santé en hospitalisation traditionnelle, en Rhumatologie depuis 5 ans, anciennement Infirmière et Psychomotricienne. Expérience professionnelle à l'étranger.

Entretien N°15 : Madame S., 12 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hospitalisation traditionnelle en Rhumatologie depuis 6 ans. Anciennement infirmière en chirurgie digestive (6 ans).

Entretien N°16 : Madame D.M., 17 ans de carrière, DEI, DU Education Thérapeutique, Licence Histoire Géographie, actuellement Infirmière en hôpital de semaine, en Rhumatologie depuis 17 ans. A été enseignante au collège pendant 5 ans.

Entretien N°17 : Madame D., 33 ans de carrière, DEI, actuellement infirmière en hospitalisation traditionnelle, en Rhumatologie depuis 32 ans, a été infirmière en maison de retraite, secteur privé.

Entretien N°18 : Madame M.P., 3 ans de carrière, DEI, actuellement infirmière en rééducation, en Rhumatologie depuis 7 mois. A été infirmière en pneumologie (2,5 ans) dans le secteur privé.

Entretien N°19 : Madame E.M., 33 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en hospitalisation traditionnelle, en Rhumatologie depuis 12 ans. Anciennement infirmière en urologie, secteur public.

Entretien N°20 : Madame E., 6 ans de carrière, DEI, actuellement Infirmière en rééducation, en Rhumatologie depuis 5 ans. A été Infirmière au Dom en soins de suite et de réadaptation.

Entretien N°21 : Madame T., 7 ans de carrière, DEI, Diplôme Assistante de Direction, actuellement infirmière en rééducation, en Rhumatologie depuis 1 an, a été infirmière en intérim (1 an), en diabétologie (4 ans) et en gynécologie (1 an). A été Assistante de Direction pendant 2 ans auparavant.

Autres établissements du secteur public et privé, 10 professionnels interviewés : 5 Cadres Supérieurs, 5 Cadres

Entretien N°22 : Madame B.E., 34 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé, Master 2 en Santé Publique en cours, formation de responsable de formation, Maîtrise Sciences Sanitaires et Sociales. Actuellement Cadre Formateur avec une ancienneté de 25 ans en Institut de Formation en Soins Infirmiers, fonction publique, Ile de France. Anciennement Infirmière (9 ans) dans le secteur privé et public.

Entretien N°23 : Madame B., 37 ans de carrière, DEI, DU de Santé Publique et Communautaire, Diplôme Cadre de Santé, Diplôme d'études supérieures appliquées formation des adultes, concours de Cadre Supérieur, DU analyse de la pratique. Actuellement Cadre Supérieur, Centre de Formation des adultes. A été infirmière (9 ans), Infirmière Anesthésiste pendant 11 ans (7 ans hôpital, 4 ans, cadre formateur), 7 ans Cadre Supérieur de pôle en secteur privé sur Paris. A été Cadre Supérieur en Institut de Formation des Cadres de Santé, secteur public. Cadre Supérieur dans le domaine de la formation des adultes puis depuis 10 ans, secteur public, Paris. A une expérience professionnelle à l'étranger.

Entretien N°24 : Madame M.L., 30 ans de carrière. Actuellement Cadre Supérieur dans le domaine de la formation continue, secteur public, Paris.

Entretien N°25 : Madame N.S., 39 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé, Formation en Sophrologie et Soins Palliatifs, Licences Lettres. Actuellement Cadre de Santé en gériatrie avec une ancienneté de 19 ans, secteur public, Paris. Anciennement Infirmière (20 ans) en cancérologie, hématologie.

Entretien N°26 : Madame M., 29 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé, concours de Cadre Supérieur, Licence, Maîtrise et doctorante Sciences de l'Education. Actuellement Cadre Supérieur, en Institut de Formation des Cadres de Santé depuis 6 ans, fonction publique, Ile de France. Anciennement infirmière (9 ans) en chirurgie vasculaire et réanimation, puis Cadre Formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers en Ile de France pendant 15 ans.

Entretien N°27 : Monsieur P., 32 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé, concours de Cadre Supérieur, DEA de Philosophie pratique, DESS Ethique médicale et hospitalière, Maîtrise en Sciences et Techniques des Organisations Sanitaires et Sociales, DU prise en charge de l'infection VIH, Doctorat de Philosophie, Maître de Conférence. Actuellement Cadre Supérieur depuis 13 ans en Centre de Formation des adultes, Paris. A été Infirmier (9 ans), et Cadre de Santé (10 ans).

Entretien N°28 : Madame L., 35 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé. Cadre Supérieur, actuellement Cadre Supérieur à la Direction des Soins Infirmiers, hôpital public, Paris. Actuellement en charge de la restructuration de son établissement. Anciennement Infirmière puis Cadre de Santé.

Entretien N°29 : Madame D.E., 30 ans de carrière, DEI, Diplôme de Puéricultrice, Diplôme Cadre de Santé, Master 1 Sciences Cliniques Infirmières, DU protection maternelle et infantile. Actuellement Cadre Formateur depuis 5 ans, Faisant Fonction de Directeur d'IFS, Province, fonction publique. A été Infirmière (9 ans), Puéricultrice (14 ans) et Directrice de crèche.

Entretien N°30 : Madame C.O., 34 ans de carrière, DEI, Certificat de médecine tropicale, Diplôme Cadre de Santé, DU de santé publique. Actuellement Cadre Formateur, Institut de Formation en Soins Infirmiers, secteur privé, Paris. Anciennement Infirmière (4 ans), Infirmière Anesthésiste (18 ans) puis Cadre Anesthésiste aux Urgences (7 ans) dans un hôpital du secteur privé sur Paris. Expérience professionnelle à l'étranger.

Entretien N°31 : Madame C., 20 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé. Actuellement Cadre Formateur, Institut de Formation en Soins Infirmiers, fonction publique, Paris. Anciennement Infirmière.

Observation participante, Institut de Formation en Soins Infirmiers : 1 Cadre Formateur

Observation N°1 : Madame A.-P., 23 ans de carrière, DEI, Diplôme Cadre de Santé. Actuellement Cadre Formateur depuis 14 ans en Institut de Formation en Soins Infirmiers, secteur public, Paris. Anciennement infirmière (9 ans), en chirurgie thoracique, réanimation chirurgicale cardiaque, salle de soins post interventionnelle.

Légende : DEI - Diplôme d'Etat Infirmier, DU - Diplôme Universitaire.

En Rhumatologie, on peut constater un cumul de 1 à 9 spécialités différentes, sur l'ensemble de la trajectoire professionnelle des 21 professionnels interrogés. Au total sur l'ensemble de l'équipe, on retrouve 22 spécialités différentes, exercées avant de prendre un poste dans le service (médecine, chirurgie, réanimation, urgences, gériatrie, soins palliatifs, hématologie, salle de surveillance post interventionnelle, néphrologie, diabétologie, pneumologie, gynéco-obstétrique etc.). La palette des compétences est importante et complémentaire en dehors même des compétences développées en rhumatologie où de véritables expertises émergent avec jusqu'à 32 années d'expérience pour une des infirmières et 30 ans pour une des cadre.

L'évolution dans le parcours professionnel apparaît surtout pour les 4 cadres interrogés. Sur 17 infirmières, seulement 4 ont exercé dans une seule et même spécialité la rhumatologie. L'ancienneté dans le service est très ample et va de 7 mois à 32 ans. On peut noter que sur 17 infirmiers, 6 ont une ancienneté de 10 ans, 3 entre 28 et 32 ans ce qui démontre une volonté de rester dans le même service.

Sur les 17 infirmières interviewées en Rhumatologie, 7 travaillent en hospitalisation traditionnelle, 3 en hôpital de semaine, 4 en hôpital de jour, 3 en rééducation. Les infirmières ont toutes une expérience polyvalente de ces différentes unités puisque qu'elles tournent en roulement de grande équipe du matin ou de garde et sont sur un fonctionnement de pôle. Certaines infirmières sont affectées toute l'année sur la même unité (service) avec la mission de favoriser une continuité en termes de bonnes pratiques et de formation. C'est une volonté de l'équipe d'encadrement pour favoriser le tutorat des étudiants et l'intégration des nouvelles professionnelles. Ce qui révèle un management participatif.

On peut constater une ancienneté notable des 4 cadres de Rhumatologie avec une trajectoire professionnelle de 32 à 39 ans de carrière avec une moyenne de 36 ans. Cette ancienneté traduit le niveau d'expérience sur le terrain hospitalier et un haut niveau de compétences acquises. De plus chaque cadre est responsable d'une unité de soin différente : hôpital de jour, hospitalisation traditionnelle, rééducation ou mission transversale de faisant fonction de cadre supérieur ce qui leur permet d'avoir une vision globale du service de rhumatologie.

Au niveau des experts, sur les 10 cadres interrogés, le nombre de formations diplômantes va de 2 à 7 par personne interrogée. Chaque expert a un diplôme initial d'infirmier et a évolué ensuite vers la fonction de cadre en milieu hospitalier ou dans le domaine de la formation : 5 d'entre eux ont continués à évoluer vers des fonctions de cadres supérieurs ; 2 ont un niveau Master ; 3 des maîtrises ; 4 des diplômes universitaires ; 2 des licences et 2 un niveau doctorat.

Toujours au niveau des experts, en termes d'orientations de formation on peut observer une prédominance dans le domaine des sciences de l'éducation et de la formation des adultes (3 professionnels), puis dans le domaine de la santé publique (3 professionnels), dans l'approche

relationnelle : formation en Sophrologie (2 professionnels) et enfin l'éthique, la philosophie (1 professionnel). Les compétences et les connaissances des experts interrogés offrent une palette très large exploitant le domaine des apprentissages en situation de crise¹³. J'ai privilégié des professionnels exerçant dans le domaine de la formation car ayant déjà prité de la distance et une certaine réflexion sur leur expérience à l'hôpital¹⁴.

Sur les 7 professionnels de la formation, 3 cadres formateurs exercent en Institut de Formation hors AP-HP ; 2 dans le secteur public avec des caractéristiques différentes et 1 en secteur privé. Parmi eux, il y a aussi 4 cadres supérieurs exerçant dans le domaine de la formation des adultes : 1 cadre supérieur responsable de la formation continue, 1 cadre supérieur en institut de formation des cadres hospitaliers et 2 cadres supérieurs exerçant dans la formation des adultes : formation diplômantes (type DU, Master...). J'ai complété ces entretiens avec 1 cadre de santé avec une mission de formation et 1 cadre supérieur ayant une mission au niveau de la direction des soins de son établissement, toutes les deux dans la fonction publique hospitalière, mais sur deux établissements différents.

Pratiquement tous les professionnels de santé interrogés ont déclaré avoir complété leur formation initiale par de la formation continue. Ils ont souvent bénéficié de la formation continue sur site ou avec d'autres organismes de formation ou alors au choix en fonction de leur projet professionnel ou projet de service ou d'établissement. Ce sont des formations sous forme de modules de 3 à 6 jours, allant de 3 à 6 formations en moyenne.

¹³ Les professionnels experts proviennent d'autres établissements de la fonction publique hospitalière (avec diverses spécificités) et d'un établissement privé et un hôpital de province. Ces professionnels, Cadres Formateurs ou Cadres Supérieurs, occupent diverses missions, essentiellement dans le domaine de la formation initiale ou formation des adultes ou exerçant une mission en milieu hospitalier. Ils ont été également interrogés sur leur site de travail. Nous les considérons comme des experts dans des domaines spécifiques.

¹⁴ Ce sont souvent d'anciennes infirmières ayant évolué dans leurs fonctions, ayant un diplôme cadre de santé ou ayant encore évolué pour devenir ensuite cadre supérieur.

5. Recueil de données

5.1. Cartographie des situations de crise recensées

Avant d'initier l'analyse des entretiens réalisés, il est important de répertorier les divers types de situations rencontrées. La cartographie des situations de crises que je propose n'est pas exhaustive puisque limitée aux situations rencontrées. Il faudrait un échantillon bien plus important sur différentes spécialités dans le secteur public et privé pour que cette cartographie puisse être considérée comme représentative au niveau national ou même international. Elle permet cependant de donner une représentation significative de l'échantillon analysé et ainsi participer à l'élaboration de connaissances nouvelles sur les situations de crises à l'hôpital non recensées à ce jour¹⁵.

Je définie les « macro situation de crise » comme des situations qui par leur ampleur ont eut un impact important au niveau régional, national voire même international. Elles impactent l'ensemble de l'établissement de santé ou plusieurs établissements avec souvent des retentissements médiatiques. Parmi les 36 macro situations de crises analysées, j'ai pu recenser les 4 catégories présentées dans le tableau 2.

Tableau 2

Macro situations de crises - 36 récits analysés

- | |
|---|
| 1. Conditions climatiques extrêmes : La canicule de l'été 2003 – 24 récits analysés. |
| 2. Événements indésirables de grande ampleur (à fort effet médiatique) : L'affaire Saint Vincent de Paul : 5 récits analysés. |
| 3. Crises sanitaires majeures : Campagne de vaccination, grippe H1N1, Hiver 2009– 4 récits analysés. |
| 4. Actes terroristes : - 3 récits analysés :
- « L'affaire des Champs Elysées » 1984 ; afflux de victimes dans un hôpital pédiatrique parisien.
- « L'affaire Tati » – 1986 ; afflux de victimes dans un hôpital pédiatrique parisien.
- Exercice de simulation, en 2012 dans un hôpital de l'APHP ; annonce d'un afflux de victimes provenant d'un hôpital pédiatrique parisien proche. |

Je classe dans les « micro situations de crises » les situations de moindre ampleur, localisées dans un ou plusieurs services et touchant un nombre limité de patients ou de professionnels de santé. Ces situations n'ont pas eut des effets médiatiques et souvent ne sont connus que par les professionnels qui les ont vécu. Leur impact est resté dans la plupart des cas limité à un ou plusieurs services à l'intérieur d'un même hôpital. Parmi ces micro situations de crises, j'ai recueilli 40 récits et mit en évidence 7 catégories présentées dans le tableau 3.

Tableau 3

Micro situations de crises - 40 récits analysés

- | |
|--|
| 1. Situations de violence : 11 récits analysés |
| 2. Suicide ou tentative de suicide : 9 récits analysés |
| 3. Situations de maltraitance : 9 récits analysés |
| 4. Incendies : 2 récits analysés |
| 5. Situations de restructuration : 4 récits analysés |
| 6. Incidents lié aux intempéries localisées : 3 récits analysés |
| 7. Autres événements indésirables de moindre ampleur : 2 récits analysés |

¹⁵ Suite à cette recherche de terrain, je peux mettre à disposition cette cartographie qui permet une mise en perspective des situations de crises ainsi qu'une définition et les caractéristiques, pour d'éventuelles recherches à venir.

5.1.1. Macro situations de crises

Conditions climatiques extrêmes : la canicule de l'été 2003

Tableau 4

Récits recueillis sur la canicule de l'été 2003 : 24 récits analysés

1.	Madame A-S., étudiante infirmière à l'époque, en 2 ^{ème} année en gastro-entérologie dans un hôpital de Province.
2.	Madame F., jeune infirmière, était en urologie dans un hôpital public parisien.
3.	Madame M.D., étudiante infirmière, était en début de formation en secteur public.
4.	Madame I., était cadre infirmier de nuit aux urgences dans un hôpital public parisien.
5.	Madame D.M., était infirmière, en rhumatologie, hôpital de l'APHP.
6.	Madame J.L., étudiante infirmière de deuxième année en stage en chirurgie sur la région parisienne.
7.	Madame P.M., cadre faisant fonction de Cadre Supérieur en rhumatologie, hôpital de l'APHP : « on a bien anticipé, affiché les procédures... ».
8.	Monsieur A., infirmier, en médecine interne dans un hôpital gériatrique parisien : « physiquement, c'était difficile, j'étais à 9 de tension... ».
9.	Madame J.F., infirmière, en rhumatologie, hôpital de l'APHP.
10.	Madame S., infirmière : « j'étais en première année, se retrouver confronté à une crise sanitaire, on se dit que ce n'est pas possible... ».
11.	Madame C.M., infirmière en rhumatologie, hôpital de l'APHP.
12.	Madame D.B., étudiante infirmière, en stage dans un hôpital en Province en rééducation. « Je l'ai vécue à son début... ».
13.	Madame E.H., infirmière en rhumatologie, hôpital de l'APHP : « La canicule ça été l'horreur, on voyait qu'on avait de plus en plus chaud... ».
14.	Madame N.M., cadre, en rhumatologie lors de la canicule, hôpital de l'APHP.
15.	Madame M-T., infirmière à l'époque de nuit dans un hôpital gériatrique parisien.
16.	Madame D.M., infirmière en rhumatologie lors de la canicule, hôpital de l'APHP.
17.	Madame B.E., cadre formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers, fonction publique, Ile de France.
18.	Madame B., cadre supérieur de pôle aux urgences lors de la canicule dans un établissement privé sur Paris.
19.	Madame N.S., cadre, dans un établissement gériatrique parisien : « on a travaillé 10 à 12h par jour ... ».
20.	Monsieur P., cadre à l'époque aux urgences dans un établissement public parisien : « on mettait des glaçons dans les taies d'oreillers... ».
21.	Madame C.O., cadre aux urgences à l'époque dans un hôpital privé parisien : « J'ai vu de la souffrance humaine, des patients dans les couloirs... ».
22.	Madame L., cadre supérieur, hôpital public sur Paris : « j'ai vu l'esprit d'équipe, la solidarité. C'était un peu surréaliste... ».
23.	Madame C., cadre de santé, en hôpital psychiatrique en Ile de France : « on se faisait des batailles d'eau dans les couloirs pour se rafraîchir... ».
24.	Madame M-C., infirmière de nuit à l'époque en rhumatologie dans un hôpital de l'APHP : « Tout le monde souffrait de la chaleur, on était fatigués au moindre effort... ».

La canicule est une situation de crise majeure survenue en France¹⁶ fin juillet et début août 2003 en pleine période de congés d'été. Les professionnels parlent de 3 à 4 semaines consécutives. Les organismes officiels ont recensé plus de 15 mille morts en France directement liés à cet événement, essentiellement des personnes âgées. De part le nombre de décès, cette crise a eut un impact médiatique très important dans l'opinion publique française. Parmi les 31 personnes interrogées, 24 ont mentionnées avoir vécu directement cette situation (soit 77% du personnel interrogé).

Événements indésirables de grande ampleur et à fort effet médiatique – St. Vincent de Paul

Tableau 5

Récits recueillis sur l'affaire Saint Vincent de Paul : 5 récits analysés

1.	Madame M.D., infirmière en rhumatologie, dans un hôpital de l'APHP, impact indirect sur le groupe hospitalier.
2.	Madame I., Cadre en rhumatologie, dans un hôpital de l'APHP, impact indirect sur le groupe hospitalier. « Quand je suis arrivé après cet événement, un audit sur les médicaments était en cours, les cadres avaient fait des tests de calculs de doses à toutes les infirmiers, il y a eut une formation obligatoire sur la sécurisation du médicament sur site... ».
3.	Monsieur A., Infirmier en rhumatologie, dans un hôpital de l'APHP, impact indirect sur le groupe hospitalier : « toutes les salles de soins sont passés au crible, tous les soignants ont été évalués par les cadres... ».
4.	Madame C.M., Infirmière en rhumatologie, dans un hôpital de l'APHP, impact indirect du groupe hospitalier : « ça été la pire crise, ça a duré 3 à 4 mois. Le poste de soin, le seul lieu où on n'est pas tranquille depuis Saint Vincent de Paul, ça remet en cause votre diplôme. Soyons vigilante, ça été un détonateur... ».
5.	Madame N.M., Cadre en rhumatologie, dans un hôpital de l'APHP, impact indirect du groupe hospitalier, « La Direction des soins à demandé aux cadres d'évaluer toutes les infirmières sur une perfusion et une préparation de médicament et de calcul de dose... ».

Cette situation de crise est survenue en 2010 à l'hôpital Saint Vincent de Paul à Paris. Elle a été déclenchée suite à un événement indésirable qui a engendré le décès d'un enfant. Parmi les personnes interrogées, 3 Infirmiers et 2 Cadres ont mentionnés avoir été impactés indirectement par cette

¹⁶ et dans le reste de l'Europe.

situation de crise. L'effet a été immédiat puisque tous les postes de soins ont subi des contrôles et audits à répétition ainsi que le circuit du médicament. Tous les infirmiers du groupe hospitalier ont eut des tests de calcul de dose et des formations sur les recommandations de bonnes pratiques.

Crises sanitaires majeures : campagne de vaccination grippale H1N1 de 2009

Tableau 6

Récits recueillis sur les crises sanitaires majeures : 4 récits analysés

1.	Monsieur P., Cadre Supérieur dans le domaine de la formation des adultes, centre de formation, Paris.
2.	Madame B.E., Cadre Formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers en secteur public, région Ile de France, « l'équipe pédagogique et les étudiants sont réquisitionnés par les centres de vaccinations dans le cadre du plan blanc... ».
3.	Madame M.P., étudiante infirmière en troisième année à l'époque a été réquisitionnée dans un centre de vaccination en région Ile de France. « On peut avoir nos opinions mais quand on est réquisitionné on n'a pas le choix, beaucoup de personnes nous posaient des questions sur les effets secondaires, on ne pouvait pas répondre, on voyait qu'ils avaient peur mais on était impuissant... ».
4.	Madame N.M., cadre de santé, en service de rhumatologie, hôpital public sur Paris, « il y a eut quelques arrêts, il fallait vacciner le personnel de rhumatologie. On a demandé aux médecins de vacciner... ».

Dans la période de l'hiver 2009, les centres de formations en soins infirmiers ont été réquisitionnés en France pour assurer le fonctionnement des centres de vaccinations. Le plan blanc au niveau national a été déclenché. Les hôpitaux se sont préparés à recevoir des patients. L'annonce de la grippe H1N1 engendre une véritable situation de panique et l'appel de la ministre de la santé à se faire vacciner, va induire la confusion générale. On demande aussi aux professionnels de santé de se faire vacciner et une organisation sur chaque site hospitalier se met en œuvre pour que les professionnels n'aient pas à quitter leur service. La peur d'une éventuelle contagion est présente sur toute cette période. La population est divisée entre ceux qui veulent se faire vacciner et ceux qui ne sont pas convaincus. C'est un véritable problème de santé publique, avec de nombreuses rumeurs sur les vaccins. Les étudiants infirmiers sont impactés directement sur leur parcours de formation. Ils ne peuvent plus suivre les cours étant réquisitionnés avec les équipes de Formateurs dans les centres de vaccination.

Actes terroristes (ou exercice de simulation d'attaque terroriste)

Tableau 7

Récits recueillis sur des actes terroristes ou exercice de simulation : 3 récits analysés

1.	Madame A-S., infirmière en Rhumatologie, dans un hôpital de l'APHP. Exercice de simulation en 2012, « les Cadres nous ont annoncé un acte terroriste près d'un hôpital pédiatrique à proximité avec l'information que notre service allait recevoir des victimes potentielles ». « une cellule de crise est mise en place... ».
2.	Madame E.M., Infirmière à l'époque dans un hôpital pédiatrique parisien. Acte terroriste aux « Champs Elysées » en 1984, avec « afflux de victimes : des enfants, dont de nombreux touristes ne parlant pas le français... ».
3.	Madame E.M., Infirmière à l'époque dans un hôpital pédiatrique parisien. Acte terroriste au magasin « Tati » à Montparnasse en 1986 avec afflux de victimes : des enfants, dans un hôpital pédiatrique parisien.

Un acte terroriste induit une situation de crise aiguë à différents niveaux. Il faut d'abord secourir les victimes sur place puis les transférer le plus rapidement possible avec un afflux important dans les hôpitaux environnants. Cela engendre une alerte générale de tous les services de secours qui doivent agir au premier plan et en même temps gérer la population présente sur les lieux. Des choix difficiles doivent être faits dans la rapidité de l'action. C'est une crise majeure qui touche la sécurité de la population. Les services de sécurité de l'Etat à différents niveaux sont impactés, les services de secours ainsi que les hôpitaux.

Nous pouvons constater que lorsqu'un événement de cet ordre est annoncé, une simulation ou un événement réel, le choc de l'annonce reste le même. L'impact sur les personnes reste désarmant. Faire face aux victimes et accompagner les familles reste une épreuve difficile à vivre qui laisse des

traces. Pour la simulation de 2012 par exemple, l'annonce par les cadres d'un acte terroriste a fait immédiatement émerger le souvenir du 11 septembre 2001.

5.1.2. Micro situations de crises

Situations de violence (conflit direct ou indirect)

Tableau 8

Récits recueillis sur des situations de violence : 11 récits analysés

1.	Madame F., infirmière travaillait de nuit en orthopédie dans un hôpital public parisien.
2.	Madame I., Cadre de Santé, a rencontré deux situations de violence, une en gériatrie et une aux urgences, dans deux hôpitaux publics parisiens.
3.	Madame M.M., infirmière en rhumatologie, hôpital de l'APHP a rencontré trois situations de violence.
4.	Madame J.F., infirmière en rhumatologie, hôpital de l'APHP, rencontré une situation de violence.
5.	Madame S., infirmière, lors de mon premier poste à l'hôpital : « j'ai été confronté à de la violence physique avec un patient schizophrène... ».
6.	Madame D., infirmière en rhumatologie, hôpital de l'APHP, a rencontré une situation de violence avec la fille d'une patiente et un patient violent.
7.	Madame M.L., cadre supérieur responsable de la formation continue dans un établissement psychiatrique est appelée par un cadre pour demander une formation sur la prise en charge de la violence en pédopsychiatrie, « l'équipe était vraiment en souffrance... ».
8.	Madame M.L., précise qu'elle intervient sur d'autres crises spécifiques : « crise suicidaire, conflit d'équipe, aux urgences prévention de la violence », « des formations appropriés sont proposés... ».
9.	Madame M-T., cadre en gériatrie dans un hôpital parisien à cette époque : « je devais gérer une situation avec une patiente violente », « J'ai enlevé ma blouse blanche...Je me suis assise face à elle, prit sa main et elle m'a décrit la scène qu'elle a vécu... ».
10.	Madame M.P., infirmière en rhumatologie, hôpital de l'APHP : « mon aide soignante enceinte s'est interposé entre deux frères qui se battaient dans la chambre de leur sœur hospitalisée dans le service », « l'interne et le cadre se sont intercalés, c'est finalement le petit ami d'une visite ayant entendu les cris de la patiente qui a bloqué un des frères en attendant la sécurité... ».
11.	Madame C., cadre en psychiatrie dans un hôpital d'Ile de France.

Ces situations de violence surviennent de manière imprévisible et le personnel ne s'y attend pas. Avec l'expérience, les professionnels interrogés disent que certains signes annonciateurs peuvent être détectés. Le temps est souvent compté, il faut être très réactif au risque de se faire agresser verbalement ou physiquement par le patient, avec des problèmes cognitifs liés à certaines pathologies ou dans un contexte psychiatrique ou parfois par les membres de la famille. Les infirmiers sont souvent en première ligne pour gérer au plus vite la situation et éviter tout débordement sur la prise en charge des autres patients. Le sens de la collaboration est déterminant dans la gestion de la violence.

Suicide ou tentative de suicide, décès brutal, tentative d'empoisonnement

Tableau 9

Récits recueillis sur des suicides, décès brutaux, tentatives d'empoisonnement : 9 récits analysés

1.	Madame D., infirmière en rhumatologie dans un hôpital de l'APHP, rencontre une situation de suicide, par « défenestration d'une patiente » et une « tentative de suicide par intoxication médicamenteuse » d'une jeune patiente.
2.	Madame I., en tant que Cadre de Santé, rencontre une situation de « tentative de suicide d'un patient par défenestration » aux urgences dans un hôpital public parisien et une « situation de suicide avec arme par le fils d'une patiente » hospitalisée en gériatrie dans un établissement public parisien.
3.	Madame D.B., Etudiante infirmière à l'époque, en stage de deuxième année dans un hôpital de Province, se retrouve confrontée à « une patiente anorexique de 30 ans qui s'est pendu... ».
4.	Madame L., cadre supérieur à l'époque à la direction des soins, dans un hôpital public parisien, doit gérer 2 situations de crises au niveau de l'équipe suite au suicide d'un patient dans des services différents, « ça été très violent, une des infirmières prit de plein fouet, avait voulu changer de métier... ».
5.	Madame L., assiste à plusieurs décès difficile à vivre pour des jeunes équipes : « Un décès peut être très mal vécu..., ce sont des situations aigues... ».
6.	Madame L., doit gérer une situation de tentative d'empoisonnement de l'équipe du service des urgences. Plusieurs infirmiers ont ingéré un café contenant des produits toxiques et ont fait des malaises avec perte de connaissance.
7.	Madame L., est présente lorsqu'on lui signale le décès d'une jeune infirmière à son domicile. « C'est une situation extrême... ».
8.	Madame M.P., infirmière en pneumologie dans le secteur privé dans la région parisienne, fait face à une mort subite d'un patient après une réanimation acharnée : « j'appelle sa fille, elle est venue et elle a dit, je veux juste l'argent et je repars. J'étais choquée. J'ai pleuré de fatigue, la pression aussi... ».
9.	Madame B.E., ancienne infirmière devenue Cadre Formateur dans le secteur privé à l'époque, sur Paris, observe deux situations de maladie grave l'une après l'autre de deux collègues atteintes de maladie grave : « c'était une vraie situation de crise, toute l'équipe les a accompagné jusqu'aux derniers instants... ».

Les suicides ou tentatives de suicide (ou morts subites à l'hôpital) sont des situations déstabilisantes pour le personnel qui prend en charge le patient concerné. L'annonce ou la rencontre avec une telle

situation crée souvent un état de choc ou de sidération de l'ensemble de l'équipe. Elle est touchée par le sens des responsabilités et la culpabilité de ne pas l'avoir vu venir. Faire face à la mort reste une étape difficile dans le parcours professionnel. L'approche culturelle, philosophique et éthique du professionnel se manifeste. Comment gérer ses propres représentations de la mort ? Ce type de situation peut faire référence à notre propre mort ou mort de proches.

Situations de maltraitance, situation de conflit majeur dans l'équipe

Tableau 10

Récits recueillis sur des situations de maltraitance au niveau du patient ou de l'équipe, situation de conflit majeur dans l'équipe : 9 récits analysés

1.	Madame N.M., jeune cadre de santé à l'époque en gériatrie dans un établissement public sur Paris, constate une situation de maltraitance d'une patiente, par l'infirmier, « J'étais en état de choc. Pour moi, un évènement qui est insupportable dans un service, c'est la maltraitance des personnes qui ne peuvent se défendre, c'est difficile... ».
2.	Madame N.M., cadre de santé en rhumatologie, dans un établissement public sur Paris, « Un conflit d'équipe c'est très violent, c'est un rapport direct avec l'autre », « ce sont des situations épuisantes », « l'impact est collectif... ».
3.	Madame B.E., infirmière à l'époque dans une clinique privée sur Paris, en service de chirurgie constate la plainte d'une patiente à l'encontre du brancardier qu'elle reconnaît et qui vient la chercher pour un examen... ».
4.	Madame N.S., cadre de santé en gériatrie dans un établissement public sur Paris, a rencontrée une situation de « conflit majeur » dans son équipe « à la limite de la maltraitance au niveau de l'équipe et avec des conséquences sur la prise en charge des patients ».
5.	Madame B.E., Cadre Formateur maintenant en Institut de Formation en Soins Infirmiers dans le secteur public en région Ile de France, a été confronté il y a quelques années à « une vraie situation de crise, une ancienne collègue nommée directrice a été dépassée dans un contexte de désorganisation, avec une attitude méprisante envers certains formateurs. Une cellule de crise a été mise en place... ».
6.	Madame N.S., cadre de santé, dans un hôpital public gériatrique parisien : « j'ai vécu une situation de crise avec une équipe d'après midi, une équipe qui était dans la toute puissance et a engendré de la maltraitance », « J'ai du faire intervenir le comité d'éthique... ».
7.	Madame D.E., Cadre Puéricultrice, prend un poste de directrice de crèche : « on sentait que ça allait exploser », « de nombreux dysfonctionnement au niveau de l'équipe... ».
8.	Madame D.E., devenue Cadre Formateur, en Institut de Formation en soins infirmiers en Province : « au début lorsque j'ai prit mon poste, il y avait de la maltraitance entre les collègues...la directrice a fait appel à un médiateur, une boîte privée externe... ».
9.	Madame E., jeune infirmière, en rhumatologie dans un hôpital de l'APHP : « j'ai eut un problème avec un collègue masculin, aide soignant, il s'est absenté de l'étage, je lui demande de me dire où il était, il l'a mal prit. Le lendemain il est devenu agressif, un collègue s'est interposé et l'interne aussi... ».

La maltraitance ou un conflit majeur quand cela touche directement un patient ou une équipe soignante, crée de la souffrance morale et parfois même physique. L'atteinte à la personne a un impact psychologique traumatisant nécessitant souvent une prise en charge psychologique de la personne concernée ou la mise en place d'une cellule de crise ou appel d'un organisme externe pour gérer l'ampleur des conséquences secondaires.

Incendies

Tableau 11

Récits recueillis sur des incendies : 2 récits analysés

1.	Madame J.F., « j'étais stagiaire infirmière en deuxième année, j'ai vécue une situation d'incendie dans un hôpital pédiatrique public parisien, il y a eut un incendie au sous sol ... ».
2.	Madame E.M., infirmière, a vécu un incendie lorsqu'elle travaillait dans un hôpital pédiatrique public parisien en 1980, « il y a eut un incendie aux archives au deuxième sous sol », « Il fallait évacuer 3 étages car la fumée était toxique... ».

Un incendie dans un établissement hospitalier où les patients présentent souvent des pertes d'autonomie est une véritable situation de crise car il faut agir vite et de manière coordonnée avec les différentes catégories de personnel. La prise de décision d'évacuer ou pas le service doit se faire dans l'urgence et il faut dans ces cas, se coordonner avec les équipes spécialisées qui vont donner le feu vert pour évacuer ou pas. Prévenir les bonnes personnes dès l'annonce de l'évènement est alors vital pour la survie et la protection des personnes hospitalisées. Il faut gérer aussi les familles et l'ensemble des équipes pluridisciplinaires présentes. Tout mouvement de panique est à gérer tout de suite pour éviter l'impact auprès des patients qui doivent pouvoir être évacués dans le calme et par ordre de priorité.

Incidents lié aux intempéries localisées

Tableau 12

Récits recueillis sur des incidents liés aux intempéries localisées : 3 récits analysés

1.	Madame I., cadre de santé, « j'ai vécue la tempête de l'hiver 1999, dans un hôpital public Parisien.
2.	Madame L., cadre supérieur dans un hôpital public parisien, « il y a quelques années lors d'un épisode de grand froid, les personnes âgées affluait à l'hôpital... ».
3.	Madame D.B., Infirmière, a vécue un Incident de canalisation, dans un hôpital public de la région parisienne, en janvier 2006, « tout le personnel, même le Directeur a aidé à transférer les patients... ».

Les intempéries sont des situations qui peuvent désorganiser une région et impacter les établissements de santé concernés. Le plan blanc prévoit des procédures à mettre en œuvre par le Préfet. Dans les 3 situations relatées, les établissements concernés ont fait face avec les moyens du bord. Nous pouvons constater que les différentes catégories professionnelles ont participé à la prise en charge des patients et à leur transfert. L'esprit de collaboration interdisciplinaire est spécifique à ce type d'incidents.

Situations de restructuration ou fermeture d'établissement

Tableau 13

Récits recueillis sur des situations de restructuration ou fermeture d'établissement : 4 récits analysés

1.	Madame P.M., en tant que cadre de santé, puis faisant fonction de cadre supérieur dans un hôpital de l'APHP : « j'ai du gérer régulièrement des déménagements importants dans le cadre de restructurations internes régulières pour mettre en place des transferts de services et faire face à de nombreux dysfonctionnement... ».
2.	Madame L., cadre supérieur à la direction des soins, dans un établissement hospitalier public parisien : « C'est le dernier épisode de crise quasi permanente, quand vous entrez en restructuration, c'est difficile à contenir... on a transféré la majorité des services dans un autre établissement... ».
3.	Madame M., était à l'époque cadre formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers dans la région Ile de France, lorsqu' on lui annonce la fermeture de son établissement.
4.	Madame A-P., cadre formateur en Institut de Formation en Soins Infirmiers en secteur public, assiste, lors d'une réunion, à l'annonce de fermeture de son établissement.

La restructuration d'un service, d'un établissement, d'un groupe hospitalier ou d'un institut de formation génère une déstabilisation générale du personnel concerné, induisant de nombreuses craintes et vagues de rumeurs. L'annonce brutale de la fermeture crée un processus de deuil qu'il va falloir gérer à plus ou moins long terme. Le processus de détachement se fait dans la douleur psychique et même parfois physique se manifestant le plus souvent par une démotivation générale et une perte de sens du travail. Il n'y a plus de perspectives d'avenir, un absentéisme répété avec des problèmes de santé apparait, une fatigue accrue et une désorganisation générale.

Autres évènements indésirables de moindre ampleur

Tableau 14

Récits recueillis sur autres évènements indésirables : 2 récits analysés

1.	Madame M-T., Cadre de Santé, en rhumatologie, hôpital APHP : perte d'un prélèvement (biopsie du duodénum) qui doit partir dans un laboratoire en Province pour analyse, il faut remonter toute la filière... ».
2.	Madame E., jeune infirmière en rhumatologie, hôpital APHP : « je suis passé à coté d'une erreur médicale, ça m'a secouée », « J'ai fait une déclaration... ».

Cette catégorie concerne des événements divers induisant un dysfonctionnement dans la prise en charge d'un patient. Ces diverses situations perturbent le fonctionnement du service et induisent une remise en question des bonnes pratiques amenant souvent, après analyse de nouvelles procédures à mettre en œuvre.

5.2. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé interrogés permet de mettre en évidence un certain nombre d'éléments qui viennent confirmer ma question de recherche et mon hypothèse de départ. J'ai souhaité les regrouper en 3 axes majeurs :

1. Emergence de l'apprenance :
 - Apprentissages informels,
 - L'hôpital en tant qu'organisation apprenante,
2. Emergence des apprentissages émotionnels :
 - Compétences intra-personnelles,
 - Compétences inter-personnelles,
3. Emergence d'une démarche auto-réflexive :
 - Sentiment d'efficacité personnelle,
 - Croisement de la trajectoire de vie, trajectoire de formation et expérience professionnelle.

5.2.1. Emergence de l'apprenance

Apprentissages informels

Au regard des éléments recueillis lors de cette enquête de terrain, on peut dire qu'une situation de crise s'impose par son ampleur. Elle est prégnante et on ne peut y échapper, cela fait partie de son ADN. Les situations de crise apparaissent de manière fortuite. Elles sont de l'ordre de l'expérience humaine qui va se mettre en œuvre pour gérer la situation. De part mes observations de terrain, je peux dire que ce sont les professionnels de santé qui sont au premier plan pour diriger les différentes interventions à mettre en œuvre car étant au plus près des patients. La motivation à vouloir chercher des solutions et une voie de sortie est déterminante, presque obligatoire disent les professionnels. Il faut alors mobiliser toutes les ressources à disposition (individuelles et collectives). Les ressources peuvent être humaines, on fait appel à des personnes expertes ou reconnues comme tel. D'autre part, il peut s'agir de ressources pédagogiques, on va alors sortir les procédures, les protocoles, les affiches, tout ce qui peut contenir de l'information utile. Et les ressources peuvent être aussi matérielles (matériel à disposition ou local).

La quasi-totalité des professionnels interrogés a confirmé que les situations de crise ont généré chez eux un changement, une compréhension nouvelle, une signification nouvelle, un très fort sentiment d'apprenance. Ils disent avoir « *le sentiment d'avoir vécu une situation qui les a fait grandir personnellement et professionnellement* ». Cet apprentissage, souvent décrit au départ comme informel apparaît constructif et amène à de nouveaux savoirs. Le professionnel est au cœur même de la situation, de l'action et il doit trouver des solutions pour la résoudre. A ce propos Madame D., infirmière dit :

« Le suicide c'est toujours difficile à vivre car quand on connaît le patient, on ne pense pas qu'il va se suicider. Il faut savoir aussi se protéger. Il y a des choses qu'on peut tolérer d'autres pas. Ma protection devant cette situation, c'est qu'il y avait suffisamment de monde pour s'en occuper. Le suicide reste la situation de crise la plus difficile, car on est en état de choc émotionnel, on est sonné, on est impuissant. De plus, on ne l'a pas vu arriver. Dans toute situation on apprend, d'abord avec

soi-même. Dans ces moments là, on se demande, qu'est ce qu'on est capable de faire ? On se remet en question et là on se rend compte qu'on a la capacité de pouvoir évoluer, que l'on grandit à tout âge. Ce sont des situations qui permettent de partager son savoir avec les autres. On se rend compte aussi qu'on est passé par des tas d'étapes et qu'on peut vivre avec. En début de carrière, on aurait eut un psychologue, cela aurait été utile surtout pour les jeunes infirmières dans un service où l'on prend en charge des pathologies chroniques et on suit les patients au long court avec une perte d'autonomie progressive, c'est difficile. Quand on a besoin on appelle des personnes ressources dès que possible. A mon époque en formation initiale on avait une approche très psychologique, c'était aidant. Le lieu où on apprend le plus, c'est en étant sur le terrain. Je ne suis pas sûre que ce soit à l'école qu'il faut apprendre le coté psychologique. L'expérience y fait beaucoup car on est peut être plus sensibilisé. Je vois beaucoup d'élèves en difficulté pour faire face à la mort. Il faut leur montrer que la mort fait partie intégrante de la vie ! Lorsqu'on a une expérience personnelle on apprend plus de la mort. On peut aussi apprendre selon l'attachement qu'on avait avec un proche ».

Les apprentissages informels occupent une place prépondérante lors des situations imprévisibles. Ils sont générateurs de compétences qui vont surgir naturellement, spontanément. Ces compétences nouvelles sont des richesses inépuisables, émergentes de manière différente selon la situation, le contexte, l'environnement et les acteurs en présence. Madame P.M., Cadre, faisant fonction de Cadre Supérieur, nous parle ainsi de ces apprentissages :

« Lors de la canicule, on a bien anticipé. Il fallait afficher les procédures, commander des pots, des pichets. On était attentif à fermer les fenêtres pour rafraîchir les chambres des patients, à leur donner à boire, à leur mettre des draps mouillés. Il fallait des climatiseurs, des ventilateurs. On n'est pas préparé à ce type de situation de crises, pas au niveau de la formation, un peu à l'école des cadres. La formation de Cadre ne nous a pas préparé à la gestion des plannings, ni à l'organisation de tout les jours, on apprend sur le terrain. Toutes ces expériences c'est formateur. À chaque réunion j'ai beaucoup appris, les savoirs se cumulent (par exemple lorsqu'on fait des fiches techniques, des procédures). Il faut savoir anticiper les priorités. Par le biais de la formation dans le service par exemple, c'est une possibilité. L'expérience sur le terrain reste quand même prévalente. Comment je fonctionne ? Je communique, j'explique. Il ne faut pas être directif, il faut savoir négocier. L'impact sur toutes ces situations apprenantes c'est qu'elles sont constructives. Même lorsqu'il y avait des déménagements c'était des organisations lourdes mais une nouvelle organisation apporte toujours de la modernité, du changement. On peut quand même s'essouffler avec par exemple les plaintes des patients, il faut répondre très vite pour éviter tout débordement ».

J'ai constaté que l'apprentissage informel est fondé sur l'expérience. L'expérience d'une situation de crise est « mémorisable » on ne l'oublie pas. Elle marque les professionnels qui l'on vécue. On peut dire que chaque situation de crise laisse comme un stigmate, marque une étape qui laisse une trace souvent d'ordre émotionnel engendrée par le stress et les changements inattendus qu'elle comporte. L'apprentissage est situé dans un contexte unique à chaque fois. L'expérience de la situation de crise peut être considérée d'après mes observations comme spécifique et méconnue.

Ces expériences selon les professionnels interrogés se cumulent et créent des savoirs nouveaux. Il s'agit d'apprentissages expérientiels car de nombreux processus d'apprentissage surgissent en situation de crise. Ils deviennent une première expérience qui va se cumuler aux expériences à venir, c'est un des grands constats observé lors de l'enquête de terrain. On peut considérer alors que cela devient de l'autoformation. Madame P.M., Cadre de Santé, dit à ce sujet :

« Il faut avoir une vision globale, transversale. Il faut savoir prendre des initiatives. S'il y a des difficultés qui se présentent, il faut s'en occuper tout de suite même si chaque cadre est référente sur des responsabilités différentes. Il faut anticiper, éviter les problématiques importantes sinon l'effet est cumulatif. Sans information le cadre ne peut pas travailler. Il faut être très à l'écoute de tout signe annonciateur. Il faut s'informer dans tous les sens, prendre des informations sur les patients, les infirmières car elles doivent pouvoir travailler dans de bonnes conditions ».

L'essentiel de ces apprentissages informels est en lien avec l'approche relationnelle, c'est-à-dire l'approche existentielle. Les professionnels interrogés disent développer à partir de ces expériences, le sens de la communication, l'écoute, la gestion du stress et des émotions ainsi que le sens de la collaboration et de coordination.

Les savoirs informels d'action se construisent entre professionnels dans un collectif de pratiques. Le fait de travailler dans une équipe pluridisciplinaire fait qu'en situation de crise le professionnel de santé va faire appel à un ou plusieurs de ses collègues pour l'aider à résoudre la situation. Mettre en commun les compétences, les savoirs et les capacités d'analyse, fait que des savoirs informels d'action émergent spontanément et aident à résoudre la situation ou la problématique en question. La mise en commun de ces différentes ressources fait apparaître une culture du savoir pratique, du savoir clinique qui apparaît lors de ces expériences. A ce sujet, Madame P.M., Cadre de Santé, en parle :

« Sans communication directe, on n'arrive à rien. Il faut très bien connaître l'organisation de l'hôpital. Il faut connaître les bons interlocuteurs, les disponibilités des uns et des autres. Il faut être réactif, c'est important de connaître les procédures, avoir une dimension systémique de l'organisation. Toutes les confrontations sont des expériences apprenantes. Nous, on est un groupe de cadres. On est quatre cadres et on a l'habitude de mettre nos savoirs en commun. C'est notre force de décision commune. L'aspect décisionnel à quatre c'est important. On nous respecte davantage car la décision est consensuelle. On apprend aussi les uns des autres. Les quatre expériences des quatre cadres sont cumulatives. Le retour d'expérience de chaque cadre lorsqu'il faut résoudre une situation est une phase importante. Le résultat émerge ensuite, il émerge de l'expérience des quatre cadres. Chacune donne son avis, c'est une décision collégiale. Il faut connaître les bonnes personnes et toutes les ficelles du métier. Il faut beaucoup de communication, de relation, de transparence et d'information. Il faut maintenir toujours le même discours des cadres. Montrer qu'on est solidaires sinon on n'est pas respectées. Il faut parfois un échange à grande échelle. On met en place des stratégies individuelles mais aussi collectives. Il faut avoir de l'information. Savoir s'il y a un changement quel qu'il soit, il faut individualiser. On est plutôt dans un mode de fonctionnement collectif au niveau de l'équipe des cadres. On est quatre pour affronter les choses, il faut éviter d'oublier quelque chose à quatre c'est plus facile. Quand on a un gros choc, on l'affronte à quatre. Il faut de la débrouillardise, il ne faut pas avoir les deux pieds dans les mêmes sabots. Il faut aussi se faire son réseau, lire, utiliser toutes les ressources à disposition, effectuer des recherches en permanence ».

Ces apprentissages informels apparaissent majoritairement lors de confrontations, aléas, incidents, dysfonctionnements. Partager l'expérience commune dans un collectif professionnel est apprenant. L'expérience se cumule, on apprend plus car on bénéficie de l'expérience des pairs. A ce sujet on peut faire référence aux trois types d'apprentissages informels proposés par Muller (2013) dont j'ai retenu essentiellement deux types qui émergent en situation de crise : (1) les apprentissages involontaires et conscients et (2) les apprentissages involontaires et inconscients.

Les connaissances, habilités et attitudes évoluent lors des situations de crise rencontrées car ils se cumulent. La compréhension des différentes expériences professionnelles favorise un changement, une évolution, une transformation des données de départ. Je peux observer que les professionnels interrogés abordent essentiellement les apprentissages incidents et implicites.

Je peux aussi reprendre les 4 modes d'apprentissage énoncés par Carré, Portelli et Putot (1994) dont j'ai retenu : le mode relationnel ; le mode expérientiel et le mode conventionnel. Pour une grande majorité de professionnels interrogés le mode relationnel est prépondérant. En effet pour gérer les situations de crise, le professionnel va contacter différentes personnes ressources qui vont lui être utile de manière spécifique à la situation dans un contexte donné.

L'hôpital en tant qu'organisation apprenante

Reconnaître les savoirs émergents en situation de crise c'est reconnaître la part active de l'apprenant. C'est aussi reconnaître sa motivation, son investissement. Comment créer un environnement d'apprentissage en situation de crise ? Comment valoriser la part d'investissement de chaque professionnel dans sa recherche d'apprentissage ? Comment développer une culture de l'apprenance en formation des adultes ; dans les organisations ? Comment tendre vers un environnement capacitant ?

Un autre aspect de l'émergence de l'apprenance en situation de crise, concerne la question des organisations apprenantes¹⁷. Est-ce que les situations de crise mettent en évidence des caractéristiques spécifiques à ce type d'organisation ? D'après les personnes interrogées, la réponse est oui. Les organisations apprenantes favorisent les apprentissages collectifs de manière prépondérante. Les compétences collectives vont apparaître et évoluer. Je peux définir la compétence suite aux observations de terrain, comme un « savoir agir » réflexif, autodidacte qui démontre la bonne utilisation des ressources (humaines, pédagogiques, matérielles) mises à disposition par l'organisation dans un contexte donné, un lieu donné et un temps donné. Cette compétence nécessite un sentiment d'efficacité personnelle d'après mes observations. Dans le contexte particulier de la situation de crise, je peux dire qu'un professionnel compétent c'est une personne qui sait agir avec efficacité dans une situation de soin, une situation de travail inattendue. On peut dire que la compétence est conceptualisée, combinatoire et construite. Madame E.M., infirmière nous dit à ce sujet :

« La canicule ça a été l'horreur, on voyait qu'on avait de plus en plus chaud. Depuis la canicule, maintenant on a 4 à 5 chambres qui sont climatisés mais les stores en tissu n'ont pas été changés. Les médecins nous avaient expliqué le contexte des patients déshydratés. On avait aussi reçu des consignes pour les faire boire. C'était très pénible pour moi, je ne supporte pas la chaleur. On était terrassé par la chaleur, ça a duré 3 semaines en crescendo. Il y a eut des réunions de cadres pour la canicule et maintenant quand il y a une alerte canicule, on nous l'affiche, on a une feuille de route, mais on n'a pas eut de formation depuis ».

Lorsque la compétence est conceptualisée cela signifie que le professionnel lors de la situation de crise a une certaine compréhension des messages qu'il perçoit, des émotions qu'il ressent et qu'il est capable de transformer ces informations en une analyse réactive. Il a donc compris l'essentiel de la

¹⁷ En référence à Fernagu Oudet (2013).

situation et va pouvoir prioriser les actions et contacter les personnes ressources. La compétence peut être aussi combinatoire, c'est à dire qu'elle va s'articuler à d'autres capacités ou savoirs que le professionnel a déjà développé au cours de sa trajectoire professionnelle ou acquisition dans le cadre de la formation ou expérience de vie. On peut parler ici de l'effet cumulatif de ces différents savoirs qui font émerger une nouvelle connaissance. La compétence est aussi construite car lors de ces situations de crise un certain nombre d'aptitudes, d'habiletés, sont mises en œuvre et vont permettre aux professionnels de progresser en terme de savoir-faire qui s'acquiert progressivement. Cela correspond à la construction d'une forme de réactivité immédiate en situation qui lui permet de réagir au plus vite et de savoir comment prioriser. Madame C.M., infirmière, dit à ce propos :

« La crise de Saint Vincent de Paul a été la pire. Elle a duré 3 à 4 mois. Au niveau de l'administration ils remettaient tout en cause. Le poste de soin, seul lieu où l'on n'est pas tranquille depuis l'affaire Saint Vincent de Paul. Maintenant je ferme la porte quand je prépare une perfusion. Cet événement ça été comme un détonateur. Il faut apprendre à mettre en place des stratégies pour ne faire qu'une seule chose à la fois. Quand j'ai des soins auprès du patient, je prépare tout directement dans la chambre, pour ne pas faire d'erreur. Tant que je suis dans la chambre, on ne me dérange pas. Pour toutes les infirmières, l'affaire Saint Vincent de Paul, c'était une vraie situation de crise. Tout le personnel soignant a eut une formation obligatoire sur le calcul de dose et sur la réglementation du médicament. Les premiers mots qui me sont venus à l'esprit : la pauvre infirmière ! Nous avons ressenti de la compassion surtout quand on a su qu'elle venait aider sa collègue. On a ressenti de la peine. On s'est identifié à l'Infirmière. C'était une souffrance psychologique collective. On n'était pas préparé. On l'a cloué au pilori. Les valeurs de l'infirmière n'ont pas été reconnues, les média l'ont remise en cause alors qu'elle aidait une collègue qui était débordée sur une autre unité. Maintenant, je priorise ce qui est important pour le médecin ne l'est peut être pas pour moi. Il y a plus de rigueur. Notre posture a changée. Les procédures sont à jour, et on demande de l'aide si ça ne va pas. On apprend à s'affirmer davantage. Quand il y a une demande on apprend à prendre le temps. L'expérience c'est important. Cette situation bien qu'indirecte a été constructive car on a compris qu'il fallait être à tous les instants très vigilante, il n'y a pas de petits gestes. On doit être à ce que l'on fait dans ce travail. Quand il y a une erreur, il n'y a plus personne. Il y avait une tension palpable à cette période là. Le jour où j'ai appris l'erreur de Saint Vincent de Paul, j'étais dans la peau de l'infirmière. Même les collègues retraités ont exprimés leur compassion ».

La question à se poser, lorsque le professionnel gère une situation de crise dans un environnement spécifique est de savoir si l'organisation est aidante ou pas. Quels sont les moyens matériels, humains, pédagogiques et en termes de communication mis à disposition du personnel ? Nouvelles technologies de l'information, niveau de qualité de la communication interne ou externe, fonctionnement ouvert ou fermé des services ? Quelle est l'autonomie des acteurs concernés ? Le mode de communication favorise-t-il l'écoute des besoins, l'échange, l'esprit de négociation ? A ce propos Madame F., Infirmière, nous fait part de son expérience de diverses situations de violences :

« J'ai peut être appris à anticiper plus. Maintenant, j'anticipe davantage dans l'information aux familles par exemple. J'ai appris à anticiper la réaction des personnes. Je donne plus d'information et je suis davantage dans l'accompagnement. Ce type d'expérience est toujours constructif, on sait que ça peut exister, je ne sais pas si on en tire un apprentissage. L'expérience est importante. On appréhende mieux après. Ce qui m'a aidé le plus c'est la formation continue. C'était une formation sur site dans le même établissement, une formation sur les dimensions relationnelles du soin. Cela m'a été utile pour la communication dans des situations de violence entre autre celle avec la famille en crise suite au décès d'une patiente et le patient toxicomane. J'ai pu rester calme, j'ai utilisé la reformulation. J'ai été à l'écoute et je me suis montré disponible. J'ai aussi fait appel à ma

trajectoire de vie, j'ai compris qu'il faut toujours garder son calme. En formation initiale, ce sont les apports sur l'empathie, la coopération avec l'équipe qui m'ont été utiles. J'ai compris aussi que dans ces situations, il faut savoir appeler un expert lorsque cela est nécessaire et savoir demander de l'aide ».

Quel canal de communication est privilégié ? Communication ascendante, communication descendante, transversale ? Comment fonctionne ce réseau de communication ? Nous sommes dans un fonctionnement hiérarchique ou participatif ? Ce sont des questions qu'il faut se poser, pour savoir comment fonctionner s'il y a l'émergence d'une situation de crise ? La première étape est souvent une étape de communication d'une information importante à prendre en compte par la personne contacté : personne ressource, équipe d'encadrement ou administrateur de garde. Le mode relationnel de gestion des situations de crise s'est avéré primordial dans le récit des professionnels interrogés.

La notion de flexibilité, d'adaptabilité, de marge de manœuvre est importante pour le personnel qui vit la situation de crise pour pouvoir agir au plus vite et au plus près de la problématique rencontrée. Cette notion est à prendre en compte par la direction de l'établissement qui se doit de prévoir un plan B et le faire savoir à l'ensemble du personnel. Monsieur A., Infirmier s'exprime sur ce sujet :

« L'erreur de Saint Vincent de Paul a créé une situation de crise, sur tout le groupe hospitalier pendant des années. Suite à la terreur de Saint Vincent de Paul tout le personnel a été évalué, cela a induit une situation de crise dans tout le groupe. Tous les postes de soins sont passés au crible. Tout a été vérifié, contrôlé, tout le circuit des médicaments. Tous les soignants ont été évalués dans leur domaine de compétence avec les cadres présents ».

De plus, la notion de confiance de la hiérarchie, de l'équipe d'encadrement, de la direction est primordiale car en situation de crise le personnel est amené à prendre des décisions qui sont vitales pour les patients car il faut agir vite. Le soutien de l'équipe d'encadrement en place est déterminant. Se sentir en confiance avec son cadre est une des clés de réussite de la gestion d'une telle situation. De nombreux professionnels ont fait systématiquement référence à leur cadre qui est intervenu tout de suite face à un appel ou demande d'aide et les a soutenus jusqu'au bout. Ce soutien favorise le sentiment d'auto-estime.

A l'hôpital, la richesse apporté par les professionnels de santé, de part leurs spécialités, personnalités, différentes approches philosophiques, palette de formations ; participent à l'élaboration d'une culture propre qu'on peut appeler la culture de l'apprenance. Madame J.L., étudiante infirmière en stage en secteur public, lors de la canicule affirme à ce propos :

« Je n'étais pas stressée. C'est en regardant les infos que ça m'a choqué, les médias. Moi ça allait j'ai relativisé. La canicule, je l'ai vécue 15 jours. Il y avait un esprit d'équipe et de la solidarité. Je qualifierais cette situation de mémorable, d'inédite. Il n'y avait pas de précédent. Je n'ai pas remarqué de signes annonciateurs. Il faut prioriser par rapport aux soins. Est-ce que je me sentais préparé ? Oui et non. L'institution, n'a rien fait, rien n'a été mis en place. A l'école, on a eut ensuite un débriefing par notre Directrice et les Formateurs. C'était sous la forme d'un tour de table, on a pu s'exprimer sur une journée entière. On était à notre écoute. L'impact de cette situation c'était le niveau de responsabilité. C'était une situation pesante ».

Il y a aussi des savoirs collectifs, transmis à certaines étapes de la vie professionnelle, tels des rites de passages. Ces rites de passages sont parfois nécessaires pour être reconnus dans la communauté des professionnels de santé. Ils abordent souvent la traversée des situations les plus complexes, les plus difficiles à vivre émotionnellement pour les professionnels. Ces savoirs sont informels car ils n'apparaissent pas dans les ouvrages, ni dans les cours, il faut les vivre pour savoir ce que cela représente et être accompagné par un professionnel qui a de l'expérience. Cette transmission se fait au contact de la situation dans une culture orale.

Certains rituels sont mis en place comme par exemple toute la préparation autour d'un décès ou certaines situations d'urgence particulièrement complexes où les anciens sont là pour accompagner et donner les bonnes recommandations aux plus jeunes. Ils sécurisent l'espace et la prise en charge. On peut l'illustrer par exemple après la gestion d'une situation d'urgence si la situation est bien gérée par le professionnel ; il peut alors accéder à d'autres savoirs qu'on va lui transmettre à ce moment là par la communauté des soignants ou par les médecins. On peut parler de culte du savoir. La connaissance se gagne à la sueur du travail et des émotions. C'est une connaissance implicite qui se vit d'abord et s'assimile ensuite. Madame S., infirmière nous fait part de l'image de la canicule qu'elle a en mémoire :

« J'ai pensé à la médecine catastrophe, assimilé à la médecine de guerre. On n'a pas été très glorieux. On n'annonçait pas de chiffre, mais on savait que tous les jours il y avait des morts. Cela créait une atmosphère particulière, on n'a pas envie d'en parler. A l'extérieur de l'hôpital, les personnes nous disaient : vous soignez les patients ou vous les enterrez ? J'étais en première année, se retrouver confrontée à une crise sanitaire on se dit que ce n'est pas possible, on est en France, c'est une situation épique, rocambolesque, c'est hallucinant ! ».

Après avoir développé la notion d'apprentissage informel et d'organisation apprenante, nous allons aborder la deuxième catégorie d'apprentissages : les apprentissages d'ordre émotionnels.

5.2.2. Emergence des apprentissages émotionnels

La gestion émotionnelle en situation de crise transparaît clairement lors des différents récits. C'est pourquoi j'ai souhaité la présenter sous forme d'un axe majeur car elle permet de mettre en évidence l'impact des situations de crise sur le personnel. Je m'intéresse essentiellement à l'expression et à la maîtrise des émotions, sentiments et l'état d'esprit des acteurs concernés. On voit ainsi apparaître différentes stratégies de communication, d'adaptation ou de coordination au niveau individuel et collectif.

En ce qui concerne la conscience de soi, certaines personnes possèdent l'aptitude à rentrer en harmonie avec les signaux intérieurs perçus et connaissent l'influence des sentiments. Ces personnes sont en adéquation avec leurs valeurs et savent choisir la meilleure solution. Ceci grâce à leur capacité à prendre du recul dans une situation complexe comme les situations de crise et maintenir une vision systémique. Ce sont des personnes authentiques et capables d'exprimer leurs émotions.

Vis-à-vis de la juste image de soi, les individus sont capables de reconnaître leur force et leur faiblesse et souhaitent apprendre et progresser de manière constructive. Une juste image de soi leur permet de demander de l'aide et de savoir comment ils doivent évoluer. Les personnes qui ont

confiance en soi, n'ont pas peur d'une mission difficile type situation de crise. Elles dégagent souvent une « *présence* », une assurance qui leur permet de se mettre en avant.

Concernant la gestion de soi, la maîtrise de soi, les personnes ayant un contrôle de soi trouvent les moyens de gérer leurs émotions et de les canaliser en opportunité. Ils savent garder leur calme devant toute situation. Authenticité et congruence sont de mise. Ce sont des personnes qui vivent leurs valeurs, cela favorise l'intégrité de l'individu qui est capable de reconnaître ses erreurs et d'identifier celle des autres. Il ne les ignore pas, il a un potentiel en termes d'adaptabilité. Ce sont des personnes flexibles et capables de s'adapter à de nouveaux défis. Il apparaît aussi la volonté de réalisation. Ce sont des personnes qui ont un niveau d'exigence élevé et qui recherchent de meilleures performances individuelles et collectives. Ils sont pragmatiques. Ils ont la capacité à évaluer les risques et adapter leurs objectifs qui sont mesurables et atteignables. Ils souhaitent toujours mieux faire et le transmettre aux autres.

Les personnes capables de prendre des initiatives, sont conscientes de leurs valeurs et de leurs capacités à saisir les opportunités, ou les provoquer pour créer de meilleures possibilités pour l'avenir. C'est une personne qui souhaite aller de l'avant et pour qui toute situation est une situation d'apprentissage donc une opportunité pour apprendre et pas une menace, ni un échec. Ces personnes ont une vision optimiste et positive sur les autres dont ils attendent le meilleur. Elles pensent que le changement sera bénéfique. C'est une personne idéaliste, elle a un idéal et elle le porte.

Les relations aux autres, ou l'intelligence inter-personnelle, est une caractéristique des personnes empathiques à l'écoute des signaux émotionnels et qui développent la capacité à ressentir les émotions individuelles ou collectives d'un groupe. Leur capacité d'écoute attentive leur permet de comprendre la perspective de l'autre quel que soit sa culture ou ses caractéristiques propres. C'est une personne stratégique à l'écoute de l'organisation. Elle a la capacité à cibler les personnes clés et les modalités de communication formelle et informelle en place dans l'organisation. Elle peut également avoir une passion pour son travail, c'est une personne investie. Elle favorise un climat émotionnel propice aux relations positives. C'est une personne disponible.

Les personnes qui créent de la résonance et motivent le reste de l'équipe pour une vision positive et une mission fédératrice, ce sont des personnes charismatiques et qui ont une vision passionnante dépassant le quotidien. C'est une personne capable de bien présenter les choses. Elle peut devenir un meneur persuasif d'un groupe. Elle saisie l'enrichissement apporté par les autres. Elle est dans une approche compréhensive, dans une posture d'accompagnateur, comprend les objectifs, forces et faiblesses des autres et les révèle. C'est une personne présentant des capacités à évoluer et dépasser les limites rencontrées. Elle a aussi la capacité de trouver un idéal commun quel que soit le contexte même conflictuel. Elle a en plus le sens du travail en équipe et de collaboration. C'est une personne qui génère une atmosphère collégiale et amicale.

Compétences intra-personnelles

Dans le chapitre 2, j'ai abordé l'apport des neurosciences qui a permis de reconnaître l'importance du système neurologique pour l'individu où les aspects liés au système nerveux a un rôle essentiel. J'ai constaté que l'apport de l'intelligence émotionnelle va un peu plus loin, en reconnaissant l'importance de la connaissance intra-personnelle en général et de la gestion des émotions en

particulier. On est ici dans une démarche de maîtrise de ses émotions, de la maîtrise de soi, de la reconnaissance de soi, de l'auto-estime. Un individu qui se connaît, qui réfléchit sur son positionnement, qui possède une bonne auto-estime de lui-même, qui sait maîtriser ses émotions est un individu plus à même de gérer les situations de crise. A ce propos, Madame A-S., jeune infirmière, souligne, à propos de la canicule :

« J'étais affecté, cela crée une espèce de tension. Voir des personnes mourir c'est choquant, mais constructif ».

Les émotions sont le système d'alarme du cerveau. Elles fonctionnent comme des guides automatiques. Elles sont les « marqueurs somatiques » dont parle Damasio (1995). Nos émotions assurent une importance primordiale dans notre processus d'adaptation aux situations de crise. Notre intelligence émotionnelle quand elle se manifeste en parfaite harmonie dans notre cerveau nous permet d'accéder à des niveaux de performance supérieurs. Dans les situations de crise, les professionnels de santé ressentent des émotions et sont amenés à prendre des décisions qu'ils ne soupçonnaient même pas. De cette interconnexion parfaite résulte l'interconnexion créative, l'intuition et la maximisation de notre potentiel intellectuel. Madame I., cadre, nous fait part de son témoignage suite à un suicide par arme à feu du fils d'une patiente hospitalisée en gériatrie :

« L'infirmière qui était en première ligne et qui avait découvert la situation, dans la salle de bain de la patiente était en sidération totale. Je l'ai envoyé via la médecine du travail, en cellule de crise psychiatrique avec l'aide soignante et moi-même. En tant que cadre j'ai montré l'exemple en m'y rendant avec elles. Ensuite il fallait l'équipe pour témoigner, il fallait les remplacer, j'étais là pour le faire. Puis il a fallu finir de nettoyer la chambre de la patiente, je l'ai fait. Personne ne voulait le faire, ils étaient en état de choc ».

Nous observons à travers cette situation de crise que le cadre garde tout son sang froid et prend le relais systématique de l'infirmière et de l'équipe. Cela démontre des compétences intra-personnelles, elle est dans une démarche de maîtrise de soi malgré la difficulté de la situation. L'infirmière en état de choc ainsi que l'équipe sont complètement bloqués devant l'ampleur de la situation et ne parviennent plus à faire face. Ils sont impuissants. A ce sujet également, Madame A-S., infirmière, s'exprime ainsi à propos d'un exercice de simulation d'une attaque terroriste dans un établissement pédiatrique proche de son établissement, elle s'apprêtait à recevoir d'un moment à un autre des patients :

« On était en alerte, on avait pensé au 11 septembre 2001. Des réflexes sont apparus, on avait l'impression d'avoir déjà une expérience. On a fait un comparatif avec le 11 septembre. On a tout de suite regardé s'il y avait des informations à la télévision dans la chambre des patients. Je n'étais pas préparé à ce type de situation de crise ».

Toutefois, si nous avons des états émotionnels inappropriés ou négatifs, le blocage peut amener à des attitudes inadaptées. La connaissance des différents états émotionnels nous permet de mieux maîtriser les effets sur notre bien-être physique et mental. Ils nous permettent aussi de comprendre comment les émotions négatives peuvent bloquer notre potentiel cérébral et notre niveau de performance. Le stress est un état émotionnel complexe et les effets nocifs du stress sont maintenant largement connus. Nous savons que les situations de crise sont des situations particulièrement stressantes. La gestion du stress est donc primordiale dans la bonne résolution de la situation. Madame D., infirmière, nous fait part de ses observations lors de la canicule :

« J'ai des collègues qui sont restées traumatisées, marquées. Quand je suis revenue de vacances, elles étaient épuisées, elles se sont plaintes pendant longtemps, à peu près un mois. C'était pour elles une période longue, difficile et fatigante ».

Le stress en situation de crise arrive parce que l'individu se voit submergé par une situation de grande perte ou de changement significatif et peut se caractériser par divers facteurs : permanence de l'état émotionnel sur une longue période ; sentiment de danger, anxiété ; situation perçue en dehors du contrôle de l'individu ; rupture avec la routine quotidienne ; risque permanent d'aggravation de la situation ; répercussion possible avec des grands changements à venir. Madame D., infirmière nous fait part d'un état de sidération après une situation de suicide d'une patiente dans son unité de soins :

« J'étais sonné, je me suis laissé porter. J'avais les autres patients à m'occuper. L'administrateur de garde est venu, la police aussi. Ils ne m'ont rien demandé. Le lendemain, le cadre supérieur est venu ainsi que le psychologue pour en parler. On en a parlé pendant deux jours de suite. Avec une ancienne Aide Soignante, on a pu tout de suite en parler, ça a permis de tamiser la situation, ça s'est tassé. On était quand même en état de choc. Je me suis déculpabilisée progressivement. La situation a été gérée indépendamment de moi. Je me suis laissé porter par les autres professionnels qui sont intervenus naturellement ».

Nous constatons que l'infirmière est ici dépassée par la situation, elle est en état de choc et n'a plus conscience de la maîtrise de la situation. Le relais est prit automatiquement par le reste de l'équipe. L'esprit d'équipe et de collaboration est primordial dans ce type de contexte. Les conséquences physiques et intellectuelles du stress sont aussi largement connues : accélération du rythme cardiaque ; augmentation de la pression sanguine ; contractions musculaires ; altération de la respiration ; activation d'un état d'alerte ; ségrégation d'adrénaline et de cortisone ; mobilisation de la mémoire corticale dirigée vers la résolution du problème. Le stress lorsqu'il est bien maîtrisé peut aider dans la résolution des problèmes. La meilleure manière de gérer le stress est la maîtrise de la gestion du changement. Madame S., infirmière, nous fait part de son expérience lors de la canicule :

« La canicule c'était épuisant par rapport aux conditions de travail, les locaux n'étaient pas adaptés à cette chaleur. C'était épuisant, d'un point de vue physique. On n'a pas été confronté à la mort comme certaines unités. Moralement je n'ai pas de souvenir d'une détresse morale plutôt au niveau du matériel. Les médecins venaient tout de suite, c'était très confortable. C'est au moment où l'on vit la situation qu'il faut en parler, il ne pas s'isoler. Quand je rentrais seule chez moi, j'avais besoin d'en parler. Je n'aurai pas pu supporter autrement. Il faut évacuer, penser à autre chose. On a besoin d'être accompagné dans la vie personnelle, il faut avoir un exutoire. Pendant cette période là, on se disait : j'espère qu'il ne va pas y avoir trop de morts demain ! Ma famille m'avait prévenu que ça allait être difficile. Le plan blanc était déclenché. J'ai une image dans la tête comme dans les films de catastrophe. C'était la chaleur, les conditions de travail, les problèmes de matériel. Physiquement je rentrais chez moi, je ne bougeais plus. J'avais des pertes de mémoire. Le soir quand je rentrais chez moi, j'étais trop fatiguée. Je n'avais pas la force de faire quoi que ce soit dans ma vie personnelle. Physiquement c'était très difficile, moralement ça allait ».

Comprendre ce qui est entrain de changer et pourquoi. Se demander si on peut le résoudre. Est-ce que l'on peut soi-même contribuer à la résolution de la situation ? Une technique très utile est une technique de la tentative et de l'erreur. On peut essayer une idée et si elle est erronée, on peut revenir en arrière et essayer une autre. Madame D.B., Infirmière, souligne à ce sujet lors d'un incident :

« Une tentative de suicide, c'est la vie à l'hôpital. Pour la jeune femme qui s'était suicidé dans sa chambre, quand avec ma collègue on est arrivé le lundi matin, on ne l'a pas vue sur le tableau, on a demandé si elle était sortie. On nous a annoncé lors des transmissions qu'elle s'était pendue avec sa sonde gastrique au support de la télévision suspendue en hauteur. C'était un choc. Car on ne s'y attendait pas, tout avait été sécurisé dans la chambre. On avait une bonne entente entre l'équipe et on en a beaucoup parlé, on a exprimé par des mots nos émotions. Ils étaient aussi marqués que moi, je me disais alors que je réagissais à peu près normalement. Je ne pensais pas qu'une infirmière avait à gérer de telles situations. Le fait que l'équipe se soutienne, qu'il y ait une cohésion d'équipe a été aidant, le fait aussi de pouvoir le verbaliser, d'avoir une écoute. J'ai retrouvé un esprit de solidarité et des valeurs ».

Un autre aspect dans la gestion intra-personnelle en situation de crise est le développement de l'auto-estime et du bien-être émotionnel. L'auto-estime est liée à l'image que nous avons de nous-mêmes. Le sentiment d'auto-estime se manifeste par de l'enthousiasme et un sentiment de réalisation personnel. Nous manifestons des comportements plus ou moins stables qui sont le résultat de notre parcours personnel, nos émotions, nos croyances et nos opinions. Ce type de comportement génère une attitude, un positionnement. L'attitude est formée par une triade d'influence mutuelle, d'abord la composante cognitive (information, croyance, opinion) ; une composante émotionnelle (émotion et sentiment) ; et une composante comportementale. Madame A.-S., infirmière, l'exprime ainsi lors de la canicule :

« Lors de la canicule j'étais en position de stagiaire, c'est une posture particulière. Je me sentais valorisée car j'accompagnais les infirmières qui ne connaissaient pas le service. J'étais contente d'encadrer. La Cadre m'a dit que je m'étais bien adaptée. J'étais fière de moi, j'avais l'impression d'avoir fait quelque chose d'utile. J'étais dans une posture professionnelle, c'était positif, cela m'a donné de l'assurance. J'ai du prendre des initiatives. Il faut y aller on n'a pas le choix, il y a moins d'infirmières, il faut se mettre à l'œuvre. J'ai du faire davantage de soins, prendre plus de responsabilités, plus de patients en charge. La formation initiale m'a donné les bases, ensuite cela dépend de ce que vous en faites. C'est le savoir-être qui est important dans ces moments là, il faut savoir aller de l'avant. Je n'avais pas le choix ».

L'attitude peut être polarisée, elle peut être positive ou négative. Face aux situations avec lesquelles nous avons une attitude négative, nous avons tendance à les éviter. Alors que les situations où nous avons une attitude positive, nous avons tendance à bien les accueillir. Lorsque nous arrivons à changer la composante cognitive de notre attitude en changeant notre opinion ou nos croyances, nous arrivons à altérer la composante émotionnelle et ainsi avoir une prédisposition plus positive face aux situations difficiles. Madame D.B., infirmière, a gardé une impression négative d'une situation de tentative de suicide mais qui a évolué en un apprentissage expérientiel :

« L'image que j'ai gardé à l'esprit, j'imagine la patiente qui s'est pendu à la télé. J'y pense encore quand je vois les télés suspendues en hauteur dans les chambres. Cette expérience restera toujours un réflexe, une vigilance particulière qu'il faut avoir, un savoir expérientiel ».

Compétences inter-personnelles

Les compétences inter-personnelles concernent la capacité à percevoir ses propres émotions et celles des autres pour favoriser les performances collectives du travail en équipe ou la communication avec d'autres personnes. A ce sujet, les infirmières sont de plus en plus exposées à la détresse physique et

émotionnelle des patients et ont besoin de savoir gérer leurs propres émotions en situation de travail. Alors qu'il est maintenant considéré comme acceptable pour les infirmières de montrer leurs émotions et de l'empathie vis-à-vis des patients, il apparaît aussi le besoin de gérer leurs émotions pour offrir une aide et un soutien. En somme, il faut utiliser des stratégies qui favorisent l'empathie et évitent la contagion émotionnelle. Madame F., infirmière expérimentée en parle et nous dit à propos des situations de violence :

« La gestion de cette situation de violence avec le toxicomane hospitalisé en orthopédie en garde à vue, s'est gérée de manière collective. Je me suis quand même aperçu qu'il y avait des personnes aidantes d'autres non et certaines dans la fuite. Le patient divaguait partout, il faisait peur aux autres patients. J'ai fait appel aux différentes unités. J'ai dû aussi alerter l'équipe de sécurité, ils l'ont suivi une partie de la nuit. La sécurité nous a d'abord rassurée car le patient mesurait un mètre quatre vingt dix, il était très costaud. C'était une armoire à glace. Cela me faisait mal au cœur de voir les risques qu'il prenait. J'étais choqué, j'étais stressée. Il était potentiellement agressif. L'Aide Soignante avait une paire de ciseaux pointus dans sa poche tellement elle avait peur. C'était ingérable, il était impressionnant physiquement et très agité. Il n'écoutait pas, il était nerveux. On n'osait pas lui dire quelque chose. Le chirurgien a fini par lui dire au bout de trois jours, qu'il ne souhaitait pas l'opérer vu son agressivité. Il est finalement parti avec un plâtre ».

La gestion des émotions est primordiale en situation de crise. Le travail émotionnel, se définit comme la gestion des sentiments afin de maintenir une apparence extérieure qui entraîne les autres à se sentir en sécurité. Les infirmiers se livrent déjà naturellement à une attitude bienveillante. Il s'agit par exemple de donner des informations et des recommandations utiles, en aidant les patients à adopter un comportement favorable. Malgré tout, il émerge aussi des émotions comme la tristesse, la joie et la compassion.

En parallèle de ces émotions d'une valeur positive, les infirmiers peuvent également éprouver des émotions négatives comme la frustration, le dégoût, l'irritation et la colère. Afin que les patients puissent se sentir pris en charge, il est nécessaire de communiquer de manière appropriée lors de la situation. Le travail émotionnel, c'est aussi être en congruence. Le langage utilisé doit être en correspondance avec son attitude non verbale. Cela implique donc un travail sur les émotions. Madame D., infirmière nous fait part de ce qu'ils avaient mit en place lors de la canicule malgré les conditions difficiles :

« J'ai vécue la canicule sur une durée de 10 jours. C'était le début de la canicule. La chaleur était insupportable. Les patients n'étaient pas bien. On faisait comme on pouvait. On était pris dans le contexte de la canicule. On essayait alors de bichonner les patients ».

Nous savons que le travail émotionnel implique un échange d'ordre personnel. L'authenticité est de mise. Pour certains dialoguer avec les patients est réflexif ou automatique mais pour d'autres cela exige un travail émotionnel si on veut montrer des réponses émotionnelles authentiques. Madame J.F., infirmière, dans la gestion d'une situation de violence d'un patient en rhumatologie qui voulait rentrer chez lui, l'exprime ainsi :

« La non observance des traitements peut rendre violent un patient qui a des antécédents psychiatriques. Il faut garder son sang froid et rester calme, dialoguer même si on a des insultes. Il faut prendre de la distance vis-à-vis des propos du patient violent. Il est important de garder un échange pour pouvoir faire le soin. Il faut maintenir un vrai travail relationnel, une mise en confiance pour gérer un patient violent surtout quand il faut lui faire une injection intramusculaire.

Ce savoir relationnel, il n'y a pas de procédure, c'est une prise d'initiative. C'est informel. Quand je pense à la force qu'on a eut pour maintenir le patient, on était deux infirmières et un médecin pour le maintenir dans le lit. Cette situation nous a dépassé, après on était épuisé pendant deux jours. Ma formation professionnelle de base n'a pas été utile car je n'ai jamais fait de stage en psychiatrie, même les apports théoriques ne m'ont pas servi. J'aurai eut besoin d'une formation sur la gestion de la violence. J'aurai aimé avoir une formation sur ce sujet ».

On voit ici que l'infirmière consciente de ses valeurs et de sa capacité à prendre des initiatives a compris comment gérer ce patient, elle a demandé rapidement l'intervention d'autres professionnels pour le canaliser. L'infirmière fait preuve d'intelligence inter-personnelle, elle démontre une capacité à cibler les personnes clés. Elle favorise aussi un climat émotionnel propice à la gestion de cette situation. Elle se rend compte que sa formation de base ne lui a pas apporté des connaissances pour gérer cette situation de violence imprévue. On constate ici qu'on est dans les apprentissages informels et que l'on peut avoir besoin d'approfondissements. A un moment donné, la formation peut être un besoin identifié par le professionnel lui-même. Il est en demande et démontre la capacité à se remettre en question et souhaite progresser dans sa pratique. On voit émerger la motivation, la rigueur professionnelle et on se dirige vers une maîtrise progressive de la situation au regard des expériences rencontrées. On est ici dans l'apprenance.

Le travail sur les émotions demande une part d'investissement des infirmières et cela peut avoir un coût personnel. On peut se sentir émotionnellement épuisé. Certes, tous les patients ont besoin d'une implication émotionnelle intense. Cependant, dans des situations de crise où ils sont bouleversés ou lorsque l'infirmière doit gérer une période de stress extrême, une relation de proximité soignant-soigné est susceptible de se développer. Il s'agit de se connaître et de mettre en place une relation authentique. Madame A-S., s'exprime ainsi suite à son expérience lors de la canicule :

« J'étais choquée, oui et non. Ma grand-mère était à l'époque atteinte de la maladie d'Alzheimer, j'avais l'impression de la voir quand je voyais une personne âgée. Je retrouve l'image de ma grand-mère, on voit la déchéance de l'être. Dans certains cas, j'avais l'impression de retrouver ma grand-mère, c'est difficile à vivre ».

Cependant, le travail émotionnel en situation de crise est particulièrement éprouvant. Une surcharge de travail ou charge mentale importante peut nuire à la santé physique et psychologique des infirmiers et peut les mener à l'épuisement professionnel ou processus de « burn out ». Un équilibre, une juste distance relationnelle et juste implication est nécessaire pour porter une attention individualisée aux patients tout en reconnaissant ses limites personnelles. Il s'agit de mettre en place des stratégies d'adaptation pour se protéger de l'épuisement professionnel et limiter les mécanismes de défense qu'il faut savoir identifier. A ce propos Madame I., cadre de santé, était à l'époque en gériatrie et nous dit :

« Je reçois plusieurs appels sur mon bip dont une personne qui a confondu mon bip avec celui du médecin. Au téléphone l'infirmière était paniquée, elle cherchait à joindre le médecin. Apparemment le fils d'une patiente s'était enfermé dans la salle de bain de sa maman hospitalisée. Il s'était tiré une balle dans la tête. Lorsque je suis arrivée, j'ai constaté que l'infirmière en première ligne qui avait découvert la situation était en sidération totale ».

Certaines infirmières ne se sentent pas toujours bien préparées pour répondre aux exigences sociales, et émotionnelles que les situations de crise comportent. Nous savons que la capacité des infirmiers à

gérer leurs propres émotions et à comprendre celles de leurs patients est un atout dans la prestation de soins. Monsieur A., Infirmier, s'exprime les difficultés rencontrées lors de la canicule :

« Lorsqu'il y eut la canicule de 2003, j'étais en médecine interne à l'hôpital, on avait que des personnes âgées. Physiquement, c'était difficile. J'ai du m'arrêter à la fin car j'étais à 9 de tension. Les organismes étaient éprouvés. Toute l'équipe était épuisée, il y a eut des arrêts de travail pendant une durée de 3 à 4 mois, suite à la canicule. La fatigue est retombée après et j'ai une collègue qui s'est fait une fracture de fatigue. On avait des problèmes de sommeil, on n'arrivait pas à récupérer. Il faisait 24°, on ne dort pas, c'est la canicule la nuit qui tue. Les personnes n'arrivaient pas à récupérer ».

En situation de crise, les infirmières accordent une importance primordiale au travail d'équipe, non seulement au niveau d'un service mais aussi à coopérer avec d'autres professionnels de santé. Madame I., cadre de santé à l'époque aux urgences en secteur public, illustre la valeur du travail en équipe :

« Il y a eut aussi la tempête de 1999, c'était à la période de Noël, je venais d'arriver aux urgences depuis peu en tant que cadre. Les verrières avaient explosées ainsi que les baies vitrées. Une infirmière était entrain de faire une prise de sang chez une personne âgée et la verrière a éclaté lors du soin. Les bouts de verres sont arrivés sur l'oreiller, ça a failli provoquer un accident. L'hôpital était désorganisé, il y avait des victimes, les personnes étaient paniquées. Des personnes âgées étaient venues pour se rassurer à l'hôpital car elles étaient seules chez elles, elles avaient peur. Elles avaient besoin de réassurance, de soutien. On s'est débrouillés seuls, c'était la nuit. On ne savait pas quoi faire. On était présent, il faut montrer qu'on est là avec les équipes pour les aider, brancarder lorsque cela est nécessaire. Il faut montrer une attitude de soutien et qu'on est avec eux ».

L'Intelligence émotionnelle d'une équipe n'est pas simplement la somme de l'Intelligence émotionnelle des personnes. Au contraire, l'Intelligence émotionnelle est générée dans l'équipe en tant que norme, la confiance mutuelle se développe et une identité de groupe est formée. Ces qualités constituent la base de la coopération et de la collaboration. Dans notre système de soins actuel, il est important de favoriser la confiance, la compréhension et la coopération.

Il est primordial d'exprimer les émotions et de parler de la situation entre les membres de l'équipe. Une forme de soutien se met en place. L'équipe devient aidante. Nous pouvons nous interroger sur les moyens mis à disposition par l'organisation hospitalière pour les autres membres de l'équipe soignante touchés eux aussi par cette situation. La prise en charge et le bien être d'une équipe, doivent être pris en considération car la souffrance des soignants est présente et il est nécessaire de l'évacuer, au minimum de recevoir une écoute active. Madame J.F., infirmière, gère une situation de violence d'un patient qui est très agité en service de rhumatologie et fait appel à l'équipe pour le maintenir :

« Il faut avoir un caractère pondéré. Il faut rester calme. Un point fort, c'est qu'on était deux infirmières anciennes, on avait l'habitude de travailler en binôme. On prenait en charge toute l'unité ensemble. Avec l'expérience, on développe un esprit d'alerte, on est plus dans l'observation des patients et des familles, plus à l'écoute. On détecte plus facilement certains signes, on va faire attention quand un patient a perdu de la cohérence, attention aux troubles confusionnels, c'est un début de situation difficile. L'expérience est acquise grâce aux observations de terrain ».

On voit que Madame J.F. est à l'écoute et dans l'observation, c'est son « *baromètre* » de la situation de crise. C'est son outil de travail. La complémentarité des compétences sociales de l'équipe à se coordonner et la capacité à analyser cette situation et à être en alerte au moindre signe favorise une bonne gestion.

En somme, les principales compétences mises en relief en situation de crise par la perspective de l'Intelligence émotionnelle sont la capacité à comprendre la situation, à bien travailler en collaboration en équipe et avoir une pleine conscience de soi. Cela semble particulièrement pertinent dans les contextes difficiles qui requièrent un travail en équipe pluridisciplinaire, mais surtout lorsqu'on se retrouve en situation de stress extrême. Ainsi on peut dire que la gestion des émotions est nécessaire dans les interactions fructueuses, afin que les professionnels soient dans la compréhension des autres et puissent à leur tour influencer positivement les sentiments des autres (patients ou collègues de travail). Les compétences relatives à l'intelligence émotionnelle mises en évidence par les professionnels interrogés, développent selon mes observations de terrain une démarche auto-réflexive.

5.2.3. Emergence d'une démarche auto-réflexive

Sentiment d'efficacité personnelle

Les capacités auto-réflexives sont déterminantes pour agir devant l'imprévisible. Etre capable de réfléchir, de se questionner, d'analyser et de prendre les bonnes décisions apparaît comme une priorité. L'auto-efficacité est mentionnée par de nombreux professionnels dans la gestion des situations de crise. L'expérience vécue est l'une des sources du sentiment d'efficacité. Le succès et les échecs entraînent une augmentation ou diminution du sentiment de sa propre efficacité. De même l'expérience peut affecter les perceptions d'efficacité, sous certaines conditions liées à la fois au modèle de l'autre et à l'observateur. Ainsi le fait d'observer un partenaire jugé de compétence égale entrain de réussir un soin ou de gérer une situation amènera le sujet à se sentir lui-même capable d'en faire autant.

La persuasion verbale peut entraîner ou non chez le professionnel une conviction sur ses propres compétences que l'autre cherche à instaurer. D'autre part un état physiologique manifestant une forme d'émotion peut induire des perceptions d'auto-efficacité favorables ou défavorables, particulièrement en situation de crise. A ce propos Madame D., infirmière dit suite au récit d'une tentative de suicide qu'elle a eut à gérer :

« Une situation de crise, c'est constructif. Une erreur, c'est également toujours constructif, tout est constructif. Il faut juste savoir en tirer des conclusions, se remettre en question. Ça peut être enrichissant ».

Les effets du sentiment d'efficacité personnelle présentent un vecteur majeur de la performance en particulier pour apprendre. Ils interagissent avec l'ensemble des dimensions motivationnelles, affectives et cognitives du concept de soi en situation qu'il s'agisse du travail de l'éducation ou des relations inter-personnelles. Le rôle des perceptions d'efficacité dans l'adaptation et le changement est prépondérant.

Les professionnels conçoivent par eux-mêmes des programmes d'action et se construisent des buts et des défis pour se motiver, guider et réguler leurs activités dans les limites de leur possibilités perçues et objectives ; ce sont des compétences stratégiques. D'un point de vue sociocognitif, ce potentiel d'auto-direction vient de la personne à savoir sa capacité permanente à changer et à apprendre. La grande variabilité interculturelle et la rapidité de l'adaptation des individus aux changements accélérés de leurs environnements sont des preuves suffisantes de leurs possibles transformations.

En situation de crise de nombreux masques tombent, l'hypocrisie, les jeux des acteurs, les enjeux individuels ou collectifs n'ont pas de place. Une situation de crise appelle à la réflexivité immédiate. L'efficacité passe par une information précise et objective et par une bonne organisation. Savoir contacter les bonnes personnes au bon moment c'est primordial, presque vital car le temps, la temporalité devient l'urgence. Il faut agir vite et bien. Le temps est précieux. Il faut gérer au plus vite avant que la situation ne s'aggrave. La réflexivité est importante.

La situation de crise, lorsqu'elle émerge est le révélateur du bon fonctionnement d'une organisation. Elle est aussi révélatrice des compétences informelles encore inexploitées des professionnels eux-mêmes qui ne les connaissent pas encore. Dans un contexte de crise, il faut dépasser ses limites habituelles, ses connaissances. Il faut rechercher de nouvelles stratégies, de nouveaux savoirs, une nouvelle organisation. C.M., infirmière, nous dit lors de la canicule :

« J'avais des collègues qui étaient très épuisés. C'était visible sur leur visages, les traits étaient tirés, elles avaient minci. Les Cadres ont sous estimé la souffrance des filles, elles l'ont exprimé. C'était comme un phénomène de banalisation, c'était normal. C'était une situation exceptionnelle, si ça recommence ça va être la catastrophe. J'ai l'impression qu'on va se retrouver dans les mêmes conditions si la canicule revient. C'était une situation catastrophique. On avait découvert beaucoup de personnes âgées isolées, certains patients disaient : je n'ai personne ! Une des patientes a été retrouvée seule par terre chez elle. C'était une voisine qui avait appelé les pompiers ne la voyant pas. La canicule a été une des pires situations, elle marque les mémoires ».

D'ailleurs en situation de crise, nous l'avons vu auprès des professionnels interrogés, ce sont les personnes qui sont au plus près de la situation, c'est-à-dire au plus près des patients sur le terrain qui vont agir tout de suite. Lorsque la situation le permet, il est vrai que les cadres de proximité connaissent parfaitement bien l'organisation et les ressources à disposition. Elles peuvent orienter tout de suite et faire gagner un temps précieux. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ils doivent toujours être joignables. Mais le week-end, la nuit ou de garde parfois l'équipe d'encadrement n'est pas présente et c'est là où le professionnel doit faire face seul aux situations complexes qu'il rencontre et va apprendre à gérer ce type de situation. De nombreux infirmiers y ont fait référence. A ce moment là, le sentiment d'efficacité personnelle du professionnel est prépondérant et occupe une place stratégique dans le management de la situation de crise.

Croisement de la trajectoire de vie, trajectoire de formation et expérience professionnelle

Nous avons vu dans les chapitres précédents que les différentes situations de crise participent à la professionnalisation du personnel interrogé. Les savoirs à mobiliser dans les différentes situations rencontrées par les professionnels sont relativement diversifiées et complexes car pas toujours maîtrisés. Ce sont des savoirs inconnus parfois mêmes invisibles et qui émergent de la situation elle-même. La question à se poser à ce stade est la suivante : est ce que ces savoirs sont issues de la

trajectoire personnelle, trajectoire de formation ou trajectoire professionnelle ? D'après mes observations de terrain, il ressort souvent des références croisées entre la trajectoire de vie, la trajectoire professionnelle et la trajectoire de formation. Madame J.L., Infirmière s'exprime sur la canicule :

« Lors de la canicule, j'étais en stage de deuxième année sur la région parisienne. On m'a mit à travailler comme Aide Soignante en chirurgie car on avait besoin d'aide. On a rappelé des Infirmières et des Aides Soignantes en repos. Il y avait beaucoup de travail, on avait l'impression de ne jamais s'arrêter. Il fallait de l'eau, tout le temps. On était fatigué. On avait des grosses journées, on courait dans tous les sens. J'ai compris qu'il y avait un risque de déshydratation, c'est devenu un réflexe. C'était un hôpital régional, un petit établissement. J'étais considéré comme une professionnelle, c'était une expérience. J'ai compris que dans notre travail, il n'y a que des priorités, le patient c'est l'acteur numéro un, c'est notre priorité. Lors de la canicule, on n'avait pas envie de bouger, tout geste demandait des efforts. Il y avait des facteurs individuels, certains soignants supportaient mieux la chaleur, certains étaient plus atterrés que d'autres. Quand on avait besoin de demander de l'aide, on demandait aux Cadres et aux Infirmières. Je suis restée très calme. Il faut savoir aller à l'essentiel, ne pas oublier le rôle propre. Il faut prioriser par rapport aux soins. J'avais un parcours avec une expérience personnelle, ma grand-mère suite à un coup de chaleur était morte quelques années auparavant. J'avais donc cette première expérience. Les apports de la formation initiale, en première année m'avaient aidé, on avait eut les enseignements de gériatrie et on savait qu'il y avait un risque pour les personnes âgées de se déshydrater. En tant qu'étudiante de deuxième année, cet enseignement convenait parfaitement à la situation. Ce qui m'a apporté le plus dans cette situation c'était la formation. J'ai gardé à l'esprit, l'aide de l'équipe, le collectif. Cette situation était constructive. J'ai aidé l'équipe pour aider à gérer la situation et éviter les complications. A chaque situation de soin cela devient plus facile ou plus complexe. Au début, on ne sait pas quoi faire, puis on prend du recul pour ne pas stresser. Je ne connaissais pas ce type de situation mais je savais à qui faire appel. On apprend des grosses situations d'urgence, les autres je ne connais pas ».

En effet, l'espace des apprentissages s'élargit à l'espace personnel car on remarque chez les professionnels de santé le croisement entre les savoirs issus de leur trajectoire personnelle et professionnelle. L'autre question qui émerge : peut-on distinguer le professionnel de l'être humain, du sujet social avec ses propres caractéristiques ?

La prise en compte de la trajectoire du professionnel est un élément important de la reconnaissance de ses compétences. Son vécu, sa culture, son identité, ses valeurs, ses croyances et ses représentations ne peuvent se détacher de son identité. Valoriser la trajectoire personnelle, les apprentissages informels développés dans son parcours de vie (vie associative, caritative, religieuse, philosophique, artistique, sportive etc.) font partie intégrante de la valorisation des compétences du professionnel. Madame A-S., infirmière nous parle de sa trajectoire de vie, elle avait arrêté ponctuellement sa formation pour faire une mission humanitaire à Madagascar :

« J'ai beaucoup appris sur moi, au point de vue humain. Quand il n'y a pas de moyen technique, il n'y a pas de médicaments pour les dispensaires non subventionnés, c'est difficile. Les dispensaires étrangers eux il en avait. Les locaux sont là mais les médicaments non. Si on veut se faire opérer, il faut d'abord acheter tout le matériel. Cette expérience m'a fait réfléchir sur moi-même. J'ai appris à aller à l'essentiel, qu'est ce qui est important ou pas, comment on affronte les difficultés ? 3 mois c'est peu ».

Madame S., infirmière, nous dit suite à la canicule :

« Aujourd'hui avec mes 12 ans d'expérience, ce serait dur psychiquement et physiquement. Je gèrerais autrement. C'est difficile d'être confronté à un tel afflux de patient et les voir partir. On a beau avoir été formé à la mort. Ce n'est plus de la médecine, c'est de la médecine de catastrophe. Il n'y a rien dans la formation qui puisse aider à ce type de situations. J'ai reçu de l'aide par l'équipe. La canicule de mon point de vue c'était constructif. C'est à notre niveau de pallier aux insuffisances de l'institution. C'est les soignants qui ont pallié. Si on arrive à garder un état d'esprit positif et la tête froide, on peut réussir ».

Certains professionnels de santé pour évoquer les situations de crise rencontrés professionnellement, ont fait souvent référence à un souvenir de situations de crise dans leur propre trajectoire personnelle. L'évocation même de la situation de crise a fait émerger de fortes émotions qui resurgissent de leur vie personnelle. Parfois même certains professionnels expliquent que certaines situations de crise vécus dans leur vie personnelles leur a permis de gérer une situation difficile. P.M., Cadre, nous dit lors de la canicule :

« Le drame c'était surtout en ville. On n'est pas préparé à ce type de situation de crises. Tout vous tombe sur le visage ».

Dans l'exemple spécifique de la canicule, certaines personnes étant habituées à voyager dans des pays chauds, ont fait référence à leur origine pour expliquer qu'elles ont utilisé des connaissances d'ordre personnel pour gérer la chaleur. On peut donc dire que des savoirs culturels ont émergé dans cette situation.

Pour d'autres, la trajectoire de formation a été bénéfique, car ils en gardent une représentation très positive et ont l'impression que cette formation les a construits professionnellement. Mais cela reste très minoritaire. Pour la plus grande majorité des professionnels, l'expérience en situation de travail reste la plus apprenante et développe les compétences et les savoirs nécessaires à gérer des situations complexes et inattendues. Ces savoirs vécus doivent se vivre et on ne peut pas trouver ces connaissances dans les ouvrages pédagogiques ou dans le cadre de la formation. Ce sont des savoirs dits informels. Madame M.D., infirmière nous dit :

« Quand on est jeune, il faut savoir s'affirmer. L'expérience et les connaissances acquises sont importantes, l'ancienneté aussi. Une expérience difficile amène des changements. Une réflexion se met en place sur les objectifs de vie et professionnels qui sont interrogés. Il faut se demander, comment on veut s'investir, il faut savoir prioriser. Oui, les expériences permettent d'analyser et d'éviter les mêmes erreurs, réorienter nos choix. L'expérience, aide dans des décisions difficiles. Sans l'expérience, je n'en serais pas à ce parcours professionnel. Quand on rencontre une situation difficile, l'expérience des situations s'accumule, l'effet est cumulatif. Il faut savoir chercher des personnes qui ont déjà cette expérience, le Cadre et les personnes ressources. L'expérience de vie est constructive. On est amené parfois à prendre plus de responsabilité. Pour ma part, j'avais une petite sœur de moins de 9 ans dont je m'occupais. J'ai aussi beaucoup bougé géographiquement cela développe le sens de l'adaptabilité. Il faut savoir équilibrer les activités de soins pour favoriser une plus grande disponibilité et investissement. Pour la situation du patient qui a chuté, je me demandais comment faire ? ».

Comme nous pouvons l'observer dans les récits, les différentes trajectoires se croisent, les connaissances et expériences se cumulent et sont à disposition du professionnel qui peut les utiliser au bon moment. Une démarche auto-réflexive se met alors en marche.

6. Discussion et mise en perspective des observations sur le terrain

Après avoir analysé les entretiens recueillis auprès des professionnels de santé, je suis en mesure de mettre en perspective les divers constats. Le premier étant que les situations de crise peuvent être considérées comme des situations apprenantes et constructives, les professionnels de santé (infirmiers, cadres de santé et cadres supérieurs) interviewés sont unanimes sur ce point.

La motivation à vouloir trouver une solution, la meilleure, avec « *les moyens du bord* », est une constante à l'ensemble des professionnels interrogés. La volonté et la détermination du personnel à vouloir résoudre les situations sont des traits de caractère qui ont émergés dans cette enquête. Ils ne demandent pas des moyens extraordinaires, ils savent que dans une situation de crise il faut savoir « *diriger le bateau, prendre la bonne orientation, choisir les bonnes personnes, c'est le professionnel qui est à bord* ». Ils reçoivent les premières informations, ils sont donc à même d'agir dans l'immédiat. Les infirmiers et les cadres sont au plus près du patient, ils sont au premier plan. Il faut assurer, prendre des décisions, des responsabilités, faire des choix.

Les professionnels touchés par la situation de crise doivent savoir se positionner. La posture est un autre constat mis en relief par l'enquête. A ce stade, l'émergence d'une posture de l'apprenance apparaît, les professionnels n'hésitant pas à faire appel à d'autres personnes ressources, compétentes dans le domaine approprié. Elles peuvent avoir l'information, la connaissance ou tout simplement l'attitude nécessaire « *ou même parfois, juste la force physique* ».

Il s'agit de recenser rapidement les ressources à disposition, savoirs, informations, personnes, compétences, matériel, locaux. Les capacités d'analyse et de réflexivité du soignant sont mises à contribution car il faut agir dans l'immédiat. Selon les professionnels rencontrés, les situations de crise font émerger une réflexion immédiate, un questionnement. Ils sont unanimes pour dire que ces situations de crise sont constructives car produisant des savoirs expérientiels. Il faut trouver rapidement une solution. On ne peut pas attendre. Le temps est compté à partir du moment où la situation émerge car il faut la résoudre au plus vite avant qu'elle ne prenne plus d'ampleur.

Parfois il a été nécessaire de faire intervenir plusieurs professionnels de catégorie différente et même toute l'équipe pluridisciplinaire. Les personnes ressources les plus contactés restent les cadres de proximité souvent joignables rapidement mais aussi les collègues infirmiers, aides soignants, médecins, chefs de service, internes, agents de sécurité. Parfois aussi d'autres services tels que la médecine du travail, le psychologue rattaché au service ou encore le weekend ou la nuit, l'administrateur de garde. Dans certaines situations comme des situations de gestion de violence, les patients eux-mêmes sont intervenus et même les visites présentes dans le service, pour aider l'équipe en difficulté.

La connaissance du rôle de l'équipe administrative, médicale ou paramédicale est importante dans la bonne coordination de la situation. Les professionnels interrogés ont fait part de l'esprit d'équipe qui a été déterminant, de la coordination des compétences en présence et l'esprit de solidarité qui intervient rapidement. Les professionnels se sentent responsables et parti prit de la situation de crise. Elle est omniprésente et il faut réagir au plus vite car celui-ci est touché directement dans son environnement de travail. Tant qu'il ne l'a pas résolu, il ne peut pas continuer à s'occuper des autres patients à charge. C'est une des contraintes souvent énoncées. Le niveau de responsabilité et la pression prend de l'ampleur : « *il faut agir au plus vite sinon cela déborde* ».

L'esprit d'équipe est souvent renforcé dans les situations difficiles par le partage des expériences, parfois de manière informelle lors de la pause café par exemple. C'est la preuve que le questionnement émerge aussi sur ces moments informels : « *chacun donne son point de vue, et cela permet de prendre progressivement de la distance vis-à-vis de l'évènement qui a pu choquer, ou qui a été difficile à vivre* ». Le fait de raccorder toutes les informations recensées par l'ensemble de l'équipe permet de recomposer tel un puzzle, l'histoire, le déroulement de la situation de crise et d'objectiver les données. Je propose de l'appeler la « reconstitution du tableau de la situation de crise ». Ce tableau correspond à un dessin que l'on compose ensemble, on y met tous les détails évoqués à l'oral, vus, observés et analysés par les acteurs en présence. Il permet de reconstituer l'émergence de l'évènement et le contexte spécifique de la situation : les acteurs présents, le lieu, les interactions, les informations reçues, les ressources à disposition (humaines, matérielles, procédurales etc.) les solutions mises en place et les limites rencontrées. Ce tableau représente la grille de lecture nécessaire de la situation. Une fois tous les éléments recensés on peut alors se poser et réfléchir ensemble, échanger.

Ce processus de recomposition, de cheminement favorise une meilleure compréhension donc une mise à distance de ses propres représentations, peurs, appréhensions, ou incompréhensions et favorise le rapport à la réalité et à l'objectivité. Souvent lors d'une situation de crise violente, l'équipe fait appel au psychologue du service pour échanger avec lui et bénéficier d'une écoute active de leurs récits. Le reflet de ce vécu est primordial car il participe à la reconnaissance de ce qui s'est passé, de ce que l'équipe ou le professionnel a vécu.

La reconnaissance de l'état émotionnel de chacun permet d'entamer le début d'un travail réflexif. Le cheminement peut ensuite être plus ou moins long selon le professionnel concerné chacun allant à son propre rythme. Ce rythme est reconnu et pris en considération par les autres membres de l'équipe, qui deviennent des observateurs de premier plan car à l'intérieur même de l'équipe pour apporter le soutien nécessaire si besoin.

Cette pratique d'observation des uns et des autres est une pratique informelle mise en place instantanément dans ces moments difficiles pour s'entraider et refléter chez l'autre les émotions visibles dans son attitude non verbale, son expression. Reconnaître cette situation de crise et l'état émotionnel qu'elle engendre est fondamental pour la compréhension des phénomènes observés et le processus d'assimilation des apprentissages.

Il apparaît clairement lors des récits des situations de crise recensées que ces professionnels savent qui contacter et connaissent le potentiel de chaque personne. Ces professionnels sont appelés pour leur compétence, connaissances ou ayant une attitude empathique, aidante ou encore une présence charismatique.

Dans le mode expérientiel, le professionnel apprend en situation de travail ou d'apprentissage sur le terrain. Son potentiel émerge naturellement, spontanément et met en œuvre une démarche de questionnement, d'analyse et de recherche qui émerge pour trouver une solution. L'expérience en elle-même est génératrice de savoirs nouveaux. C'est une expérience nouvelle qui fait appel à des ressources encore inconnues.

J'ai pu aussi recueillir un mode conventionnel, relativement minoritaire où les professionnels interrogés disent avoir utilisé des connaissances issues de la formation initiale ou continue. Ce sont des apprentissages initiés lorsqu'ils étaient encore étudiants ou acquis plus tard lors de formations. Le professionnel n'a pas besoin de s'interroger sur ces acquis, c'est une base de données qu'il détient et qui reste stable : « *des notions de bases* » disent les professionnels. Ce sont des savoirs que je vais appeler sécurisants. Ce mode conventionnel semble minoritaire car peu de professionnels ont fait référence aux savoirs issus de la formation, qui apportent des connaissances indispensables et rassurantes et qui restent à approfondir sur le terrain d'exercice, selon leur propos.

Dans le service de Rhumatologie où j'ai interrogé 21 professionnels, j'ai eut souvent des références spontanées au concept d'organisation apprenante. Les professionnels interrogés disent avoir une équipe d'encadrement toujours disponible se déplaçant dès que le moindre problème apparaît. Cette écoute, disponibilité et prise en compte des demandes d'aide ou questions du personnel permet de régler les situations plus rapidement et c'est même devenu un modèle d'apprentissage puisque le relais est prit par l'équipe dès que les cadres sont absents du service. Les ressources pédagogiques et procédurales sont déterminantes. Contacter une personne ressource ou chercher des documents utiles doit être accessible facilement pour favoriser une intervention rapide. Une des infirmières, Madame E.M. nous l'a ainsi décrit :

« Dans le service, le mot d'ordre de l'équipe d'encadrement est qu'il faut tout de suite résoudre une situation qui dégénère, au moindre signe annonciateur. Elles interviennent tout de suite. L'équipe est habituée à cette dynamique et intervient également dès que possible. Le relais d'information avec l'équipe d'encadrement est immédiat à la moindre alerte, des solutions sont trouvées rapidement ».

La capacité d'analyse est mise à l'épreuve en situation de crise. Les professionnels eux-mêmes étaient étonnés de leur capacité de clairvoyance à ces moments là où sans même réfléchir des réflexes de survie ont émergé. L'utilisation du matériel et des connaissances à disposition doivent être évaluées au plus vite en attendant d'autres avis ou de l'aide. Il est apparu aussi que rester très réaliste face aux ressources humaines et matérielles dont on dispose s'avère un point fort pour gérer l'émergence de la situation. Une réflexivité approfondie s'est réalisée parfois sans même que le professionnel en est pris conscience. Lors des récits, nombreux ont été surpris eux-mêmes de tout ce qu'ils avaient réussi à mettre en œuvre. Ils étaient étonnés de ce qu'ils étaient arrivés à faire souvent avec des moyens simples. Un autre constat de cette recherche est que la simplicité est de mise dans ce type de contexte. Il « *faut savoir aller à l'essentiel* », « *la solution la plus simple est souvent la meilleure* » et « *elle est souvent proche de nous* », « *il suffit de regarder autour de nous pour la trouver* » disent les professionnels interviewés.

L'hôpital peut devenir un environnement d'apprentissage, s'il comprend un certain nombre de paramètres qui vont mettre un place un environnement nourricier favorable. Pour cela il doit tenir compte de la communication interne, de l'organisation du travail en place, du mode de management participatif ou hiérarchique, de l'espace d'autonomie des acteurs et de l'accès aux personnes ressources et support d'information.

Concernant la communication de l'institution, elle est déterminante selon le canal de communication interne ou externe privilégiée. Au regard de l'organisation du travail, on peut s'interroger : est ce que l'organisation du travail est efficiente ou est ce qu'il y avait des dysfonctionnements avant même l'apparition de la situation de crise ? La situation de crise est-elle le révélateur de ces dysfonctionnements ou une conséquence de nombreux dysfonctionnement jusqu'alors non prise en

considération par l'organisation elle-même ? Par rapport au mode de management, on peut se demander s'il est participatif ou hiérarchique. Cela peut aussi avoir un effet important sur la résolution de la situation de crise. Concernant l'autonomie des acteurs dans une organisation où la marge de manœuvre et l'espace de communication est plus importante, la question que l'on peut aussi se poser : est ce que l'autonomie de l'acteur favorise une mise en œuvre plus efficace en situation de crise ? Toutes ces questions restent à explorer.

Au regard de l'accès aux ressources, je vais évoquer les ressources humaines mais pas seulement également les ressources pédagogiques et matérielles mises à disposition par l'organisation. La connaissance des personnes à contacter si nécessaire et l'accès aux supports pédagogiques, protocoles, procédures ou la mise à disposition du matériel reste un facteur majeur de réussite dans la bonne résolution d'une situation de crise d'après mes observations de terrain. L'état de ces paramètres va être un indicateur qui va déterminer si l'organisation est apprenante et favoriser ainsi un canal d'apprentissage à développer.

Les professionnels interrogés ont fait part de leurs émotions dans les récits de situations de crise et parfois j'ai pu observer que la douleur était encore présente. C'est un autre grand constat de cette recherche empirique. Certains m'ont dit par exemple qu'on ne leur avait jamais dit qu'ils avaient assuré, qu'ils s'étaient dépassés, qu'ils avaient réussi malgré un contexte complexe et émotionnellement difficile. Un grand nombre de professionnels ont fait part à ce sujet d'un besoin de reconnaissance de la part de l'institution. Certains auraient souhaité par exemple lors de la canicule que la direction de l'établissement se déplace en personne et vienne les rencontrer dans les services. Ils attendaient tout simplement qu'on leur dise qu'ils avaient bien travaillé ou qu'on les remerciait. Ils ne demandaient rien de plus.

La gestion des émotions, comme on le voit est une des caractéristiques de ces situations à fort impact psychologique. C'est un élément important observé dans le cadre de cette recherche. Il me semble primordial de reconnaître la complexité de ces situations et l'investissement personnel que le professionnel doit mettre en œuvre pour réussir à gérer la situation.

Les infirmiers sont amenés parfois à cacher leurs émotions et à maintenir une distance vis-à-vis des patients. Cela leur permet de maintenir une certaine distance relationnelle vis-à-vis de l'impact émotionnel apporté par les interactions permanentes avec les patients. Mais en situation de crise on constate que cette distance, ce détachement n'est pas toujours possible. En situation de crise, l'échange avec les patients est déterminant car il faut maintenir une bonne communication, une compréhension mutuelle et surtout de la confiance. En adoptant une approche holistique, les infirmiers apprennent à mieux connaître leurs patients dans une approche individuelle et sont capables d'être à l'écoute malgré les difficultés rencontrées. Monsieur A., infirmier, nous parle des valeurs qu'il a pu observer lors de la canicule :

« L'expérience de la canicule, m'a montré qu'il faut rester optimiste sur l'homme. Je me suis conforté à me le dire. Je me suis dit tous ces patients âgés, ce sont nos grands-mères, nos grands-pères. L'homme est bon. Je me disais, il y a des valeurs auquel on aspire dans ce type de situations. La canicule c'était quand même un drame humain de 15000 morts. Lors de cette situation, il fallait gérer les conflits. Il faut rester calme. Il faut être dans la médiation, à l'écoute. C'est un principe d'humanité, une philosophie de vie ».

J'ai constaté de part cette recherche de terrain que le travail émotionnel est guidé par des principes moraux découlant de conventions sociales, des réactions aux autres ou de l'individu lui-même. Dans un contexte de soins difficile lorsque les infirmiers doivent gérer des situations émotionnellement très chargés, ils doivent savoir maîtriser et adapter leur propre état émotionnel en accord avec ce qu'ils croient être appropriés à la situation ou aux personnes en présence. C'est un processus d'adaptation interne non visible qui se met en œuvre instantanément lorsque l'on est confronté à ce type d'interaction ou de confrontation. C'est un apprentissage informel non visible que seul le professionnel peut percevoir et qui fait référence à l'intelligence intra-personnelle. C'est un travail individuel d'auto-observation d'un processus interne qui se met en œuvre. La capacité à percevoir ses émotions pour pouvoir utiliser son propre potentiel est un des constats recueilli auprès des professionnels interrogés.

Selon Bandura (1969), dans cette perspective les personnes sont considérées comme des agents auto-organiseurs, auto-réfléchis, et autorégulés, qui négocient leurs actions, leurs affects et leurs projets avec les différentes facettes de leurs environnements. Le fonctionnement humain devient le produit d'une interaction dynamique entre des influences contextuelles, comportementales et internes. Dans ce modèle de la causalité triadique réciproque les sujets sociaux sont à la fois les producteurs et les produits de leur environnement.

Ce travail émotionnel nécessaire pour obtenir une cohérence entre les émotions et le comportement, contribue à donner de l'authenticité. Il y a deux processus impliqués dans le travail émotionnel : il s'agit d'un travail en surface et en profondeur. S'agissant du travail en surface, il est nécessaire de modifier l'expression extérieure afin d'atteindre la correspondance entre les sentiments et le comportement démontré. Le travail en profondeur nécessite un changement de sentiments considérés comme approprié à la situation, de sorte que ces sentiments se reflètent dans les expressions faciales et le comportement extérieur c'est-à-dire le non verbal.

L'attention portée à ces émotions peut être inconsciente ou semi-consciente. Le but du travail émotionnel est de déclencher chez les autres le sentiment d'être pris en charge et un sentiment de sécurité. Prendre en charge une personne dans son sens le plus large comprend un lien émotionnel. S'occuper d'une personne est associé à la prise en charge des soins de bases et aussi des soins relationnels où il est nécessaire de s'impliquer dans la relation.

La qualité des soins peut être améliorée lorsque les infirmiers peuvent s'engager avec les patients, détecter et agir sur des indices, anticiper les besoins et être réactif en tenant compte des aspects psychologiques de chacun. Ce niveau d'engagement signifie qu'il faut montrer une présence, un savoir être, un état de congruence où la communication est en phase avec le comportement observable du soignant. Il est aussi important pour les infirmiers de ressentir de l'empathie car elle peut affecter leur décision et les actions à venir. De même, nous savons que l'implication émotionnelle de la part des infirmiers contribue à la qualité des soins. Cet engagement émotionnel est une exigence dans l'excellence de la pratique des soins infirmiers.

Ces approches peuvent être par exemple de promouvoir ces compétences en particulier la conscience de soi, l'auto-régulation et les compétences sociales. A ce propos, Madame E.M., infirmière lors d'un incendie à Necker en 1980 a dit qu'une infirmière a eut l'idée d'évacuer les patients avec leur cartes de groupe qui était à l'époque affichée dans chaque chambre, afin de bien les identifier. L'intelligence émotionnelle de cette infirmière qui a eut une réflexion pertinente car il fallait

transférer au plus vite les patients dans une autre unité et de bien les identifier était une priorité pour la prise en charge à venir, démontre l'efficacité, la réactivité en situation de crise.

Celles-ci, peuvent être des compétences importantes pour l'apprentissage ou le développement professionnel. L'environnement dans lequel l'apprentissage a lieu doit également offrir un cadre de confiance et de soutien au sein duquel les professionnels se sentent en sécurité pour exprimer leurs sentiments et opinions. Il est devenu évident que l'Intelligence émotionnelle a toute sa place pour des recherches à venir dans le champ professionnel ou de la formation.

Il ressort clairement de nos entretiens que les cinq composantes de l'Intelligence émotionnelle identifiées par Goleman (1996), à savoir, la conscience de soi, l'auto-régulation, la motivation, l'empathie, la compétence sociale sont essentielles pour les professionnels de santé en situation de crise. Ce concept permet de comprendre comment les émotions vécues par les individus affectent le travail en équipe. Les émotions par conséquent ne sont pas supprimées ou ignorées mais sont effectivement reconnues et appréciées à leur juste valeur. A ce sujet, Madame D.B., infirmière, rencontre une situation de suicide d'une jeune patiente et dit :

« Je n'ai pas reçu de prise en charge par un psychologue. Il n'y a que l'infirmière de nuit qui a été prise en charge car elle était là quand ça s'est passé. Pour l'équipe de jour, rien n'a été prévu, on en a parlé entre nous. On a tout simplement, exprimé nos émotions ».

La libération des émotions et le fait de raconter cette expérience difficile à supporter psychologiquement permet l'évocation et devient constructif, cela représente un des constats de l'enquête empirique. Lorsque l'évènement a été exprimé par l'ensemble de l'équipe à un moment donné : *« on cesse d'en parler comme si l'affaire était classée »* disent les professionnels. Car il faut prendre en charge les patients présents et être dans le quotidien, il faut assurer la continuité des soins.

A titre d'observation après avoir mené ces différents entretiens, je me suis rendu compte que de nombreux interlocuteurs interrogés avaient dit lors de l'entretien que le fait de relater ces expériences avait fait émerger différentes émotions. Cela les a libérés du poids de cette souffrance ou évènement. Certains nous ont dit qu'ils n'avaient jamais eut l'occasion d'en reparler.

Ces émotions encore d'une intensité forte lors de son évocation, génèrent encore selon certains soignants une souffrance ou une douleur encore présente. A l'observation non verbale du professionnel, j'ai remarqué que le soignant évoquant la situation dit encore ressentir la douleur. Il fait un geste symbolique et pose sa main sur le thorax ou sur le cœur par exemple. Ce qui signifie que ce malaise ressenti lors de l'expression de l'émotion génère une souffrance non seulement psychique mais également physique, c'est l'un des constats importants observés dans cette étude de terrain. Certains ont fait part de leur étonnement car ils pensaient l'avoir oublié. Cette expression de l'évènement remet en situation le professionnel qui ressent alors les émotions, le ressenti, l'état d'esprit, la souffrance parfois vécue lors de l'évènement ou encore la joie de la réussite. Une fois l'émotion exprimée et la douleur ressentie lors de l'évocation, elle passe et le professionnel se sent allégé ensuite d'une histoire qui apparemment lui pesait émotionnellement.

Lors des entretiens semi-directifs, j'ai souhaité laisser régulièrement des temps de silence, des temps de pauses pour favoriser l'évocation émergente dans les récits de ces situations de crise. Lors de ces évocations les professionnels semblaient comme absents. Ils semblaient vivre la situation telle qu'ils

l'avaient vécu. Ils ressentait les émotions et se voyaient dans la situation. C'était comme un effet de miroir et certains ont dit prendre finalement conscience d'un autre niveau de compréhension et de perception de la situation. A ce sujet certains professionnels ont exprimé qu'ils se sentaient plus reposés. Pour la majorité des personnes interrogées à la fin de l'entretien, on pouvait observer sur leurs visages une certaine satisfaction à partager leur expérience et une plus grande disponibilité. D'autres étaient étonnés qu'on s'intéresse à ces situations dans une perspective de recherche. Certains ont dit par exemple que depuis la canicule de 2003, ils n'avaient jamais eut l'occasion de s'exprimer sur ce sujet depuis plus de 10 ans. Lors de ces évocations, les personnes interrogées avaient un regard lointain, elles ne me regardaient plus, elles le vivaient.

J'avais parfois la sensation de les perdre puis de les retrouver une fois l'évocation exprimée. Comme s'ils étaient dans un autre monde, celui de l'émotion. Un monde informel auquel ils doivent faire face, seuls face à eux-mêmes disent-ils. Car ces émotions elles sont là, bien présentes. Qu'est ce qu'on en fait quand on ne peut pas les exprimer, faut' il prévoir des lieux particuliers ? Des espaces de paroles privilégiés pour libérer cette parole ? On peut imaginer le faire aussi au travers d'une activité neutre, qui permettrait de libérer cette émotion trop forte à canaliser et difficile à gérer seul. Libérer cette parole, ces récits, ces émotions, c'est rendre libre le professionnels qui les a vécu malgré lui.

Cette expression des émotions était plus présente auprès des infirmiers et cadres hospitaliers. Elle était plus distante chez les professionnels de la formation qui avaient pu mettre de la distance, des mots, des concepts, de la réflexion après différentes formations. Ces situations étaient devenues apprenantes. Chez certains professionnels de la formation, j'ai pu observer une grande distance apportée par le fait d'avoir fait les liens théoriques, disent-ils dans le cadre de formations diplômantes.

L'organisation hospitalière est spécifique car elle est caractérisée par les hommes et les femmes qui la composent et en même temps elles sont complémentaires en associant leurs compétences. Un professionnel de santé seul, un service seul, ne peut fonctionner, il n'est pas autonome, il a besoin des ses collègues de travail ou des autres services. L'esprit de collaboration est une des caractéristiques du mode d'organisation en situation de travail spécifique à la culture hospitalière. C'est une stratégie de travail collective en situation, cela fait référence entre autre au concept d'intelligence inter-personnelle. Selon les professionnels interrogés : *« plus les situations sont difficiles, plus on a l'habitude de demander de l'aide et de faire appel à d'autres compétences »*, c'est l'un des constats recueilli lors des entretiens et caractéristique des situations de crises. Les situations de crise peuvent apparaître à tout moment à différents niveaux de l'organisation hospitalière. Un problème de santé publique majeur, un simple dysfonctionnement, une erreur médicale, un évènement indésirable, un incident, une situation de soin que l'on n'arrive pas à gérer peut générer une véritable situation de crise au niveau d'un service ou de l'établissement.

Le professionnel peut alors s'enfermer sur lui-même comme un coquillage pendant des années et peut dissimuler ces évènements, ces émotions ou avoir l'impression de les avoir oublié jusqu'à ce qu'un évènement ou une interaction y face appel. Comment cela évolue t'il, que génère t'il ? Jusqu'où le professionnel va pouvoir accumuler, supporter ce ressenti et toutes ces situations ? Est ce que *« le vase va déborder un jour »* ? Ces situations génèrent-elles à long terme un épuisement professionnel ? Car les préoccupations, non comprises, non assimilées, peuvent ronger le professionnel de l'intérieur. Elles émergent de manière surprenante et inattendue parfois sans qu'on

y pense. Ces émotions informelles car encore non reconnues par le professionnel lui-même sont à prendre en compte afin qu'elles puissent être exprimées et ensuite traitées en terme de signification ou de prise en charge psychologique si nécessaire et donc formalisées. Elles peuvent devenir alors apprenantes et riches de savoirs nouveaux à exploiter, c'est une de mes observations de terrain.

Les professionnels de santé ont exprimée un bien être, une satisfaction après avoir raconté ces évènements. Ils étaient souriants, leurs visages semblaient plus éclairés, plus ouvert, plus détendus. J'ai pu observer lors des entretiens, l'expression des peurs, des émotions fortes, des incompréhensions, des révoltes aussi ou encore un étonnement de la part du professionnel qui reconnaît et perçoit cette souffrance, ce non-dit car parfois jamais exprimé auparavant.

Certains professionnels n'avaient pas pris conscience également de tout ce qu'ils avaient mis en place pour réussir la plupart du temps à bien gérer la situation. Certains disent être étonnés par les personnes qui étaient présentes, aidantes, par le sens de l'humanité, les valeurs, la solidarité qui a émergée. Ils ont aussi remarqué que des réflexes de survie apparaissaient dans ces situations de crise. Les situations de crise génèrent-elles un nouveau contexte émotionnel porteur de sens et de nouveaux savoirs, d'un niveau de réactivité surprenant différent du potentiel habituel et reconnu par le professionnel lui-même ?

L'organisation hospitalière est une organisation vivante car humaine. C'est une organisation qui vit sur l'impact principalement de l'émotion qui est présente à tous les étages. L'émotion est un des moteurs de cette grande machine humaine. Cette approche émotionnelle selon mes observations de terrain, caractérise l'organisation. Le professionnel peut être présent aux urgences, au bloc opératoire pour sauver un patient accidenté, en salle de travail pour assister à la naissance d'un nouveau-né ou encore en soins palliatifs devant un patient qui s'éteint. Ces espaces de vies ou de la mort annoncée sont entremêlés d'une palette d'émotions variables selon le type de situations. Cela démontre l'instabilité émotionnelle du professionnel de santé en situation de travail, c'est une des caractéristiques observées.

Ces émotions génèrent des savoirs individuels portant sur la connaissance de son propre fonctionnement individuel, interne. L'homme se révèle à lui-même et aux autres lors de situations exceptionnelles, cela fait référence à l'intelligence émotionnelle intra-personnelle. Il apprend à se connaître et à se dépasser. Ces émotions génèrent aussi des savoirs collectifs sur le mode de fonctionnement du travail en équipe, reflet de l'organisation spécifique aux institutions hospitalières, en référence à l'intelligence sociale ou inter-personnelle. Cette organisation peut donc devenir apprenante si elle intègre, accepte et reconnaît ces spécificités. C'est sa richesse. Reconnaître cette spécificité c'est reconnaître une des principales sources de motivation qui fait vivre les professionnels de santé tous attachés à vivre des émotions fortes et prêt à donner de leur personne pour en sauver une autre.

Cette générosité ambiante est caractérisée par des professionnels ressentant un besoin. Le besoin d'aider l'autre ou les autres. En aidant l'autre, le professionnel accède à un échange émotionnel à fort impact car il reçoit de l'émotion, un échange. Une émotion pleine de satisfaction, de joie, de richesses qu'il ne mesure pas. Ces richesses sont informelles. Il peut ressentir un sentiment d'auto-estime ou encore une certitude qu'il a choisi le bon métier. Monsieur A., Infirmier nous dit à ce propos que le sens du travail avait émergé au niveau de ses collègues de travail présents lors de la canicule :

« On a le sentiment d'avoir choisi le bon métier. Ce sentiment est conforté par des valeurs humaines et professionnelles. Certains collègues se sont demandés pourquoi ils l'avaient choisi ce métier. Et là ils ont compris que c'était pour se sentir utile ».

L'organisation hospitalière est donc caractérisée par l'humain. Cette notion d'humanité est à prendre en considération. La reconnaître c'est prendre conscience que la richesse d'une telle organisation ce sont les hommes et les femmes qui la composent et qui la créent de toute pièce. Chaque professionnel de santé interrogé m'a apporté lors des entretiens un nouveau savoir, un nouvel élément de compréhension des différentes situations de crises, c'est une des richesses de cette recherche exploratoire, qualitative et compréhensive. Par exemple, Madame B., cadre supérieur, nous parle de l'esprit d'équipe qui est apparu à l'occasion de la canicule :

« Lors de la canicule, pendant 2, 3 jours aux urgences, on avait des patients partout. On devait dire aux pompiers d'arrêter. L'hôpital était réquisitionné. On a du arrêter l'activité chirurgicale, on vidait les services pour les accueillir. Il fallait trouver du monde pour s'en occuper. Quand il y a une crise tout le monde se sent concerné, les médecins participaient. Une solidarité se met en place. Quand la crise est finit, c'est à nouveau chacun pour soi. Ceci dit, après la crise il reste quelques bénéfiques, ça crée du lien, les personnes se découvrent. Après c'est plus facile de travailler ensemble, de demander de venir nous aider. Il y a plus d'entraide. Cela développe de la confiance, de la connaissance de l'autre, ça humanise. On apprend de l'expérience. On observe d'abord puis on peut faire des propositions et tirer l'alarme pour que la crise soit moins forte. On sait sur qui on peut compter, il y a ceux qui adhèrent et qui forment un noyau dur. Ils sont aidant et présent ».

Lors de cette enquête, mon rôle principal en tant que chercheur était d'explorer les savoirs invisibles ou dits informels des professionnels qui vont émerger lors de l'entretien. Cet entretien libère les mots et les images de la situation de crise gardé en mémoire par le professionnel. Ce sont des savoirs dits informels jusque là car non formalisés. J'ai pu observer lors de l'expression de ces situations, une émotion positive, du renforcement positif, de la réassurance, une prise de conscience de ses propres ressources et ressources collectives utilisés. Cette observation a pu se faire par le professionnel lui-même qui lors des récits a pris conscience de l'impact positif et des apprentissages qu'il avait acquis de l'expérience. Ce savoir libéré, cette expérience exprimée racontée comme une histoire, sous forme d'un récit a enfin trouvé sa place. Elle est reconnue par une personne qui écoute juste ce que le professionnel a vécu. Pour certaines personnes, elles avaient besoin de libérer cette parole, l'évocation de ces événements était un moment unique. Un certain nombre de professionnels ont exprimés en fin d'entretien qu'ils avaient apprécié ce moment d'échange : *« c'était reposant »*, *« ça fait du bien d'en parler »*, *« on prend rarement le temps de se poser »*, ils se sentaient plus légers disaient-ils.

Offrir une écoute attentive, selon l'approche compréhensive de Carl Rogers (1979), offrir une authenticité, une congruence, une compréhension, une neutralité suffit déjà amplement. En termes de posture, j'ai compris à ce moment là l'importance en tant que chercheur de ne pas arriver avec des enjeux personnels ou représentations. Il est nécessaire de garder une posture très professionnelle, pour que la relation de confiance puisse s'instaurer. Une juste distance est à poser (distance physique et relationnelle) ainsi qu'un cadre précis délimitant la recherche à mener et le statut du chercheur. J'ai compris dans cette recherche qu'il faut bien clarifier le contexte de la recherche à mener. J'ai constaté qu'une présence neutre et une écoute attentive de l'autre est génératrice d'une première phase d'assimilation des apprentissages accumulés tout au long de sa trajectoire. C'est l'un des

constats de cette enquête qualitative et empirique qui semble tout à fait adaptée au contexte spécifique de l'hôpital.

Selon mes observations, j'en déduis qu'un espace d'écoute et d'échange est à privilégier à l'hôpital, un lieu où la culture orale est prédominante. Cette expression est souvent réalisée de manière informelle lors des pauses café, dans le couloir lorsque le professionnel rencontre un collègue à qui il peut en parler et qui va l'écouter. Le simple fait d'être écouté permet déjà au professionnel d'en prendre conscience et d'aller mieux. Demander un conseil ou un avis apparaît aussi comme une pratique informelle courante. Elle se fait de manière souvent informelle dès que l'on rencontre la personne ressource que l'on va choisir en fonction de ses capacités d'écoute, de disponibilité ou parfois de ses connaissances. C'est le professionnel qui fait son choix en fonction aussi de la relation de confiance qui est déjà instaurée. Le soutien et l'éclairage des autres membres de l'équipe est une des caractéristiques observées lors de cette enquête.

Des espaces d'échange de type : groupe de parole sont peu organisés ou formalisés et souvent ponctuel après un événement et de courte durée disent les professionnels. Cette expérience, ces émotions, ces savoirs, ces interrogations, ce questionnement sont ils laissés à l'abandon ? Le professionnel se retrouve souvent seul à le gérer, c'est un terrain à défricher et décrypter. Il doit alors gérer seul un certain nombre de situations complexes par le questionnement qu'elles posent souvent d'ordre éthique ou déontologique. Dans certains services très spécialisés, il y a des réunions pluridisciplinaires où toute l'équipe peut échanger sur la prise en charge des patients et donner son avis. Ce type d'organisation reste ponctuel et souvent spécifique à certaines spécialités comme les soins palliatifs, la pédiatrie, la réanimation ou encore la psychiatrie et n'est pas forcément propice en situation de crise où « *le temps est souvent compté* » disent les professionnels interrogés.

Je peux donc dire que les professionnels de santé sont les principaux acteurs qui composent l'organisation hospitalière et vont créer de la richesse, des savoirs, une forme de communication, des émotions nécessaires à supporter la complexité des situations. Le soutien, la solidarité sont apparues comme émergentes et spécifiques des situations de crise dans le milieu hospitalier, c'est l'un de mes constats. Ces richesses sont encore très souvent inexploitées ou ponctuellement avec parfois des groupes de parole, des groupes d'analyse de la pratique, des groupes de questionnement éthique mais qui dans la durée apparemment ne survivent pas longtemps. Ces groupes sont souvent mis en place suite à un événement grave et à la demande du personnel qui est en souffrance ou rencontre une difficulté. Reconnaître toute cette connaissance de l'homme, dans une situation donnée, c'est reconnaître les richesses informelles face à l'imprévisible, face à l'inattendu.

À l'hôpital, la connaissance est générée par les nombreuses situations rencontrées et cette connaissance est accumulée par les professionnels qui portent ce savoir. Le sac à dos, peut devenir lourd à porter selon l'expérience professionnelle qui va s'accumuler, ainsi que l'ancienneté. Ce sont des livres ouverts à exploiter, ces savoirs se cumulent tout au long des années. J'ai pu observer dans cette recherche que les professionnels de santé sont des « porteurs de connaissances nouvelles » à explorer, des « porteurs de sens ».

Lors des entretiens, j'ai pu remarquer une forme particulière et spécifique de raconter les situations de crise des professionnels de santé interrogés, c'est la forme du « récit » qui a émergé naturellement. Les personnes interviewées sont rentrées dans l'histoire qu'ils racontent, l'évocation apparaît alors. Ils avaient l'impression d'y être. Ils montraient une certaine satisfaction à raconter les

moindres détails. Des temps de pause étaient nécessaires afin que ces souvenirs reviennent. Car par exemple pour la canicule les situations remontaient à 10 ans. Certains au départ ont dit que c'était loin, pour d'autres ils disaient que c'était encore hier dans leurs souvenirs. J'ai constaté que le rapport au temps, la notion de temporalité est variable selon le professionnel et représente une des caractéristiques des situations de crises observé sur le terrain de l'enquête.

Dans le contexte des situations de crise, un environnement spécifique, un contexte psychologique, un mode de communication particulier parfois un pressentiment mais l'imprévu est toujours présent quelle que soit la situation. Les professionnels ne l'ont pas vu venir, elle est imprévisible et c'est ce qui la rend complexe à gérer. Cela reste toujours un choc, un choc émotionnel encore présent lors des récits. L'évocation a émergé dans les récits des différentes situations relatées. Elle a fait émerger de nombreuses émotions encore présentes malgré les années passées. Elles ont surtout émergé lors des récits de la canicule, tentative de suicide, violence, maltraitance ou encore conflits d'équipe. Ces situations ont fait apparaître des émotions engendrant parfois encore une douleur. Cette douleur est exprimée comme une souffrance physique encore présente la plupart du temps ou souffrance psychologique car peu exprimé ou jamais relatée. L'expression et la reconnaissance de cette émotion encore présente a fait prendre conscience au professionnel qu'elle était toujours là, quelle n'avait pas disparue, bien qu'enfouie dans les souvenirs professionnels parfois lointain. Lorsque Madame N.M., cadre de santé, relate une situation de maltraitance qui avait eut lieu en gériatrie, l'émotion était encore bien présente et elle nous l'a exprimé ainsi :

« J'étais encore toute jeune cadre, les situations de maltraitance c'est quelque chose d'inacceptable. Je ressens encore le malaise que j'ai ressenti en rentrant ce jour là dans la chambre de cette patiente. Je me souviens de ce que j'ai vu. Si c'était aujourd'hui avec l'expérience que j'ai, j'aurai peut être réagit autrement, mais en début de carrière le choc était trop grand ».

Les années passant, si l'émotion n'a pas été suffisamment exprimée, elle reste toujours présente. Que faire de toutes ces émotions ? Lorsque « *la corbeille est pleine* » comment on fait pour la vider ? Comment évacuer ce trop plein de souvenirs ? À qui en parler lorsque c'est trop délicat ? Madame C., cadre formateur, ayant vécu des situations relativement complexes lorsqu'elle était cadre en psychiatrie, disait à ce sujet là :

« Je pense qu'il n'est pas toujours bon de relater ces situations parfois trop difficiles auprès des étudiants, car qu'est ce qu'ils vont en retenir ? Il faut les vivre, puis se poser pour y réfléchir ».

Que peut-on transmettre en racontant des situations trop complexes où l'approche éthique, déontologique, psychologique est présente ? Selon Madame C. : « *La délicatesse et la neutralité s'impose au niveau de l'approche psychologique et pédagogique* ». Il semble important de se poser sur une situation exploitable dans un contexte donné et analyser différents paramètres : le jeu des acteurs, la communication verbale et non verbale, l'environnement, les acteurs en présence, le rôle de chacun, la posture des différents professionnels, le mode et le canal de communication utilisé, les enjeux personnels ou collectifs et les stratégies d'adaptations mises en œuvre. Les situations de crises pour qu'elles soient apprenantes sont à recueillir directement auprès des professionnels interrogés au plus près de terrain d'émergence, pour récupérer des données objectives et subjectives, les émotions et le ressenti. Réfléchir à l'apprenance en situation de crise, pour faire favoriser une auto-réflexion de la part du professionnel est primordial. Il faut repérer d'un point de vue pédagogique une situation et l'analyser pour en retirer une leçon pour l'avenir de l'organisation et partager cette expérience, ces savoirs expérientiels.

Ces situations sont une ressource à exploiter par les professionnels eux-mêmes. Ce sont les personnes au plus près du terrain qui doivent pouvoir se poser pour réfléchir ensemble à des situations dès le moindre signe de défaillance, signe anormal, signe distinctif qui le différencie d'une situation habituelle. Le sens de l'observation, l'écoute, la capacité d'analyse et le questionnement a émergé lors de cette enquête comme un cheminement pertinent pour résoudre ces situations complexes. L'étude de ces différentes situations permet aux professionnels d'en retirer un apprentissage, une compréhension qui favorise l'assimilation de nouvelles connaissances reconnues car exprimés et mis en forme. Celles-ci transforment le rapport au savoir du professionnel en situation de crise qui devient un terrain d'apprentissage ou « terrain de connaissance »¹⁸.

Un apprentissage au long cours du parcours professionnel va se développer, prendre forme, prendre de l'ampleur, du volume, de la compréhension, de l'écoute, de l'observation. Ce travail de questionnement, d'analyse, va amener le professionnel à une réflexion approfondie, à un changement et passer d'un apprentissage inconscient à conscient qui va apparaître rapidement ou à distance de l'évènement. Le rapport au savoir des professionnels interrogés émerge de manière différente selon le croisement du parcours de vie, trajectoire professionnelle et de formation. Chacun va à son rythme. Je peux noter selon les observations que ce parcours d'apprentissage est individuel à chaque professionnel et tient compte de son identité propre, de sa motivation et de son propre rythme en termes de processus d'apprentissage. Le rapport au temps en termes d'assimilation est différent selon les professionnels, c'est l'un des constats de cette enquête.

L'expérience de vie dans la trajectoire personnelle de certains professionnels interrogés intervient en termes d'expérience ou de connaissances (pré-requis), lorsque certaines situations émergent pour mieux les maîtriser : *« j'ai fait appel à mon expérience personnelle, ça m'a aidé à mieux supporter »*. Les références à la formation initiale est peu citée, lors des récits davantage par les plus jeunes infirmières ayant vécu par exemple la canicule en tant qu'étudiantes en stage hospitalier et ont fait part de notions de base utiles. L'apport de la formation continue a été mentionné de manière ponctuelle. Par exemple deux infirmières disent que la formation sur la relation d'aide les a aidés à gérer des situations où l'approche relationnelle a été primordiale. Elles ont trouvé les bons mots, la bonne attitude pour gérer des situations de conflits avec la famille ou de violence de la part du patient : *« cette formation a été aidante, on avait vu des exemples en formation, ça m'a aidé pour savoir comment répondre »*.

Les formations sur site n'ont été évoqué qu'une fois par une cadre qui forme son équipe à l'approche relationnelle spécifique à son service de gériatrie. Madame N.S., déclare que cela a permis de motiver et fiabiliser une partie de l'équipe et la rendre plus efficiente :

« Cette formation sur le touché relationnel est maintenant inscrite dans le projet de service, elle est devenue une priorité de l'équipe en terme de valeurs et d'investissement. Les professionnels de l'équipe formés, forment à leur tour leurs pairs dans le même établissement à partir du moment où l'équipe d'encadrement adhère au projet. Les patients pris en charge en tirent un bénéfice car ils ont des soins dits de bien-être. C'est valorisant pour l'équipe ».

¹⁸ Selon la conception de Vulbeau (1998).

Le cadre s'est rendu compte qu'un professionnel pratiquant la méthode est bien plus crédible qu'un intervenant extérieur car il en connaît les limites et peut l'adapter au terrain. Par exemple, Madame N.M., nous a dit, à propos de la canicule :

« Les consignes sont bien passées, on a été très réactives. C'est la force de l'équipe de Cadre. On est toutes complémentaires. On a chacune nos compétences, c'est une grande richesse quand on rencontre des situations de crise. On n'est pas seul, on travaille ensemble. Le vécu, c'est important mais aussi la personnalité et la qualité du parcours de vie, notre parcours professionnel et l'expérience de situations de crise. A cela s'ajoute la formation initiale et continue et aussi les échecs de notre vie professionnelle. On est plus à l'écoute. La richesse de ce service et c'était mon choix de départ, c'est que j'ai choisi un service avec plusieurs Cadres car on peut demander de l'aide. On peut leur demander, qu'est ce que vous en pensez ? On a la possibilité d'exprimer les problématiques rencontrées. On a notre propre identité culturelle et professionnelle. Je travaille sur l'humain. J'anime mes équipes, je suis dans une approche humaine. Il est important de développer sa capacité d'analyse, de prendre du recul. Avec le recul, j'aurai réglé certaines situations différemment. A l'époque, je ne réfléchissais pas de la même manière, il faut comprendre pourquoi cette situation surgit. C'est aussi en formation, qu'indirectement on va parfois régler certains soucis personnels ».

D'après mes observations de terrain j'ai constaté que les apprentissages émergent à n'importe quel endroit de l'organisation et parfois là où on ne les attend pas. De plus ils sont imprévisibles. Cette connaissance se cumule, c'est une des caractéristiques des situations de crise et se transforme en compétence, clairvoyance, prises de décision, changement de posture, professionnalisation formelle ou informelle. La reconnaissance de ces apprentissages valorise l'organisation en elle-même, qui peut alors devenir un terrain d'apprentissage, de formation permanente, incessante, imprévisible. C'est une culture de l'apprenance spécifique à l'hôpital, c'est un autre des grands constats de cette étude empirique. La recherche dans le domaine du rapport au savoir du professionnel en activité sur ce terrain est immense. La recherche du rapport au savoir que l'organisation peut apporter aux professionnels reste à ce jour à développer. La recherche en situation de crise est un terrain à exploiter, c'est une mine d'or pour l'hôpital, elle est riche de savoir et de culture.

A partir du moment où le professionnel a exprimé ce qu'il a vécu et qu'il est reconnu, le travail d'assimilation va démarrer et il va progressivement se détacher de la situation pour en retirer un message. Il va le comprendre et cela deviendra un souvenir positif puisqu'il a appris quelque chose, cette situation va alors trouver sa place dans les apprentissages. Cela peut aussi faire émerger un sentiment d'auto-efficacité. Certains m'ont dit qu'ils étaient fiers de ce qu'ils avaient fait. Lorsque le vécu de cette situation de crise est reconnu comme pédagogique, le professionnel peut trouver un gain, une satisfaction, une fierté même à parler de la situation à la présenter comme quelque chose de constructif, d'apprenant, comme une opportunité d'apprentissage ou comme un défi. Le défi, c'est comme un challenge, certains professionnels devant une situation de crise peuvent se donner le défi de la résoudre car pour eux c'est valorisant, cela prouve qu'ils sont compétents. D'autres peuvent la fuir s'ils ne se sentent pas prêts. Une certaine assurance est apparue chez les infirmiers qui avaient le plus d'ancienneté car disaient-ils ayant vécu de nombreuses expériences de ce type, ils avaient gagné en assurance, en prise décision et en efficacité. Ils me disaient : *« maintenant je sais comment il faut faire et je sais manager ce type de situation »*, *« il faut être déterminé »*. Une des infirmières, Madame E.M., a dit à ce propos :

« Parfois, il faut être assez directive avec le reste de l'équipe, montrer qui est le leader et faire part de ses décisions pour que la situation soit gérée de manière efficace ».

On peut aussi penser que la situation de crise est une opportunité pour apprendre et que cette situation est porteuse de sens, de richesses, de savoirs. L'opportunité de pouvoir apprendre donc de changer, d'évoluer, selon son propre rythme amène le professionnel à se créer une nouvelle identité, parfois de nouvelles valeurs, une nouvelle posture, c'est le reflet de l'apprenance.

Parcours de vie, parcours de formation, parcours professionnel peuvent à tout moment se croiser et se renforcer mutuellement. L'échange est permanent, on ne peut les différencier. De nombreux témoignages le démontrent. La richesse du parcours de vie est à disposition du professionnel s'il a en a besoin et il fait appel à un savoir acquis souvent de manière informelle. Les trois parcours ou trajectoires sont des cheminements, des réflexions, une accumulation de savoirs et d'expérience qui peuvent passer d'un trajet à l'autre de manière formelle ou informelle. Ce sont « *des routes qui se croisent* » et qui « *suivent ensuite leur chemin* ». Madame B., cadre supérieur dans le domaine de la formation des adultes, nous l'explique ainsi :

« En Maîtrise, j'ai eut la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels différents. J'ai trouvé une richesse des relations, du lien, un besoin d'apprendre pour pouvoir mieux travailler. Dans ce type de formation, on va rechercher. Cela m'a apporté des connaissances. Quand on se confronte, cela développe les capacités d'analyse et de synthèse. Aller à l'essentiel, gérer son stress. Ils étaient là, cela ma rassuré, a modifié mes représentations. La formation universitaire est accessible à beaucoup maintenant. Mon identité a changée, elle a été confortée. J'ai beaucoup appris par l'expérience. On apprend par la formation et par l'expérience. C'est important d'alterner, d'avoir des périodes d'apprentissage alterné avec des périodes expérientielles sur le terrain. Se confronter à l'équipe, au supérieur, trouver des stratégies communication et la confrontation aux autres. On n'apprend pas ça à l'école. Puis il faut revenir en formation après pour l'analyser. Faire de l'analyse de la pratique. Quand j'étais sur le terrain comme cadre supérieur, j'avais le nez dans le guidon. Je devais faire marcher la boutique, j'ai fait du non-stop pendant 7 ans ».

Reconnaître ces différentes formes d'apprentissages formel et informel et sources d'apprentissages également formelles ou informelles peut valoriser le professionnel. Il semble important de le reconnaître comme une entité unique, porteuse d'un ou de savoirs spécifiques qui peuvent apporter une complémentarité à une équipe ou à une organisation. C'est une richesse à exploiter dans le domaine des ressources humaines, du management et aussi dans le tutorat ou dans le domaine de la formation. Cette richesse participe à l'économie de la connaissance en devenir.

CONCLUSION

Les situations de crise à l'hôpital sont des situations extrêmes qui viennent perturber le fonctionnement normal de l'établissement et aboutissent à une situation instable, impliquant la mise en place de mesures immédiates, inhabituelles. De part cette nature déstabilisante, elles sont souvent considérées comme des situations de danger ou menaçantes. En me focalisant sur les aspects de l'apprenance que les situations de crise à l'hôpital peuvent apporter, j'ai cherché à montrer que ces situations peuvent être de véritables opportunités d'émergence d'apprentissages divers.

D'après l'enquête menée auprès de 31 professionnels de santé directement impliqués sur le terrain, j'ai pu vérifier 3 grands constats : (a) l'émergence de l'apprenance se manifeste principalement sous la forme d'apprentissages informels dans lesquels l'hôpital joue pleinement son rôle d'organisation apprenante ; (b) les professionnels de santé y voient l'occasion de tester et déployer leurs compétences intra-personnelles ou inter-personnelles et (c) ce sont aussi des situations où le processus d'auto-réflexivité et le sentiment d'efficacité personnelle se révèlent et où la trajectoire de vie, la trajectoire de formation et la trajectoire professionnelle s'entrecroisent et prennent une nouvelle signification.

Nous ne pouvons pas prévoir à l'avance si nous allons réussir à gérer une situation de crise, c'est une des caractéristiques de ce type de situations. Nous ne pouvons pas toujours anticiper car le contexte, l'environnement et le moment d'apparition sont spécifiques et aléatoires. On peut proposer de nombreux plans de prévention ou d'intervention mais on ne pourra jamais « *prévoir l'imprévisible* ». Il faut donc travailler avec cette marge d'imprévu et apprendre à faire face à l'inconnu. A ce propos, Monsieur P., Cadre Supérieur, dans le domaine de la formation diplômante, expert en philosophie et en éthique l'exprime ainsi :

« La conception de la crise selon Aristote, c'est : la capacité à bien agir au bon moment. C'est la prudence. Aristote, prend l'exemple de la tempête, c'est l'évènement qui surgit. Cela fait référence à l'Ethique de la vertu qui est la capacité à agir, bien agir et au bon moment. On se situe dans un contexte contingent, il y a plein d'imprévus ». « Pour les grecs, c'est le temps qui est important : c'est en forgeant que l'on devient forgeron. Et Aristote rajoute : la capacité à faire le bon choix ça s'acquiert ».

Parfois le choc est trop grand, il faut du temps pour réagir et assimiler l'information ou comprendre la situation qui émerge. Le temps est un élément précieux dans ces situations de crise. C'est l'un des premiers facteurs émergeant dans de nombreuses situations de crise recensés : « *l'horloge tourne, nous n'avons plus la maîtrise du temps et de l'espace tellement les choses vont vite et les émotions sont fortes* », « *elles dépassent parfois l'entendement* ». Apprendre à rester à distance, observer la situation, comme si on était un observateur externe, peut aider le professionnel à sortir de l'état de choc de départ et se ressaisir au plus vite. Monsieur P., cadre supérieur s'exprime à ce sujet :

« La crise, c'est l'inattendue, l'évènement. C'est le concept de l'évènement en référence à Ana Arendt, c'est une éruption de l'inattendu. C'est l'évènement qui va te le révéler, l'évènement c'est un révélateur de soi ». « En philosophie, ce qui fait agir les hommes, c'est les émotions ».

Madame B., cadre supérieur dans le domaine de la formation nous fait part de son expérience :

« L'expérience permet de développer des capacités d'adaptation, une réactivité face aux situations exceptionnelles. J'ai été infirmière anesthésiste, j'ai dû aborder différentes situations, identifier les priorités rapidement. Il y a un trait commun : identifier les problèmes et les causes du problème. On ne se noie pas dans des détails inutiles. Il faut identifier les priorités en anesthésie. On est bien formé. Le schéma qu'on retrouve est souvent le même, il y aussi une part de conditionnement ». Bernadette fait référence à ses missions à l'étranger : « on apprend en faisant dans ces pays, il y a une part de culture à acquérir, on ne se comporte pas pareil et l'organisation de travail est différente. Au Tchad, on peut commencer qu'à 11h, il manque du personnel, l'organisation est plus difficile. Le rapport au temps n'est pas le même, on n'a pas les mêmes priorités ». « En Allemagne, ils parlent bien anglais. On apprend de la culture en échangeant avec les personnes qui sont là depuis longtemps et qui souvent transmettent les représentations et les cultures. On apprend en expérimentation de soi-même, en autodidacte ».

Nous sommes à l'hôpital dans un lieu où la culture orale est prépondérante, les savoirs sont transmis par ceux qui ont de l'ancienneté, les « experts », pour un certain domaine d'activités. De part mes observations de terrain, j'ai pu constater qu'il y a des savoirs individuels et des savoirs collectifs spécifiques au terrain hospitalier. Dans les savoirs individuels, ils peuvent provenir de la culture de chacun, de l'éducation, de l'approche philosophique, éthique, religieuse et entre autre de l'identité propre de chaque individu. Il y a aussi des savoirs collectifs accumulés par les équipes dans chaque service, dans chaque établissement. Ces savoirs sont spécifiques selon le lieu et l'histoire de chaque organisation. C'est un des éléments exprimés régulièrement par les professionnels interrogés. Ces connaissances appartiennent à la culture propre du lieu et de l'espace dans laquelle elle émerge, en lien avec son histoire et l'image qu'elle véhicule et donne sens au travail de chacun.

L'organisation hospitalière comme tout autre type d'organisation, peut être apprenante si on reconnaît toute cette connaissance informelle portée par les professionnels et par l'institution. Au travers de ces entretiens menés sur le terrain, j'ai compris qu'il faut aller vers les professionnels, les rencontrer, les écouter pour recueillir ces savoirs expérientiels et parfois culturels. Ces savoirs sont majoritairement informels, une richesse immense tant le terrain est grand et diversifié. C'est une des pistes de recherche pour l'avenir de l'hôpital et la formation des adultes, une richesse humaine et culturelle.

Lors d'une situation de crise, il semble essentiel de laisser les professionnels de santé prendre des initiatives. Ceux qui ont acquis par leur vécu, une capacité à gérer l'imprévisible se mettent instantanément en avant, prennent des initiatives, prennent des décisions, car ils sont plus à même de rester calmes et sereins face à l'inattendu. Ils « prennent la main », disent-ils car il faut un leader, une personne charismatique qui dirige et il faut « mener le bateau à bon port ». « La mer peut être très agitée » mais la capacité d'auto-réflexion, d'auto-direction humaine, l'agentivité, prend le dessus¹⁹. Les professionnels interrogés l'expriment ainsi : « Le capitaine à bord se révèle alors » ; « c'est presque une aventure, un voyage dans des eaux tumultueuses et l'objectif est de sauver toutes les personnes à bord » ; « il faut y arriver » ; « on n'a pas le choix ». La notion de responsabilité et d'engagement apparaît chez les professionnels en situation de crise.

L'apprenance émerge à partir du moment où le professionnel prend une décision et va agir sur la situation : « il faut être réactif », « il faut savoir prioriser », « aller à l'essentiel ». Il joue, à ce moment là un rôle stratégique dans la réussite et le management de la situation de crise. La capacité à

¹⁹ Tel que définit par Bandura (in Carré, 2004).

faire face, à observer et à réagir face à l'imprévisible est déterminante : « *être dans l'instant présent* », « *il faut prendre les devants, les patients sont là il faut s'en occuper* ». Le sentiment d'efficacité personnelle mais aussi la compétence intra-personnelle ou inter-personnelle observée dans la grande majorité des récits recueillis occupe alors une place privilégiée.

Les cellules de crise sont indispensables pour informer et recenser les besoins mais ceux qui vont agir ce sont les professionnels de santé et il semble nécessaire de reconnaître leur connaissance du terrain comme une ressource fondamentale. Le courage, la détermination et la motivation à résoudre la situation fait ressortir des habilités, des capacités d'analyse, de la réflexivité. Une démarche auto-réflexive se met en route : « *on apprend à demander de l'aide avec l'expérience* », « *il faut rester réaliste* », « *il faut se poser les bonnes questions* ». Ce sont autant d'éléments qui sont ressortis clairement de cette enquête de terrain.²⁰

Une qualité d'écoute, le ressenti des émotions, l'état d'esprit sont autant de paramètres à analyser en situation de crise pour savoir qu'est ce que l'on va mettre en place. Développer ses propres compétences relationnelles, être attentif aux différents modes de communication et de perception des émotions sont indispensables selon les professionnels de terrain interrogés. Des habilités sont développés au travers de l'expérience acquise : « *on observe plus, on est plus attentif et on voit davantage les signes précurseurs* ».

La maîtrise de la situation de crise se fait aussi par sa propre capacité à faire face à l'inconnu : « *un monde que l'on ne connaît pas* », « *un espace temps parfois irréel* ». Cet « *espace temps* », ce moment, cette histoire, cette interaction qui caractérise la situation de crise fait référence à l'importance de la temporalité qui est spécifique et que j'ai pu observer dans les différents récits. La prise de conscience de notre attitude et état d'esprit au moment où la crise survient peut participer à la bonne réussite de la gestion de la situation. Une attitude positive, la certitude que l'on va arriver à trouver une solution, la confiance dans les personnes ressources est un élément déterminant pour sortir au plus vite de ce cercle qui peut se refermer très vite et emprisonner le professionnel dans un état de sidération paralysante. Le sentiment d'efficacité personnelle prend ici toute son importance : « *je savais que c'était la meilleure solution* », « *c'est là où on voit les valeurs des personnes qui nous entourent* », « *de part mon expérience personnelle, je sais qu'il faut savoir rester calme dans certaines situations* ».

Pour atteindre l'apprenance, le professionnel a besoin d'une mise à distance plus ou moins longue selon sa propre capacité à gérer l'imprévu et les émotions. Ces compétences sont à ce jour invisibles et pas toujours mises en évidence. La reconnaissance de ces compétences qui produisent une part de professionnalisation peut modifier les enjeux de l'institution en termes d'efficacité, enjeux économiques ou encore l'économie de la connaissance. Reconnaître ces enjeux, c'est reconnaître la valeur ajoutée de ces nouvelles compétences et nouvelles connaissances. La recherche dans ce domaine reste à explorer et ouvre de nouvelles perspectives pour l'économie des savoirs. De même, la reconnaissance professionnelle de ce champ informel, peut valoriser les professionnels et

²⁰ Ce processus auto-réflexif reste à décomposer étape par étape pour le formaliser et pouvoir conceptualiser pour que cela devienne un apprentissage. Cet apprentissage peut ensuite être transmis à son tour quel que soit le champ professionnel exploité. L'entretien d'explicitation peut être une piste de réflexion, la méthodologie de recherche à mettre en œuvre reste à ce niveau à déterminer et peut faire l'objet d'une étude à venir. Le champ d'exploitation est immense. Le domaine des neurosciences avec Damasio (2003) peut être une piste de recherche. Les différents niveaux de conscience de l'être humain sont à investir.

développer un sentiment d'efficacité personnelle ou sentiment d'auto-estime. Car on sait que les professionnels qui ont un haut niveau de confiance dans leurs capacités sont plus efficaces à gérer des situations complexes. L'organisation hospitalière a tout à y gagner car des professionnels efficaces ce sont des sujets sociaux satisfaits, épanouis et reconnus à leur juste valeur. A ce propos, Madame B., cadre supérieur s'exprime sur ses missions à l'étranger :

« On apprend par expérimentation, elle se cumule. Au Tchad, j'ai eue une expérience comme infirmière en anesthésie, j'ai utilisé l'expérience et la formation. Avec l'expérience, on va s'adapter aux organisations locales et au travail, j'ai appris sur le tas. Vis à vis de ma trajectoire personnelle, j'avais envie de découvrir le monde. C'était une aventure et une prise de risque, j'avais envie d'apprendre, de découvrir. Je n'avais pas peur. J'ai vécu 20 ans dans ma campagne, un petit bled dans le fin fond de la Dordogne, j'avais envie de découvrir le monde. Je n'avais pas d'a priori sur d'autres cultures, je n'ai pas envie d'une vie monotone ». « On apprend seul mais jamais sans les autres. L'échange avec les autres, la confrontation aux autres permet de se rendre compte qu'ils sont comme moi et qu'ils éprouvent les mêmes difficultés ».

L'économie informelle des savoirs est une ressource à maîtriser pour l'hôpital qui veut gagner en efficacité. Les nouvelles expériences qui émergent d'une situation de crise peuvent être partagées car elles permettent par la suite de mieux travailler ensemble. Elles peuvent participer au décloisonnement. Cette ouverture du champ de la découverte peut amener les professionnels à être plus sereins et donc plus efficaces. Monsieur P. cadre supérieur, fait ainsi part de son rapport au savoir :

« Il y a 2 savoirs : les connaissances théoriques et les expériences, il faut avoir les deux. Il faut passer par les concepts. Quand les professionnels ont de l'expérience, ce qui manque c'est la confiance en soi. Personnellement avec mon expérience, j'ai confiance en moi. Il faut porter une réflexion sur le jugement d'utilité, de beauté, d'efficacité, ça me semble déterminant. Il est nécessaire de valoriser le jugement de beauté, l'art du travail bien fait, le sens du travail. Beaucoup de professionnels ne finissent pas les finitions et expriment un sentiment de culpabilité ». « L'émotion c'est ce qui fait bouger les gens ».

Une prise de conscience collective de l'émergence des processus d'apprentissage en situation de crise apparaît comme une perspective intéressante à exploiter. De même le rapport au savoir des professionnels est interrogé dans ce type de contexte. C'est aussi la communication et la confiance, éléments moteurs qui permettent de replacer les valeurs humaines au centre des organisations là où l'expertise et la technique, les plans et les procédures, si précieux ne sauraient apporter à eux seuls une réponse satisfaisante. Dans cette perspective d'évolution des organisations face aux situations de crise à venir, on peut prévoir dans les procédures une souplesse de la voie hiérarchique pour trouver des solutions au plus près du terrain.

L'efficacité d'une organisation se voit à la satisfaction des professionnels interrogés. Prendre en compte toutes ces modalités d'apprentissage formelles et informelles, c'est reconnaître et enfin exploiter toutes ces données qui ne demandent qu'à être saisies. Cette écoute doit être attentive et respectueuse. Sur ce terrain hospitalier, j'ai compris que le chercheur en science de l'éducation doit être intègre et porter une attention, une bienveillance qui va favoriser l'émergence de ces savoirs. La relation de confiance est au cœur de cette relation, de cet échange, de cet entretien, de cette recherche. Prendre le temps d'écouter les professionnels, c'est prendre le temps de s'occuper de l'organisation. En somme les ressources humaines, nous l'avons montré sont une source importante de savoirs culturels et sociaux qu'il faut prendre en compte. C'est une piste de recherche à exploiter

devant une situation imprévisible quel que soit le terrain d'apparition.

Une organisation hospitalière se doit d'abord d'être humaine. Elle doit être porteuse de valeurs. Une organisation apprenante est une organisation qui favorise le développement des compétences collectives mais aussi individuelles et le bien-être de son personnel. Les compétences ne sont pas juste techniques mais également relationnelles au regard des résultats de l'enquête de terrain. On ne peut pas seulement s'intéresser aux conséquences de la situation de crise, on doit s'intéresser aussi aux professionnels qui la vivent pour savoir comment les coordonner et de quelles ressources on dispose par la suite. Les compétences relationnelles facilitent une meilleure communication interne et externe qui à son tour favorise un meilleur fonctionnement. L'approche humaniste et compréhensive de Rogers (1969), Bandura (1969), Goleman (2005), une vision holistique de l'être humain, une vision systémique de l'organisation sont déterminants pour l'hôpital de demain.

Le développement personnel de chaque professionnel est la clé de la réussite en situation de travail, qu'elle soit habituelle ou imprévisible. S'intéresser au bien être du professionnel, c'est accorder de l'importance à l'organisation elle-même. Une fois les ressources humaines, pédagogiques et matérielles recensés on peut alors commencer à travailler pour que cette organisation soit apprenante et faire face plus facilement à l'inattendu. Chaque professionnel peut participer à ce recensement car en situation de crise ce n'est pas le statut qui joue un rôle déterminant mais la posture que l'on adopte pour gérer la situation. Une « posture de l'apprenance » est apparue selon l'enquête comme déterminante car il faut savoir analyser rapidement ses propres ressources pour savoir à quelles autres ressources il faut faire appel. La capacité à se coordonner, à collaborer avec les autres à communiquer dans des situations complexes est primordiale et s'est révélée prépondérante d'après les récits. Cela fait référence à l'intelligence émotionnelle.

Y a-t-il une culture de l'apprenance en situation de crise ? C'est peut être un des défis de demain et une piste de recherche à venir. Les situations de crise sont porteuses de représentations, de sens, de messages qu'il faut analyser et décrypter. Le chercheur dans le domaine des sciences sociales doit réfléchir à sa posture, son attitude, sa manière de communiquer. Un vrai travail de questionnement est à réaliser surtout dans un contexte de situation de crise où le professionnel est mit face à ses compétences, à l'image du service et de l'institution qu'il représente. Il faut également prendre en compte le contexte déontologique et éthique auquel le professionnel doit faire face en relatant ces situations, c'est le secret professionnel et la confidentialité de certaines données auquel il est lié. Des qualités d'écoute, une neutralité et objectivité, des qualités d'analyse et de connaissance de l'environnement hospitalier en somme une approche psychosociale, éthique et humaniste sont nécessaires pour investir ce terrain sensible.

Une organisation apprenante, exprimée par les professionnels comme « aidante », « bienveillante », ou « accueillante » c'est une organisation à l'écoute de son personnel. Un professionnel fatigué, qui ne récupère pas, c'est un professionnel qui peut s'épuiser à tout moment. Combien d'arrêt maladie peut-on éviter ? L'organisation a tout à gagner d'un point de vue économique et pour une meilleure prise en charge des patients car une équipe au complet c'est mieux qu'une équipe incomplète qui risque d'engendrer des problèmes de désorganisation importants. Il s'agit de privilégier une organisation où tout le monde est gagnant car s'il y a un perdant ça finit toujours par retomber sur le patient. De quels moyens, de quelles ressources dispose le professionnel pour évacuer le « trop plein d'émotions » qui se cumulent chaque jour ? Qu'est ce que l'organisation met en place ? Quels sont les besoins individuels et collectifs ? Est-ce que le professionnel de santé peut aller jusqu'à

l'épuisement professionnel ? Car ces situations peuvent engendrer une fatigue physique ou psychique qui va se cumuler. Cette fatigue a d'ailleurs été exprimée lors de la canicule où de nombreux professionnels ont dit être épuisé après la canicule ou après des situations de violence également.

Le poids des émotions pèse sur les épaules du professionnel, est ce que cela peut engendrer des problèmes de santé ? Ce « trop plein », cette surcharge mentale peut parasiter le professionnel et à plus ou moins long terme amener à des erreurs d'inattention. Car un professionnel préoccupé, qui n'est pas suffisamment disponible, ne peut pas se concentrer à 100% sur ce qu'il fait et peut s'épuiser. Un professionnel fragilisé peut faillir à un moment ou à un autre. Est-ce qu'il faut attendre ce moment là pour réagir, pour faire quelque chose ? Ce questionnement a émergé chez de nombreux professionnels et interroge. Ces interrogations restent à investir sur les différents champs professionnels et organisations diverses pour savoir s'il y a des spécificités ou particularités qui se révèlent.

J'ai constaté que des savoirs émergent de nos organisations apprenantes où les modes de travail peuvent générer selon leurs spécificités, des ressources, des compétences, des habiletés. Comment l'organisation peut elle être aidante ? Qu'est ce quelle met en place pour que chaque professionnel puisse être disponible et serein ? Cela peut favoriser un plaisir au travail déterminant dans le bon fonctionnement d'une organisation et une bonne prise en charge des patients. Il ne s'agit pas de détecter l'épuisement lorsqu'il est déjà là mais d'être attentif aux signes annonciateurs, sans même que le professionnel en soit conscient. Il ne faut pas attendre que le professionnel explose psychologiquement. Sinon ce sont des bombes à retardement prêtes à exploser : tentatives de suicide, dépressions, découragements, démotivation ou encore maltraitance. Ces situations sont représentatives dans de nombreuses organisations, l'actualité se charge d'ailleurs de nous le rappeler régulièrement.

Le professionnel a besoin de travailler dans une espace physique et psychologique serein où il peut demander de l'aide à tout moment et se détacher de ses préoccupations. L'organisation en grande équipe dans un pôle est-elle adaptée ? Il n'y a plus d'équipe fixe. L'ensemble des professionnels interrogés ont fait part de leur besoin de se réunir mais comment faire lorsqu'on change d'unité régulièrement du jour au lendemain et que l'on passe de l'équipe du matin à l'équipe de garde incessamment ? Où trouver le temps ? Comment se poser ? Comment échanger dans une organisation en mouvement permanent ? Cette organisation est-elle adaptée à la charge mentale et physique du professionnel qui est en activité permanente ? Les moments de pause sont rares. Les conditions de travail sont intimement liées à l'efficience des professionnels. A court terme, sous diverses formes que fait-on et jusqu'où le professionnel va t-il supporter cette situation ? Cette réflexion peut être le point de départ de pistes de recherches à réaliser dans différents champs professionnels.

Une organisation apprenante, c'est une organisation attentive à ses professionnels et à l'écoute du moindre dysfonctionnement. Une organisation apprenante, c'est une organisation qui va mettre en place un système de veille pour observer et étudier ces situations de crise. Il ne s'agit pas seulement de gérer les risques mais des situations complexes spécifiques à chaque organisation qu'il faut étudier localement. De part mes observations sur cette recherche, il me semble intéressant de réfléchir à la possibilité de mettre en place un « observatoire sur l'étude des apprentissages en situations de crises » spécifique à chaque établissement au plus près du terrain et devienne une

perspective d'avenir. La recherche dans le champ des sciences de l'éducation relatif aux apprentissages en situation de crise reste à développer, c'est un des constats qui ressort de cette recherche exploratoire et qualitative et qui peut ouvrir des pistes de recherches sur d'autres terrains tel que le monde de l'entreprise par exemple.

L'organisation hospitalière actuelle regroupée par pôle d'activités tend vers une organisation en interne plus complète qui a gagné en autonomie et prise de décisions mais qui ne saurait suffire à elle-même. Car à tout moment un patient peut faire une complication nécessitant l'appel d'autres spécialistes ou l'hospitalisation dans une un autre pôle et faire appel à d'autres compétences. On doit pouvoir faire mieux, agir plus vite, sans cesse se renouveler, être plus efficace. Une recherche perpétuelle fait partie intégrante de cette culture hospitalière. Cette recherche de savoirs nouveaux pour mieux maîtriser la vie, la maladie et la mort ne s'arrête jamais. Elle est représentative d'une certaine modernité dans le domaine économique quel qu'il soit, toujours en évolution dans un contexte où l'on ne peut s'échapper à la mondialisation et où le temps s'accélère perpétuellement. La temporalité, on le voit est un facteur émergent de la modernité²¹. Ce temps si précieux vaut de l'or. Il faut évoluer de plus en plus vite, la concurrence est de mise. La société évolue, les besoins changent, l'environnement de vie se transforme. Le contexte de la crise est omniprésent et fait partie intégrante de la spécificité de l'hôpital qui est toujours en mouvement, en évolution permanente²².

J'ai pu constater en écoutant et observant les professionnels tout au long de l'enquête qu'il y a un travail personnel à faire sur soi-même. Il me semble nécessaire de signaler qu'il est urgent de développer dans nos organisations des activités qui favorisent ce retour sur soi. Les techniques de développement personnel sont à mon avis le moyen pour une organisation apprenante de permettre à son personnel de développer son potentiel propre. Les bénéfices seraient pour le professionnel qui par une meilleure connaissance de son potentiel, de ses limites pourrait être plus efficace et pour l'organisation qui serait gagnante.

En situation de crise, les professionnels disent ne pas se sentir toujours bien préparés pour apporter un accompagnement et un soutien psychosocial aux patients : « *on ne sait pas toujours quoi dire, comment le dire et quelle est la bonne attitude à adopter ?* », « *chaque mot est important dans ce type de situations* », « *chaque geste, chaque parole a un impact sur la situation et les personnes* ». Dans le contexte actuel où les patients sont hospitalisés pour de courtes périodes avec entre autre le développement des soins ambulatoires, il y a une nécessité pour les professionnels de santé d'être en mesure de développer rapidement de bonnes relations avec les personnes soignées et les familles en peu de temps. C'est important pour la mise en place d'une relation de confiance, de sorte que le patient puisse échanger librement sur des sujets sensibles associés à sa prise en charge et son devenir. Il semble primordial que la conscience de soi et le fait de comprendre le point de vue des personnes soignées ou sujets sociaux éventuels soit davantage pris en compte dans la formation et par l'institution ou toute autre organisation. Dans le milieu de l'entreprise par exemple on s'attachera davantage à la relation avec le client et les différents interlocuteurs en termes de communication interne et externe.

L'intégration du concept de l'Intelligence émotionnelle de Goleman (2005) dans la formation des adultes peut à mon avis améliorer la compréhension de soi et des autres et développer des

²¹ En références à Revault d'Allonnes (2012).

²² A ce sujet Revault d'Allonnes (2012) nous dit que la crise fait partie de notre quotidien, c'est « la crise sans fin ».

compétences relationnelles pour répondre aux besoins psychosociaux. D'ailleurs les défis émotionnels ne se limitent pas aux relations avec les patients ou les familles ou interlocuteurs mais également vis-à-vis des collègues. La reconnaissance de l'importance de l'Intelligence émotionnelle dans les relations et dans l'efficacité au travail semble être un point de départ important. Sa pertinence dans le recrutement et les programmes de formation doit être de mon point de vue reconnue.

Une institution hospitalière n'est pas une entreprise comme les autres, on ne peut se contenter d'observer son activité. Le bon fonctionnement d'un établissement est important car l'activité reflète le bon état financier donc la survie de l'organisation mais cela ne suffit pas. Le système qualité, l'accréditation ou la certification sont des paramètres qui permettent de mesurer le bon fonctionnement d'une organisation. Mais un bon établissement se voit et est reconnu à la valeur des personnes qui le composent selon les professionnels interrogés. Un fonctionnement purement fonctionnel n'a pas d'avenir, il peut s'épuiser rapidement. Accorder de l'importance aux professionnels qui composent l'organisation, favoriser les apprentissages participe à la construction et à la reconnaissance de l'organisation et à sa plus-value et ainsi se diriger vers une organisation dite apprenante (Fernagu Oudet, 2006).

Prendre en compte la singularité de chaque personne, chaque professionnel comme un être unique, qui compose une organisation est à mon avis une priorité. Reconnaître le potentiel humain de chaque institution, c'est reconnaître les ressources et les compétences qui la composent. Car sans les hommes, une organisation seule malgré ses innombrables ressources matérielles ne peut rien faire. L'hôpital est une organisation et un lieu stratégique dans une société, il doit en prendre conscience. Cela passe essentiellement par la prise en compte de sa dimension humaine. Le sens donné à l'action et aux personnes est primordial. Sans les professionnels, une organisation hospitalière ne peut fonctionner. Les professionnels vont apporter le sens de l'humanité, les valeurs, la convivialité en somme la vie de l'organisation. Cela reste valable aussi dans le domaine de l'entreprise car un des principes fondateur de l'économie de marché est bien la confiance. Si la confiance des actionnaires ou du consommateur n'est pas au rendez-vous, le marché financier s'écroule ou l'entreprise fait faillite. La confiance ne s'acquiert que grâce aux personnes qui représentent elles mêmes, cette organisation.

Des compétences d'auto-direction humaine, d'auto-efficacité, d'auto-réflexivité se révèlent chez de nombreux professionnels interrogés. Cela démontre une volonté, une détermination, une prise de responsabilité qui enclenche alors un processus d'apprentissage d'abord informel puis une fois assimilé, reconnu et analysé conduit vers l'apprenance. Monsieur P., cadre supérieur dit à ce sujet :

« Chaque acte que je pose aujourd'hui, je dois l'assumer. Nous sommes tous condamnés à être libres. Il faut assumer ce qu'on a fait, même si ce n'était pas parfait. C'est la persistance de soi ».

En bref, je peux dire que les situations de crise à l'hôpital sont un révélateur de soi, des autres et de l'organisation en elle-même. C'est un miroir qui nous renvoie à notre propre image et à celle de l'organisation. C'est un jeu de face à face, qui reflète une vérité à décrypter. C'est une opportunité d'apprentissage individuelle et collective, génératrice de nouveaux savoirs informels encore peu exploités. Ce terrain d'apprentissage de l'imprévisible, de l'inattendu a encore beaucoup à nous apprendre tel le domaine à explorer est immense. La richesse des récits apparus dans cette enquête qualitative montre l'étendue du rapport au savoir des professionnels de santé dont les influences sont

diverses de part leur trajectoire personnelle, de formation et professionnelle. L'hôpital est un terrain d'apprentissage où l'informel domine. La culture orale, caractéristique de cet environnement le démontre.

Développer le sentiment d'efficacité personnelle qui représente un vecteur majeur de la performance en particulier pour apprendre, l'intelligence émotionnelle, l'apprenance semblent des pistes de recherche portées davantage sur des valeurs humanistes où l'homme est au centre de toute chose et de toute organisation. La psychologie cognitive selon Bandura l'illustre parfaitement avec le concept de soi en situation qu'il s'agisse du travail, de l'éducation ou des relations inter-personnelles. A ce sujet Bandura fait référence à la notion d'apprentissage social avec la mise en évidence de cultures humaines qui transmettent des compétences et des savoirs sociaux les plus avancés ce qui engendre un travail sur les processus d'apprentissages humains.

Un travail d'introspection est nécessaire et apparaît d'après cette enquête de terrain comme un préalable à l'émergence de toute connaissance. Ce savoir peut être utile pour l'avenir, pour soi ou pour le collectif (l'équipe, l'hôpital, la société). Beaucoup de connaissances peuvent survenir de ce travail de réflexion qui est une source d'apprentissage et qui reste à exploiter, à formaliser, à analyser et conceptualiser. Cette étape nécessite un travail individuel de retour sur soi, pour se poser et porter une réflexion sur la conscience de soi. Les individus ayant accès à la conscience de soi prennent le temps de réfléchir, ce qui leur permet de prendre du recul et d'éviter de réagir de manière impulsive. On peut alors parler d'un cheminement de la connaissance de soi.

Cette démarche doit ensuite être exploitée en termes de signification, recherche de sens, axes de progression, enrichissement, sentiment d'efficacité personnelle. On peut ensuite analyser une possible évolution significative au niveau de l'identité, de la posture professionnelle, de connaissances nouvelles ou encore d'expertise dans un domaine donné. L'analyse du champ de compétences et de connaissances développés peut donner sens ensuite à une éventuelle orientation en terme de formation²³. Cette réflexion peut aussi amener à certains choix au niveau de la trajectoire professionnelle.

En somme dans un environnement où les situations de crise sont devenues de plus en plus systémiques, la capacité à assurer la pérennité et le développement des établissements de santé passe par la mise en place d'une révolution culturelle et managériale de l'apprenance. Les situations de crise peuvent désormais être abordées comme de véritables opportunités d'adaptation des esprits et des comportements, condition indispensable aux capacités de changement des organisations.

Favoriser une culture de l'apprenance en situation de crise est un défi pour l'hôpital, l'entreprise ou encore l'école de demain. Une richesse à explorer et à reconnaître. L'étendue du champ de recherche est immense, une richesse pour la société du savoir. La connaissance embellit et valorise l'organisation et les personnes qui la composent. L'apprenance a donc toute sa place dans les situations de crise quel que soit le terrain d'émergence. Cette recherche a apporté des éléments de réponses significatives mais ces perspectives sont autant de pistes de recherche encore inexplorées. Des défis pour l'avenir car prendre en compte la singularité du professionnel en situation de crise, c'est « apprendre à apprendre »²⁴.

²³ Cette réflexion a été suggérée par les cadres formateurs ou professionnels exerçant dans la formation des adultes car révélée de part leur expérience et évolution professionnelle.

²⁴ Pour reprendre l'expression de Carré (2005).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Anzieu, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod.
2. Arendt, H. (1954). *La crise de la culture*. Paris : Folio.
3. Bandura, A. (1969). *Principles of behaviour modification*. New York : Holt, Rinehart and Winston.
4. Barus-Michel, J. et Giust-Desprairies, F. (1996). *Crises : approches psychosociales clinique*. Paris : Desclée de Brouwer.
5. Beaud, S. et Weber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain*. Paris : La découverte.
6. Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York : Grove Press.
7. Bion, W. R. (1961). *Experience in groups*. London : Tavistock.
8. Bruner, J.S. (1961). The act of discovery. *Harvard Educational Review*, XXXI, 31-32.
9. Carré, P., Portelli, P. et Putot, A. (1994). *Audit des pratiques d'autoformation*. Paris : Axa / Interface.
10. Carré, P., Moisan, A., et Poisson D. (1997). *L'autoformation*. Paris : PUF.
11. Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle ? *Revue Savoirs*, 5, 9-50.
12. Carré, P. (2005). *L'apprenance, Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.
13. Carré, P. et Muller, A. (2009). Evolution des compétences infirmières et formation tout au long de la vie. *Savoirs et soins infirmiers*. Paris : Masson.
14. Carré, P. et Caspar, P. (2011). *Traité des sciences et des techniques de la Formation*. Paris : Dunod.
15. Carré, P. et Charbonnier, O. (Dir.) (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris : L'Harmattan.
16. Carré, P. (2013). L'apprenance : une autre culture de la formation. In Bourgeois, E. et Enlart, S. (Dir.) *Apprendre dans l'entreprise*. Paris : PUF, 1-10.
17. Carré, P. et Muller, A. (2013). Les apprentissages professionnels informels, à la découverte du continent englouti, in Bourgeois, E. et Enlart, S. (Dir.) *Apprendre dans l'entreprise*. Paris : PUF, 1-9.
18. Castro, D. et Santiago-Delefosse, M. (2001). *La communication scientifique en psychologie*. Paris : L'esprit du temps.
19. Cellier, H. (2010). *La démocratie d'apprentissage. Education nouvelle : perspectives*. Paris : L'Harmattan.
20. Cherniss, C. (1998). Social and emotional learning for leaders. *Educational Leadership*, 55 (7), 26-28.
21. Christol, D. et Muller, A. (2013). Les apprentissages informels dans la formation pour adultes. *Savoirs*, 32, 11-59.
22. Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 incorporant le guide « Plan blanc et gestion de crise ».
23. Circulaire n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009 instituant le Plan National de Prévention et de Lutte « Pandémie Grippale ».
24. Circulaire n° DHOS/CGR/2007/110 du 26 mars 2007 relative à l'élaboration des plans blanc des établissements de santé et des plans blancs élargis.
25. Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave, Journal officiel n° 304 du 31 décembre 2005.
26. Damasio, A. (1995). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob.

27. Damasio, A. (2003). *Spinoza avait raison*. Paris : Odile Jacob.
28. Dewey, J. (1949). *Knowing and the Known*. Boston : Beacon Press.
29. Dubar, C. (2000). *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Paris : PUF.
30. Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York : International Universities Press.
31. Fernagu Oudet, S. (2006). *Organisation du travail et développement des compétences - Construire la professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.
32. Fernagu Oudet, S. (2013). Concevoir des environnements capacitants : l'exemple d'un dispositif d'autoformation sociale : un réseau réciproque d'échanges des savoirs, in (dir.) Cristol, D., Cyrot, P., Jeunesse, C. *Autoformation collective*. Lyon : Chronique Sociale.
33. Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Evanston, IL : Row, Peterson.
34. Freshman, B. et Rubino, L. (2002). Emotional Intelligence : a core competency for health care administrators. *Health Care Management* 20 (4), 1-9.
35. Freud, S. (1920). *Essai de psychanalyse*. Paris : Payot.
36. Gage, N.L. (1972). *Teacher Effectiveness and Teacher Education*. Palo Alto, California : Pacific Books.
37. Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences : The theory in Practice*. New York : Basic Books.
38. Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence*. London : Bloomsbury Publishing.
39. Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. London : Bloomsbury Publishing.
40. Goleman, D. (2005). *L'intelligence émotionnelle au travail*. Paris : Village mondial.
41. Grinder, J. et Bandler, R. (1979). *Frogs into Princes : Neuro Linguistic Programming*. Moab, UT : Real People Press.
42. Hilgard, E. R. et Bower, G. H. (1966). *Theories of learning*. New York : Appleton Century, Crofts.
43. Kingsley, H.L. et Garry, R. (1957). *The nature and conditions of learning*, 2ème édition. New Jersey : Prentice-Hall.
44. Knowles, M. (1990). *L'apprenant adulte : vers un nouvel art de la formation*. Paris : Edition d'organisation.
45. Lagadec, P. (1995). *Risques, crises, ruptures, prévention, gestion de crise*. Paris : Dunod.
46. Lam, L.T. et Kirby S.L. (2002). Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *Journal of Social Psychology* 142 (1), 133-143.
47. Lanser, E.G. (2000). Why you should care about your emotional intelligence. *Healthcare Executive*, 6-11.
48. Lapantine, F. (1996). *Toute description est elle ethnographique ? dans la description ethnographique*. Paris : Nathan.
49. Le Boterf, G. (2010). *Professionnaliser*. Paris : Editions d'organisation.
50. Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science*. New York : Harper.
51. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Journal officiel n° 185 du 11 août 2004.
52. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile de santé publique, Journal officiel n° 190 du 17 août 2004.
53. Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, Journal officiel n° 55 du 6 mars 2007.
54. Loi n° 2009-294 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal officiel n° 167 du 22 juillet 2009.
55. Marc, E. et Picard, D. (1984). *L'école de Palo Alto : un nouveau regard sur les relations humaines*. Paris : Retz.

56. Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. New York : Harper and Row.
57. Mayer, J.D. et Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 17, 433-442.
58. McDonald, F. J. (1964). The influence of learning theories on education, in Hilgard, E. R. *Theories of learning and instructions*. Chicago : University of Chicago Press, 1-26.
59. McQueen, A. (2000). Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 9, 723-731.
60. Morin, E. (1976). Pour une crisologie. *Communications*, 25,149-163.
61. Morin, E. (2000). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Seuil.
62. Moscovici, S. (1976). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris : PUF.
63. Pagès, M. (1968). *La vie affective des groupes*. Paris : organisations et sciences humaines.
64. Pain, A. (1990). *Education informelle. Les effets formateurs dans le quotidien*. Paris : L'harmattan.
65. Parrochia, D. (2008). *La forme des crises. Logique et épistémologie*. Vallon : Seyssel.
66. Pavlov, I. P. (1902). *The work of digestive glands*. London : Griffin and Company.
67. Piaget, J. (1957). *Epistémologie génétique et recherche psychologique*. Paris : Presse Universitaire de France.
68. Piaget, J. (1970). *Science of Education and the Psychology of the Child*. New York : Viking.
69. Quivry, R. et Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
70. Reese, H. W. et Overton, W. F. (1970). Models of development and theories of development. In Goulet, L. R. et Baltes, P. B., (Eds), *Life-Span developmental psychology*. New York : Academic Press.
71. Regouby, C. (2007). Le défi des comportements dans la gestion de crise, *Gestion Hospitalière*, 462, 21-26.
72. Revault d'Allonnes, M. (2012). *La crise sans fin. Essai sur l'expérience moderne du temps*. Paris : Seuil.
73. Revault d'Allonnes, M. (2013). Ce que dit la « crise » de notre rapport au temps. *Eres, Vie sociale*, 2, 39-51.
74. Rogers, C. (1951). *Client centered therapy*. Boston : Houghton-Mifflin.
75. Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston : Houghton-Mifflin.
76. Rogers, C. (1971). *Liberté pour apprendre*. Paris : Dunod.
77. Salovey, P. et Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185-211.
78. Schutte, N.S. et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology* 141 (4), 523-536.
79. Skinner, B.F. (1968). *The technology of teaching*. New York : Appleton Century, Crofts.
80. Sperry, R.W. (1961). Cerebral Organization and Behaviour: the split brain behaves in many respects like two separate brain behaves in possibilities. *Science* 133 (3466) : 1749-1757.
81. Strickland, D. (2000). Emotional intelligence : the most potent factor in the success equation. *Journal of Nursing Administration* 30 (3), 112-127.
82. Svandra, P. (2005). *Comment développer la démarche éthique en unité de soins*. Paris : Estem.
83. Taba, H. (1962). *Curriculum development theory and practice*. New York : Harcourt.
84. Thorndyke, E. L., et al. (1928). *Adult Learning*. New York : Macmillan.
85. Van Der Maren, J-M. (2003). *La recherche appliquée en pédagogie : des modèles pour l'enseignement*. Bruxelles : De Boeck.

86. Vroom, V. H. (1982). *Motivation*. New York : John Wiley and Son.
87. Vulbeau, A. (1998). En terrain de connaissance, dans hommes et femmes de terrain, *Informations sociales*, N°72, 4-13.
88. Vulbeau, A. (2000). *L'observation socio-ethnographique*, texte inédit, Département des Sciences de l'Education, Université Paris-Ouest Nanterre La Défense/ Sainte Anne Formation, Nanterre.
89. Wallon, H. (1938). *Principes de psychologie appliquée*. Paris : Armand Colin.
90. Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviourist views it. *Psychological review*, 20, 158-177.
91. Wiener, N. (1948). *Cybernetics: on control and domination in the animal and the machine*. Massachusetts : MIT Press.

ANNEXES

ANNEXE N° 1

Guide d'entretien pour l'enquête exploratoire

Introduction

1. Est-ce que vous pouvez me présenter votre parcours professionnel ?
(Diplômes obtenus, année d'obtention, Ancienneté dans la profession, Ancienneté dans le service, Parcours dans d'autres spécialités ou d'autres structures, Responsabilités (groupe de travail...)
Quel est votre parcours de formation initiale et formation continue ?

1 Identification de la situation

2. Est-ce que vous avez vécu une situation de crise dans l'exercice de votre profession ?
3. Comment la qualifieriez-vous ?
4. Combien de temps la situation a-t-elle duré ?

2 Déroulement de la situation de crise

5. Comment la situation est elle survenue ?
6. Pouvez-vous me préciser quelle était la première question que vous vous êtes posé, le ou les premiers mots ?
7. Quel type d'émotions ou de sentiments ont émergé ?
8. Qu'est ce que vous avez mis en place pour gérer cette situation ?
9. Vous sentiez vous préparé lorsque la situation de crise est arrivée ?
10. A votre avis, qu'est ce qui vous a aidé pour gérer cette situation ?

3 Apprentissage

11. A quel type de savoir avez-vous fait appel ? (expérientiel, relationnel, technique, organisationnel, formel, informel...)
12. Avez-vous fait appel aux acquis de formation professionnelle, issus de votre expérience professionnelle ou en lien avec votre « trajectoire de vie » ?

4 Impact

13. Est-ce que cette situation de crise a engendré des changements importants à votre niveau ?
Lesquels ?

5 Communication post situation de crise

14. Est-ce que l'on vous a proposé de faire un débriefing formel ou informel dans le service ou avec votre hiérarchie après la gestion de cette situation ?
15. Si oui, comment cela s'est déroulé ?

Conclusion

16. Quelle image avez-vous gardé à l'esprit de cette situation de crise, quel mot, quelle phrase, quel symbole... ? Est ce que vous y repensez parfois ?

ANNEXE N°2
Guide d'entretien

QUESTION INITIALE N°1 (Introductive) :

Pouvez-vous me présenter votre parcours de formation et parcours professionnel ?

THEME N°1 : formation initiale

Sous thèmes :

Diplômes, année d'obtention

THEME N°2 : Formation continue

Sous thèmes :

Sur site, service formation continue de l'établissement, formation extérieure ou financé par le professionnel

THEME N°3 : Parcours professionnel

Sous thèmes :

Ancienneté : profession / service, spécialités ou parcours de pôle, autres structures (privé, public, extra hospitalier...)

THEME N°4 : Responsabilités

Sous thèmes :

Groupe de travail, missions, responsabilités

QUESTION INITIALE N°2 : J'aimerais que vous me décriviez une ou plusieurs « situation de crise » que vous avez vécu dans votre parcours professionnel ?

THEME N°1 : Identification de la situation

Sous thèmes :

Qualification (au niveau de l'institution ou du service), durée, signes annonciateurs

THEME N°2 : Déroulement de la situation de crise

Sous thèmes :

Contexte de survenue, première question, premiers mots, gestion émotionnelle, gestion situation, demande d'aide

Relance si nécessaire : (Selon vous qu'est-ce qu'une situation de crise ?), (D'après votre vécu à quel moment vous vous êtes senti en situation de crise ?)

THEME N°3 : Apprentissages émergent lors de la situation de crise

Sous thèmes :

Savoir : expérientiel, relationnel, technique, organisationnel, formel, informel, issu de la formation professionnelle, de l'expérience professionnelle ou « trajectoire de vie »

THEME N°4 : Impact

Sous thèmes :

Apport ou enrichissement, changements, à votre niveau, au niveau du service ou de l'institution

THEME N°5 : Communication post situation de crise

Sous thèmes :

Débriefing formel ou informel (réunion, à la pause, entre collègues, avec l'équipe d'encadrement...)

THEME N°5 : (Conclusion) représentation de la situation de crise

Sous thèmes : liées à l'évocation

Quelle image, quel mot, quelle phrase, quel symbole
(Est-ce que vous y repensez parfois ?)